

**Vivências de um grupo de gestantes hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus
Gestacional**

Elisa Alves Fonseca e Silva

Brasília
Dezembro de 2013



**Vivências de um grupo de gestantes hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus
Gestacional**

Elisa Alves Fonseca e Silva

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como
requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.
Professor-orientador: Sérgio Henrique de Souza
Alves.

Brasília
Dezembro de 2013



Folha de Avaliação

Autora: Elisa Alves Fonseca e Silva

Título: Vivências de um grupo de gestantes hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes

Mellitus Gestacional

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sergio Henrique de Souza Alves
Professor-Orientador

Profa. Dra. Marina Kohlsdorf

Profa. Msc. Morgana Queiroz

Brasília
Dezembro de 2013

Dedico este trabalho à minha mãe, diabética tipo 2 após ter desenvolvido Diabetes Mellitus Gestacional em duas gestações, por ter me ensinado que a vida pode ser doce mesmo sem o açúcar.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço aos meus pais, vigilantes incansáveis que vivem comigo meus acertos e os erros. Obrigada por todo o investimento na minha formação profissional e pessoal, ajudando e acreditando nos meus projetos de vida e estudo. Os conceitos morais e éticos, a educação, o respeito ao outro e toda a cultura adquirida foram aprendizados conquistados graças ao empenho de vocês.

Ao meu namorado Rafael, pelo amor e compreensão, me deixando mais tranquila e com forças para continuar mesmo nos dias mais complicados. Fico feliz por concluir mais essa etapa da minha vida e ver você ao meu lado. Espero que possamos ir muito longe juntos.

Ao meu irmão Eduardo por me socorrer nos momentos de desespero tecnológico e pelas suas opiniões sempre tão pontuais e sinceras.

Ao meu avô Ivo, que partiu poucos dias antes da apresentação desse trabalho, por ter sido um exemplo de carisma, bom humor, companheirismo, humildade, garra e fé. Você me mostrou que somos mais fortes do que imaginamos ser. Irei sentir sua falta!

Aos meus colegas de estágio no CENFOR que muitas vezes se tornaram ouvintes dos meus anseios e preocupações e que com palavras de conforto, carinho e incentivo, me ajudaram a superar meus próprios medos, além de me divertirem e provocarem risadas em um semestre que pareceu mais longo e pesado que o normal.

À professora Morgana Queiroz e à Maria Fernanda Carvalho, psicóloga do Setor de Geração de Alto Risco do Hospital Materno Infantil de Brasília, por terem me proporcionado a incrível experiência de estagiar no HMIB e conhecer na pele as belezas e os desafios da Psicologia Hospitalar.

À todas as gestantes participantes do estudo, por aceitarem partilhar comigo esse momento tão importante da vida da mulher que é a gravidez.

Por último, ao professor e orientador Sérgio Henrique, pela paciência e generosidade em dividir seus conhecimentos, os quais me guiaram e colaboraram para elaboração desse trabalho e para meu amadurecimento como estudante.

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1: Gravidez	3
A Constituição da Maternidade	3
Aspectos Físicos da Gestação	4
Aspectos Psicossociais da Gravidez	5
Capítulo 2: Diabetes Mellitus Gestacional	8
Definição e Rastreamento do DMG	8
Riscos e Tratamento do DMG	10
Fisiopatologia do DMG	12
Capítulo 3: Convivendo com o Diabetes Mellitus Gestacional	13
O DMG e a Gestação de Risco	13
A Experiência da Hospitalização	15
A Importância do Suporte Sócio-familiar	17
As Alterações na Dieta	19
Capítulo 4: Método	21
Tipo e Descrição Geral da Pesquisa	21
Participantes	22
Local das Entrevistas	22
Instrumentos	22
Procedimento	23
Análise dos dados	24
Capítulo 5: Resultados	26
Capítulo 6: Discussão	28
O Planejamento da Gravidez	28
O Diagnóstico	35
O Impacto da Gestação de Risco	42
Mudança dos Hábitos Alimentares	44
Suporte Sócio-Familiar e a Hospitalização Como Rede de Apoio	47
Conclusão	54
Referências	57
Apêndices	63
Apêndice A	64
Apêndice B	66

Resumo

Este trabalho tem como tema central o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), doença que deve ser rastreada em todas as gestantes independente da presença de fatores de risco e que é caracterizada como qualquer nível de intolerância a carboidratos em diferentes graus de intensidade com início ou diagnóstico durante a gestação. Tendo em vista os efeitos que uma gravidez de alto risco traz, esse estudo teve por objetivo levantar dados qualitativos que subsidiassem reflexões sobre a experiência da gestação na perspectiva de gestantes diagnosticadas com DMG, relacionando com aspectos próprios de uma gravidez de risco e com o contexto social dos sujeitos da pesquisa. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 20 mulheres internadas no Setor de Gestação de Alto Risco de um hospital público em Brasília que receberam o diagnóstico da doença, pela primeira vez, nesta gestação. Essas informações foram analisadas com base nas técnicas de análise descritiva e análise de conteúdo e evidenciaram, dentre outras coisas, o sentimento de culpa das mães, a falta de informação das gestantes sobre a doença e a dificuldade em seguir uma dieta de restrição alimentar. Sabendo que o DMG é uma doença crescente em todo o mundo e que está diretamente relacionada com vários aspectos não só fisiológicos, faz-se necessário um acompanhamento dessas mulheres por outros profissionais da saúde além do médico, entre eles o psicólogo, objetivando elaboração dos aspectos referentes à doença e suas repercussões emocionais.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Gestacional, hospitalização, aspectos psicossociais.

Abstract

This article centers around Gestational Diabetes Mellitus (GDM), a disease with its origins yet to be fully traced, but that must be tested for in every pregnant woman, regardless of the absence of risk factors is characterized as any level of intolerance to carbohydrates in a variety of intensities, beginning or being first diagnosed during pregnancy. Having in mind the effects that a high-risk pregnancy brings along, this work has collected qualitative data to create thoughts on the changes brought by the diagnosis and relating the data to aspects of subtle dimensions of a pregnancy and the social context of the interviewed. For such effect, semi-structured interviews were applied to 20 women who were under custody at public hospital in Brasilia whom were first diagnosed with GDM during the current pregnancy. The information was analyzed using the technique of content analysis and showed, amidst other conclusions the existence of guilty coming from the to be mothers, the lack of proper instruction about the disease and the difficulty to stick to a proposed diet. Seeing that GDM is a widespread, growing illness and that it directly correlates to various non physiological aspects, the need of help from health professional other than the doctor arises, amongst them, the psychologist, with the objective of elaborating the aspects referring to the disease and its emotional repercussion.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, hospitalization, psychosocial aspects.

Introdução

Ter uma gravidez saudável é o desejo de dez entre dez gestantes e uma etapa do desenvolvimento psíquico da mulher. A gestação vem acompanhada de diversas transformações, o que a faz ser vivenciada como uma transição ou crise de vida. Determinadas crises não são danosas e até previsíveis, por outro lado, existem algumas inesperadas e acidentais (Hoirishi, 1998, citado por L. Santos, 2003). Segundo o autor, o equilíbrio abalado por essas alterações, que por sua vez podem ser nas esferas biológica, psíquica ou social, só é encontrado quando a futura mãe se utiliza de mecanismos de defesa e adaptação.

Ser diagnosticada com uma doença durante a gravidez é uma crise inesperada e sugere o fim de uma gestação perfeita e do bebê saudável esperado. Há, desta forma, uma transição entre o que era e o que poderá ser, uma tomada de consciência da enfermidade e do impacto gerado pelo diagnóstico (Piccinini, Gomes, Lopes, & Nardi, 2008). Uma dessas doenças gestacionais mais comuns é o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), definida como qualquer grau de intolerância a carboidratos em diferentes graus de intensidade com início ou diagnóstico durante a gestação. Esta definição independe da necessidade de uso da insulina para tratamento e do diabetes persistir ou não posterior ao parto (American Diabetes Association, 1996, citado por Maganha, Vanni, Bernardini & Zugaib, 2003).

Informar para a grávida o diagnóstico do DMG constitui para ela uma condição completamente nova, o que faz ser necessário orientá-la sobre o tratamento, riscos e formas de controle. O lado emocional influi na etiologia da doença (psicossomático) e o diabetes também influi no lado emocional (somato-psíquico), sendo necessário um acompanhamento

multidisciplinar que busque um cuidado maior com as pacientes e que se preocupe com os aspectos referentes à doença e suas repercussões emocionais (L. Santos, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (2001) estima que cerca de 6% da população mundial já desenvolveu algum tipo de diabetes. Em se tratando de DMG em especial, o número de casos varia de acordo com os critérios diagnósticos utilizados e com a população estudada. Segundo a *American Diabetes Association* (2003), a prevalência do DMG pode variar de 1% a 14% de todas as gestações. Já o *Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional* concluído em 1997 revelou que 7,6% das gestações de mulheres com idade superior a 25 anos atendidas pelo SUS eram complicadas pela hiperglicemia gestacional (Landim, Milomens e Diógenes, 2007).

As intercorrências que podem ocorrer na gravidez tanto com mãe como com o bebê, a necessidade de um controle alimentar e de internações constantes podem gerar angústia para a gestante diabética. Visto que o Diabetes Mellitus Gestacional é uma doença crescente em todo o mundo e que está diretamente relacionada com vários aspectos não só fisiológicos, como também sociais e psicológicos, essa pesquisa teve como objetivo entender o contexto psicológico que envolve as gestantes de alto risco com o diagnóstico DMG que encontravam-se hospitalizadas, identificando suas reações frente às mudanças decorrentes do diagnóstico da doença e quais as consequências disso para a mãe e o feto.

Capítulo 1: Gravidez

A Constituição da Maternidade

Ao longo dos anos a humanidade passou por constantes transformações sociais, culturais, políticas e econômicas que caracterizaram e determinaram o comportamento e a forma de se relacionar das pessoas de cada época. Estas mudanças refletiram também nas relações familiares. A mulher desempenhou diferentes papéis ao longo dos séculos, tendo conseguido na história recente, principalmente, reduzir as barreiras que operam dividindo o que é para homens e o que é direcionado a elas. Todavia, a maternidade e o gerar um bebê, devido a fatores biológicos, permanece algo exclusivo das mulheres (Buzzo, Graçato, Cavaglieri & Leite, 2007).

A gravidez pode ser interpretada como uma tentativa de busca pela imortalização ou recusa de morte ou como uma forma de realização feminina e descrita de diversas formas, visto que cada gestante irá vivenciá-la a seu modo. O que pode-se afirmar é que a gestação tem repercussão significativa na vida de uma mulher e é, por si só, um período permeado de expectativas, onde a grávida vivencia uma variedade de sentimentos e emoções que são originadas pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais próprias desta fase (Quevedo, 2010).

Por ser o laboratório de uma nova vida, a gestação é um momento de preparação e constituição da maternidade. Durante a gravidez, a mulher tem que passar da condição de filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais. Todas estas mudanças são mais impactantes nas gestantes primíparas, apesar de as múltiparas também as viverem com intensidade (Maldonado, 2002).

Stainton (1985, citado por Maldonado, 2002) critica a utilização do termo “nova mãe” somente no período pós-natal e acredita que a relação entre pais e filhos e a configuração dos papéis materno e paterno começam muito antes. O processo de constituição da maternidade, por exemplo, inicia-se a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita. Contribuem também para este processo aspectos transgeracionais e culturais associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como numa determinada sociedade (Aragão, 2006).

Aspectos Físicos da Gestaçã

Entre tantas mudanças, alguns sintomas e comportamentos comuns são esperados em uma gestaçã. Segundo Maldonado (2002), a gravidez normal, do ponto de vista psicológico, pode ser dividida em três trimestres distintos, com características marcantes e específicas em cada um.

O primeiro trimestre é marcado por incertezas, dúvidas e ambivalências. Na maioria das vezes é nesse período que a mãe toma conhecimento da gravidez, mas com a demora das modificações físicas e a percepção dos discretos movimentos, a gestaçã não se faz notar para ela mesma, para o companheiro ou para a família. Nessa fase a combinaçã de fatores emocionais com as alterações hormonais pode desencadear o aparecimento de sintomas como sonolência, enjoos e transtornos alimentares (Maldonado, 2002).

Considerado o mais tranquilo de toda a gestaçã, no segundo trimestre as mudanças no corpo já são visíveis e percebidas pela sociedade. A percepção dos movimentos fetais por parte

da mãe, dissipando as dúvidas e dando lugar às certezas, leva os sintomas de náuseas e fadiga a desaparecerem. A maioria das gestantes experimenta forte sensação de bem-estar físico e, apesar de a barriga tornar-se mais visível, nesse momento não é sentida como desconfortável (Maldonado, 2002).

No terceiro trimestre, de acordo com Maldonado (2002), a proximidade do parto intensifica as ansiedades e incertezas referentes ao mesmo, que se expressam através de incógnitas: como será o parto, onde será, se estará sozinha ou acompanhada, se saberá quando é hora de ir para o hospital. Somam-se a isto dúvidas quanto à educação e cuidados com o recém-nascido. Nesse período, os temores em relação a dor e da morte são intensificados. Há mulheres que vivem uma ambiguidade interessante e ficam divididas entre manter o filho no ventre ou deixá-lo nascer. O temor e a angústia da separação do bebê, que ocorrerá com o nascimento e que irá inaugurar um novo papel de mãe, podem até mesmo interferir na qualidade do parto.

Aspectos Psicossociais da Gravidez

Durante a gestação a mulher passa por momentos de tensão psicológica, alterações no comportamento e modificações no relacionamento com o parceiro devido ao aumento da sensibilidade, irritabilidade, labilidade emocional e também no desejo e desempenho sexual. Esses fatores se não forem bem trabalhados durante o pré-natal podem vir a acarretar transtornos familiares (Pinho e Ribeiro, 2001).

A gravidez nem sempre leva o casal, ou principalmente a mulher, a um estado de contentamento. Quando planejada e desejada, marca de forma positiva o relacionamento. Quando não desejada, pode vir a desencadear conflitos, como o rompimento entre os parceiros ou até mesmo a escolha por se fazer um aborto. Entretanto, apesar do acontecimento de gestação

não planejada ser frequente entre mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridade, o fato de a gravidez não ter sido programada não significa necessariamente que o filho não seja desejado. Muitas gestações são rapidamente aceitas ou transformam-se em desejadas ao longo da gestação, resultando em situações felizes e equilibradas (L. Silva, Santos, & Parada, 2004).

Perante todas estas mudanças, a experiência da gestação leva a uma exacerbação da sensibilidade da mulher, o que a deixa também suscetível a vários distúrbios emocionais. Assim, a gravidez pode desencadear tanto uma crise emocional para as grávidas como inaugurar um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido. A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar e prevenir dificuldades futuras para filho (Defey, Rosselo, Friedler, Nuñez & Terra, 1994; Maldonado, 2002; L. Santos, 2003). A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais, da personalidade da gestante e, claro, de acontecimentos no decorrer da gravidez. A forma como a mulher lida com todas estas mudanças do período gestacional deverá influenciar intimamente a relação futura com a criança (Maldonado, 2002).

Não é de se estranhar, portanto, que um processo que impõe tantas exigências, como é o caso da gravidez, tenha invariavelmente associada a presença de ansiedade. As preocupações com a gravidez, com o bebê e com maternidade aparecem como uma influência importante, mas qualquer ansiedade torna-se prejudicial quando persiste ao longo de toda a gravidez em níveis patológicos (L. Santos, 2003).

Em alguns casos, a gravidez pode reservar ainda uma surpresa negativa. A gestação é denominada de alto risco a partir do momento em que o risco de doença ou de morte durante a gestação e após o parto passa a ser maior do que o habitual tanto para o bebê como para a mãe.

Em decorrência desse fator de risco pode haver um acréscimo de dificuldades emocionais e sociais para esta gestante (Brasil, 2000, em Quevedo, 2010). Uma vez identificadas, algumas condições de risco podem ser tratadas e eliminadas, enquanto outras podem ser controladas, diminuindo seu impacto na gravidez, como é o caso do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), uma das doenças que mais acomete as gestantes em todo o mundo (Quevedo, Lopes & Lefèvre, 2006).

Capítulo 2: Diabetes Mellitus Gestacional

Definição e Rastreamento do DMG

O termo diabetes tem origem em uma palavra grega que significa "sifão". A doença recebeu este nome por ter a poliúria como característica, pois, assim como no sifão, o qual é utilizado para transportar um líquido de uma determinada altura para outra mais baixa, o líquido ingerido por um diabético passa rapidamente pelos rins e é eliminado através da urina. Já o termo "Mellitus", que foi adicionado mais tarde, deriva do latim e significa "doce mel". Suas primeiras referências aparecem por volta de 1000 a.C. no Egito, mas foi na Índia por volta de 400 a.C. que os pesquisadores Charak e Susrut verificaram o caráter adocicado da urina em casos confirmados de diabetes e passaram a assim diagnosticar a doença. Percebe-se, portanto, que o diabetes é uma enfermidade tão antiga quanto à própria história do homem e que não deixa de ser um dos maiores desafios da medicina (Setian, 1995).

Diabetes Mellitus (DM), dessa forma, é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia devido à deficiência na produção ou diminuição da ação da insulina, levando a distúrbio no metabolismo de carboidratos, lipídios, proteínas, água e eletrólitos. Essa disfunção pode manifestar-se pela primeira vez na gravidez ou pela primeira vez ser diagnosticado na gestação, sendo então chamada de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (Oats, 1998 citado por L. Santos, 2003).

É recomendado que se rastreie o DMG em todas as gestantes, independente da presença ou não de fatores de risco. Mais recentemente, tem-se recomendado a triagem precoce de gestantes de alto risco na primeira consulta pré-natal, permitindo que se identifiquem casos de

diabetes preexistente e que não devem, portanto, ser rotulados como diabetes gestacional (Weinert et al., 2011, citado por Maganha et al., 2003). A presença de hormônios diabetogênicos durante a gravidez como a progesterona, o cortisol, a prolactina e, principalmente, o hormônio lactogênico placentário explica parcialmente a diminuição da sensibilidade à insulina. Em uma gestante, os níveis da glicemia tendem a ser mais baixos em jejum e mais altos logo após as refeições, principalmente em casos de não haver aumento adequado na liberação da insulina (Maganha et al., 2003).

O método diagnóstico preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é mais simples do que aquele adotado pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e por outros órgãos, portanto, mais utilizado atualmente. Entretanto, vale a pena diferenciá-los. A OMS recomenda o rastreamento universal empregando o teste de tolerância com sobrecarga oral (TOTG) de 75g de glicose. Este teste deve ser realizado entre 24 e 28 semanas de gestação, exceto nas gestantes de alto risco. Nestas pacientes em específico, a realização do teste deve ser mais precoce, em geral na 20^a semana de gravidez e, mesmo o rastreamento inicial sendo negativo, deve ser repetido entre a 24^a e 28^a semana. O ponto de corte da glicemia de jejum para o rastreamento positivo pode ser estabelecido como 85 mg/dl, independente do momento da gravidez. Em casos de resultado inferior a 85 mg/dl, o rastreamento é considerado negativo. Já um resultado maior ou igual a 85 mg/dl é considerado rastreamento positivo, indicando a necessidade de um teste diagnóstico (Miranda & Reis, 2006).

Por outro lado, a ADA recomenda que se rastreiem mulheres que apresentem fatores de risco entre 24 e 28 semanas de idade gestacional através de um procedimento realizado em duas etapas, com um exame de rastreamento que, se positivo, encaminha a gestante ao teste completo (Dode & Santos, 2009). No Brasil, o Ministério da Saúde sugere que o rastreamento do diabetes

seja feito de forma universal a partir da 20^a semana de gestação. Recomenda ainda que em caso de haverem fatores de risco presentes, o rastreamento deve ser repetido no terceiro trimestre mesmo que o primeiro rastreamento tenha sido negativo. Assim, entram como fatores de risco para DMG de acordo com o documento Assistência Pré-Natal: Normas e Manuais Técnicos, editado pelo Ministério da Saúde, a idade superior a 25 anos, deposição central excessiva de gordura, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez em curso, história familiar de diabetes mellitus em parentes de primeiro grau e estatura abaixo de 1,51m (Ministério da Saúde, 2012).

Riscos e Tratamento do DMG

O risco de desfechos adversos maternos, fetais e neonatais aumenta de forma contínua com a elevação da glicemia materna. As complicações mais frequentemente associadas ao diabetes gestacional são – para a mãe: a maior incidência de cesarianas e a pré-eclâmpsia; – para o concepto: a prematuridade, a macrossomia, a distocia de ombro, a hipoglicemia, a morte perinatal e o aumento do peso, já que a insulina é fator de crescimento. A doença durante a gravidez também pode levar a complicações futuras, tanto para a mãe, quanto para o filho. Para ela, as chances de desenvolver DMG novamente em outra gestação ou Diabetes tipo 2 são maiores, por isso é recomendado que, depois de seis a oito semanas do parto, e esporadicamente a cada dois anos a gestante repita os exames. O filho pode ter problemas de peso, alterações metabólicas e doenças cardiovasculares na vida adulta (Dode & Santos, 2009).

A adesão ao tratamento do DMG poderá reduzir os riscos de morbidade perinatal e melhorar a qualidade de vida materna pós-natal. Em um primeiro momento, busca-se controlar a

glicemia por meio da prescrição de uma dieta individualizada e da prática de atividade física e, no caso das metas glicêmicas não terem sido atingidas, institui-se o tratamento farmacológico. Este, por sua vez, é realizado através da insulinoterapia subcutânea (Dode & Santos, 2009).

Na opinião de Maganha et al. (2003), a introdução da insulina no tratamento de gestantes diabéticas foi um marco na qualidade da assistência, ocorrendo uma diminuição principalmente na taxa de óbitos fetais. Entretanto, o uso de insulina é complexo, de maior custo e de menor aceitação pelas pacientes e pode, adicionalmente, acarretar ganho indesejado de peso. Como alternativa terapêutica, medicações orais mostraram-se, recentemente, de efetividade comparável à da insulina no tratamento do diabetes gestacional. É importante, portanto, alertar às gestantes que conhecer as medidas terapêuticas e aderi-las reduz a incidência de prejuízos tanto a mãe quanto ao bebê graças à normoglicemia alcançada.

Além da alimentação e da medicação, a atividade física pode ser uma aliada no controle da glicemia desde que não haja alguma contraindicação clínica, por no máximo trinta minutos diários, de três a cinco vezes por semana (Landim et al., 2008). Uma simples caminhada ou uma aula de hidroginástica auxilia no controle glicêmico, melhora a disposição física e até mesmo o humor (Reis, 2013).

O conhecimento, a informação e a educação são as melhores formas de controle. A gestante com DMG deve incorporar a rotina de tratamento à sua vida, não deixando de realizar os controles necessários para o acompanhamento da doença, já que apesar de ser considerada uma situação de gravidez de alto risco, os cuidados médicos e o envolvimento da gestante possibilitam que a gestação com DMG corra tranquilamente e que o bebê nasça no momento adequado e em boas condições de saúde (Debray, 1995).

Fisiopatologia do DMG

Apesar de vários estudos estarem sendo realizados por todo o mundo, a fisiopatologia do DMG não está, na visão de Maganha et al. (2003), totalmente elucidada. Caso todas as gestantes fossem resistentes à insulina, a incidência da doença seria superior aos níveis encontrados. Atualmente, discute-se o fato da etiologia do diabetes ser composta por vários fatores associados, sendo eles genéticos, hormonais, ambientais, entre outros. Dentre esses fatores de risco, pode-se incluir a idade avançada da gestante, histórico familiar de diabetes mellitus e maior peso corporal. Outros fatores ainda são controversos, não tendo sido evidenciados por vários consensos: baixo peso ao nascer, baixa estatura na idade adulta, tabagismo na gravidez, inatividade física, múltiplos partos e ganho excessivo de peso na gestação (L. Santos, 2003).

Os fatores ambientais têm adquirido relevância nos últimos anos em oposição à explicação do diabetes exclusivamente genética defendida anteriormente. Já se sabe, segundo L. Santos (2003), que a hiperglicemia não é causada apenas por uma deficiência de insulina, mas também por intolerância a vários nutrientes. Esta intolerância, por sua vez, pode estar associada às cargas de epinefrina que acompanham as reações de ansiedade.

De acordo com Chipkevitch (1994, citado por J. Santos & Enumo, 2003), cada vez mais se reconhece que aspectos emocionais, afetivos, psicossociais, a dinâmica familiar e também a relação médico-paciente podem predispor no controle do diabetes. Nesse sentido, é reconhecida a importância dos fatores psicológicos tanto para o surgimento como para o controle metabólico do diabetes. Em um estudo de Kimball (1971, citado por L. Santos, 2003) acerca dos aspectos emocionais e psicossociais no DMG, é ressaltado que não se deve tratar o diabetes sem tentar entender a gestante como um todo.

Capítulo 3: Convivendo com o Diabetes Mellitus Gestacional

O DMG e a Gestação de Risco

Por definição, uma gravidez é considerada de risco quando a chance de doença ou de morte antes ou após o parto é maior que o habitual tanto para a criança quanto para a mãe. A mulher identificada como grávida de alto risco apresenta dificuldades para as adaptações emocionais exigidas pelo novo papel, acrescentando-se várias outras emoções. O próprio rótulo "gestante de alto risco" faz com que se sintam diferentes das demais gestantes, levando a uma diminuição da autoestima (Quevedo et al., 2006).

A associação entre Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e a gravidez é considerada condição de risco, uma vez que é uma doença com início ardiloso, difícil controle glicêmico e que pode repercutir negativamente sobre a saúde materna e do feto (L. Silva et al., 2004).

Alguns estudos realizados com gestantes com DMG revelaram que as gestantes que foram estudadas naquelas determinadas ocasiões demonstraram sentimento de medo em relação à saúde do bebê e em relação à possibilidade de prematuridade ou até mesmo de má-formação do filho (Quevedo, 2010). Somam-se a todos esses fatores a perda de controle em relação à gravidez e a si mesma. Trata-se de um importante golpe narcísico para as mães saberem que seus problemas de saúde podem comprometer seus bebês. Na visão de Tedesco (1998, citado por Quevedo, 2010), caso a mãe tenha a percepção de que ela é a responsável pela situação de alto risco, cria-se em seu íntimo a crença de quebra do seu papel de mulher, levando-a ao sentimento de culpa.

O modo como as gestantes vão experienciar a doença depende das crenças existentes antes

da chegada da mesma, como também das crenças que são estabelecidas por significados referidos à experiência ao longo do processo da doença, e também pelo ambiente social, cultural, idade e etnia (Caixeta, 2010). É importante compreender que o diagnóstico dado pelo médico é diferente da percepção de risco que a gestante tem. Devido a isso, a gestante precisa perceber e entender o perigo ao qual está submetida para entender o porquê de aderir ao tratamento ou aos cuidados propostos pelos profissionais da saúde (Quevedo, 2010).

Na opinião de Kubler Ross (1969, citado por Marcelino & Carvalho, 2005), normalmente o paciente, onde podemos incluir as gestantes com DMG, passa por fases até a aceitação da doença, sendo elas a negação, raiva/revolta, barganha, depressão e aceitação. Por essas fases serem dinâmicas, o paciente pode passar por todas ou não, sendo comum até regredir para uma fase anterior.

O uso da negação expressa relutância de encarar a realidade e pode aparecer diante de um diagnóstico inesperado e chocante. O diabético nega a doença ou uma parte do seu tratamento. Quando a pessoa não pode mais fazer uso da negação, manifesta sentimentos de raiva e revolta. Esses sentimentos podem ser direcionados à família, à equipe de saúde ou aos amigos (Marcelino & Carvalho, 2005). Isso vai de acordo com a visão de L. Santos (2003) que acredita que o psicológico do paciente pode então, se utilizar de mecanismos próprios de defesa a fim de negar essa realidade, levando até mesmo à sabotagem de todo o processo de tratamento.

A fase da barganha é caracterizada pela negociação que o paciente faz com os profissionais ou com a família e amigos, empenhando lucrar algum tipo de vantagem com o seu padecimento. Segue-se a fase de depressão na qual o sentimento dominante é de perda seguido de imensa tristeza. Quando o paciente elabora o seu processo de adoecimento (conscientização e adaptação em relação à sua doença), inicia-se a fase de aceitação. Nesse momento, o diabético

desenvolve maior responsabilidade pelo seu estado geral de saúde e encontra certa paz interior (Marcelino & Carvalho, 2005).

A Experiência da Hospitalização

A confirmação do DMG geralmente vem acompanhada de inúmeras visitas a hospitais, laboratórios e postos de saúde. Em caso de diagnóstico positivo, faz parte do acompanhamento pré-natal a repetição de vários exames de sangue e urina com o intuito de acompanhar a glicemia da gestante. As visitas ao obstetra ou à equipe de enfermagem para acompanhamento do peso, da quantidade de líquido amniótico e da medida da linha da gestação acontecem com mais frequência e o cuidado da equipe multidisciplinar torna-se mais rigoroso (Reis, 2013). Entretanto, os complicadores em decorrência do DMG podem até mesmo levar a gestante a internações para um melhor acompanhamento da gravidez.

Ficar hospitalizada não é algo fácil, tão menos prazeroso. Segundo Kramer et al., (1986 citado por Quevedo, 2010), quando associada à gestação de risco, a hospitalização é considerada um estressor psicossocial. Em suas pesquisas sobre os estressores psicológicos vivenciados pelas gestantes durante a experiência internada antes do parto para estabilização fisiológica, White e Ritchie (1984, citado por Quevedo, 2010) concluíram que as mulheres se mostraram mais estressadas e preocupadas com a separação do lar e da família, com a saúde e com possíveis mudanças em suas autoimagens. Durante a hospitalização, pode-se pensar ainda como estressores a sensação de perda da liberdade ou do direito de ir e vir, uma vez que dentro do ambiente hospitalar as regras passam a ser as do próprio hospital e da equipe de saúde. Atrelado a isso, há a necessidade de exames periódicos e invasivos e a visita de profissionais de saúde inclusive durante o período de sono (Reis, 2013).

Na visão de Tedesco (1998), a culpa é o sentimento que sobressai nos casos em que a paciente hospitalizada já tem outros filhos. Isso ocorre primeiramente por ter que deixá-los em casa, às vezes sozinhos durante grande parte do dia ou aos cuidados de pessoas desconhecidas e, sobretudo, por sentir-se impossibilitada de cumprir seu papel de mãe. São observados também sentimentos de raiva em relação ao feto durante o período de internação, visto que a afeição com os filhos que ficaram em casa é ainda mais forte. Além disso, há que se atentar ao fato do hospital ter a representação de ser um local para morrer. Junto aos outros fatores, isso acaba por piorar o impacto da hospitalização (Quevedo et al., 2006).

V. Moreira et al. (2007) evidenciam que adoecer não é uma experiência fácil, ainda mais quando incide na gravidez e é preciso utilizar um serviço de saúde pública no Brasil, já que nem sempre as mulheres conseguem ter acesso a um serviço médico especializado, com os recursos humanos e o suporte material necessários. A desorganização da rede de serviços de saúde contribui para a produção de doença, gerando outros sofrimentos além daqueles que a enfermidade inevitavelmente determina.

Por outro lado, alguns autores concluíram que permanecer internada durante a gestação pode trazer benefícios, podendo reduzir o stress e a ansiedade, aumentar a segurança e representar melhores perspectivas de saúde para a mulher e seu filho. Quevedo et al. (2006), em seu trabalho sobre a experiência da hospitalização em gestantes de alto risco, apontou que os cuidados hospitalares as deixavam mais tranquilas em relação à própria vida e à vida do bebê e, para algumas mulheres, a certeza de que elas não estavam verdadeiramente bem, ou seja, a necessidade de ficarem internadas legitimou os riscos da gestação. De uma maneira geral, segundo os autores, o período de internação foi percebido como muito difícil para as gestantes,

todavia, mesmo demonstrando intenso sofrimento ante às situações vivenciadas, as grávidas mostraram mecanismos de adaptação ao ambiente hospitalar.

A Importância do Suporte Sócio-familiar

Ziegel e Cranley (1985, citado por Bezerra, Carvalho, & Sobreira, 2001) esclarecem que a gestação, embora seja um evento biologicamente normal, é um acontecimento especial na vida da mulher. Na gravidez, só o fato da família acolher esta condição já estabelece um suporte emocional para a mulher (Jussani, Serafim & Marcon, 2007), assim como gestos de carinho, aceitação e diálogo colaboram para que a gestante se sinta amada, cuidada e protegida. Essa demonstração de afeto e de apoio torna-se ainda mais indispensável quando a mulher está vivenciando uma gestação de risco, sendo preciso um apoio familiar com um olhar mais compreensivo, principalmente para o enfrentamento de sentimentos como medo e sensação de incompetência materna.

Para Symister e Friend (2003, citado por Rossi, 2003), o suporte sócio-familiar é um conceito chave na Psicologia da Saúde e tem implicações práticas em pacientes que precisam se ajustar ao diagnóstico de alguma doença. Em se tratando do DMG, quanto maior for a participação familiar no tratamento da paciente, mais facilmente poderá ocorrer a aceitação à doença, visto que o tratamento é complexo e não envolve apenas a terapêutica medicamentosa, mas, sobretudo, o cuidado diário com o objetivo de se manter um bom controle metabólico (Rossi, 2003).

De maneira geral, pessoas com alto suporte sócio-familiar apresentam melhor ajuste mental e físico. O mecanismo exato pelo qual o suporte social facilita o cuidado ou melhora a saúde ainda não foi bem estabelecido, mas pode-se supor que esse apoio social pode minimizar

um período de estresse para a pessoa, que procura por comportamentos de saúdes positivos e que enfrenta com mais otimismo as situações desgastantes que a vida pode trazer, levando a um melhor ajustamento em casos de doença.

De acordo com Rossi (2003), o suporte sócio-familiar recebido e percebido pelas pessoas é fundamental para a manutenção da saúde mental, para o enfrentamento de situações estressantes (um período de hospitalização, por exemplo), para o alívio dos estresses físico e mental e para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados aos sistemas cardiovascular, imunológico e endocrinológico, onde é possível inserir o Diabetes Mellitus Gestacional. A doença abala e ocasiona incerteza, insegurança e outros sentimentos negativos. As dificuldades vão crescendo no decorrer do tratamento, mas a pessoa doente que recebe o carinho da família e que aplica a sua energia em busca do conforto enfrenta melhor a sua doença.

Rodríguez-Morán e Guerrero-Romero (1997, citado por Rossi, 2003) em seu estudo sobre a importância do suporte sócio-familiar no controle do diabetes mostraram que a ajuda influi de maneira positivo para o paciente chegar à normoglicemia. Além disso, concluíram que quanto maior o conhecimento da família sobre a doença, maior apoio o sujeito terá. Conforme Zimmerman e Walker (2002, citado por Rossi, 2003), é essencial que cada membro da família entenda do que se trata a doença, como é controlada e como deve-se agir em situações de emergências.

É interessante ainda que haja uma aproximação entre a família e a equipe de saúde, uma vez que isso possibilitará uma assistência mais direcionada às necessidades de cada paciente e, conseqüentemente, uma adesão mais efetiva ao tratamento. Dessa forma, a própria equipe de saúde pode funcionar como uma rede de suporte, pois a confiança na equipe depositada pela

doente também é importante para que não haja desistências durante o tratamento. Algumas atitudes adotadas por estes profissionais são cruciais para que isso aconteça, tais como demonstração de respeito, linguagem popular e atendimento acolhedor. Sendo assim, conhecer como essas gestantes encaram sua gravidez pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde na abordagem educativa, essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação (L. Silva et al., 2004).

Os profissionais de saúde devem entender essa ocasião como uma ótima oportunidade para a manutenção preventiva da saúde e para a educação da cliente. Um pré-natal atuante, regular, com a participação efetiva da equipe de saúde e a colaboração da gestante, pode, eventualmente dispensar uma possível internação (Quevedo, 2010).

As Alterações na Dieta

Para P. Moreira e Dupas (2006), a vivência com o diabetes é algo a ser enfrentado dia-a-dia após o momento do diagnóstico. Tendo isso em vista, é importante que após o confirmação do DMG a gestante receba uma orientação nutricional devido a imposição de diversas restrições alimentares trazidas pela doença. A melhor forma de controlar a glicose em indivíduos diabéticos e não diabéticos tem sido por meio de dietas com baixo índice glicêmico. Isso evita, no caso das gestantes, o ganho excessivo de peso e a diminuição das taxas de macrosomia fetal e de complicações perinatais. A dieta com baixo índice glicêmico é composta por cereais integrais, grãos inteiros, leguminosas, vegetais e frutas. Fleck e Calegari (2005) salientam que uma dieta equilibrada é obtida com o consumo também de proteínas e gorduras saudáveis e não apenas de carboidratos.

A finalidade de uma alimentação equilibrada é proporcionar ao indivíduo os elementos nutritivos para que ele possa ter uma vida saudável para satisfazer suas necessidades humanas básicas. Portanto, a dieta da gestante deve ser balanceada e fracionada (mínimo de seis refeições por dia), incluindo vitaminas e sais minerais, proteínas e aumento da ingestão de fibras. No caso das gestantes diabéticas, a dieta prescrita é, para a grande parte das delas, suficiente para manter a glicemia e evita o ganho de mais de doze quilos durante a gravidez. O ganho elevado de peso pode prejudicar a gestante e o feto e ainda provocar um aumento na administração de insulina. Tanto gorduras quanto carboidratos devem ser evitados, já que podem causar a elevação rápida da glicemia e, em consequência disso, solicitar um súbito aumento da secreção de insulina para metabolizar essa glicose (Landim, Milomens & Diógenes, 2008).

Segundo recomendação da *American Diabetes Association* (ADA) a terapia nutricional para pessoas com diabetes deve objetivar manutenção dos níveis de glicose o mais próximo possível do normal pelo meio da ingestão de alimentos balanceados, da prática de atividade física regular e da utilização de hipoglicemiantes orais e/ou insulina quando necessários e, em se tratando de gestantes, pelo aumento das necessidades metabólicas durante a gravidez e lactação. Entretanto, seguir uma dieta restritiva é algo complicado e não é raro encontrar gestantes diabéticas que, apesar de saberem da importância de se alimentar de forma correta, acabam sabotando o processo e repetindo a máxima de que “precisam comer por dois” (Fleck & Calegari, 2005).

Capítulo 4: Método

Tipo e Descrição Geral da Pesquisa

Este estudo é de natureza qualitativa. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia em contraposto à pesquisa quantitativa dominante, o método qualitativo tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. Britten (2005, citado por Ferreira, Ferreira, Antioga, & Bergamaschi, 2009) refere-se a este método como um tipo de investigação na qual o pesquisador está voltado para o significado de fatos, eventos ou ocorrências, visto que um grupo social se organiza em volta desses acontecimentos. Com opinião semelhante, Minayo (2004) salienta que a pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Assim, trabalha-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis operacionais.

As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição. O ambiente natural dos participantes (no caso, o hospital) é o local de coleta dos dados e há contato direto com cada um deles. Por conta disso, há pouco controle sobre as variáveis, o que faz com

que se agregue mais validade aos resultados obtidos. A pesquisa qualitativa, todavia, é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador.

Participantes

Participaram do estudo 20 (vinte) grávidas no terceiro trimestre de gestação com diagnóstico de DMG pela primeira vez internadas em um Setor de Gestantes de Alto Risco (SAR) de um hospital público de Brasília.. As participantes foram recrutadas mediante convite oral feito pela pesquisadora e posteriormente identificadas através da letra P e numeradas de 1 a 20.

Local das Entrevistas

As entrevistas foram realizadas nos próprios leitos das gestantes internadas no Setor de Gestantes de Alto Risco, de forma que preservasse o sujeito e garantisse o sigilo dos dados coletados.

Instrumentos

Com base em procedimentos específicos, foram utilizados como instrumentos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), o qual continha 16 tópicos que orientaram a pesquisadora no momento da pesquisa.

Este tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas e deve ser aplicada em uma situação muito semelhante ao de uma conversa informal. Por conta disso, é importante que o pesquisador fique atento para no momento conveniente dirigir a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista no caso do informante ter se distanciado do tema ou ter dificuldades com ele. A entrevista semiestruturada é muito utilizada quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema e intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (Bone & Quaresma, 2005).

Procedimento

Após a autorização da diretoria do hospital e a aprovação do Comitê de Ética da Pesquisa, averiguou-se no prontuário eletrônico das pacientes internadas no Setor de Gestantes de Alto Risco quais delas haviam sido diagnosticadas com DMG pela primeira vez. Em um segundo momento, a pesquisadora se dirigia aos seus leitos, apresentava-se, explicava sobre a atividade que seria realizada e entregava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) à grávida, pedindo para que lesse e o assinasse. Com o termo devidamente assinado em mãos, a pesquisadora realizava a entrevista semiestruturada (Apêndice B) individualmente utilizando um gravador de mão. No caso das gestantes menores de idade, a responsável que a estivesse acompanhando era designada a assinar a autorização para a pesquisa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2013, obedecendo ao cronograma preestabelecido e acordado entre a pesquisadora e as gestantes voluntárias.

Ao término da realização de todas as entrevistas, as mesmas foram transcritas e analisadas para a construção da discussão teórica.

Análise dos dados

Os dados das entrevistas foram analisados através das técnicas de análise descritiva e análise de conteúdo. A primeira tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 1999). Por sua vez, a análise de conteúdo vem sendo utilizada com frequência nas pesquisas qualitativas no campo em diversas áreas, como Administração, Ciências Políticas, Psicologia, Pedagogia e, principalmente, Sociologia. Bardin (1979) refere que a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, e utiliza-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Bardin (1979) divide em três as etapas inerentes à análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na fase da pré-análise organiza-se o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional. Trata-se, portanto, da organização propriamente dita através de quatro etapas: leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados; escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; formulação das hipóteses e dos objetivos e referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A segunda fase é a de exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar diz

respeito ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, com o intuito de entender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual se refere ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, norteado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são tarefas básicas nesta fase (Bardin, 1979).

Na fase de tratamento dos resultados estão presentes ainda a inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados e é nela que culminam as interpretações inferenciais, ou seja, é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 1979).

Capítulo 5: Resultados

Dados destinados à caracterização das gestantes envolvidas no estudo foram coletados nas entrevistas e são apresentados em tabelas a seguir.

Tabela 1

Número de gestações das grávidas participantes do estudo.

Número de gestações	Quantidade de gestantes	% de gestantes
1ª gestação	5	25%
2ª gestação	4	20%
3ª gestação	6	30%
4ª gestação	2	10%
5ª gestação ou mais	3	15%
Total	20	100%

Como pode ser observado na Tabela 1, 30% das mulheres participantes da pesquisa estavam em sua 3ª gestação e 25% já haviam engravidado pelo menos quatro vezes. No universo das vinte gestantes entrevistadas, apenas cinco estavam passando pela experiência de engravidar pela primeira vez.

Tabela 2

Faixa etária das gestantes entrevistadas.

Faixa etária	Número de gestantes
17-20	2
21-24	4
25-28	5
29-32	3
33-36	4
37-40	1
41-44	1
Total	20

A faixa etária contendo o maior número de gestantes diabéticas participantes do estudo, como apresentado na Tabela 2, foi entre 25 e 28 anos, com um total de cinco mulheres. Por outro lado, apenas uma gestante com DMG entre 37 e 40 anos e uma entre 41 e 44 anos participaram da pesquisa.

Tabela 3

Semana de gestação em que foi confirmado o diagnóstico de DMG.

Semana de gestação na qual recebeu o diagnóstico de DMG	Número de gestantes	% de gestantes
28 ^a semana	3	15%
29 ^a semana	1	5%
30 ^a semana	4	20%
31 ^a semana	3	15%
32 ^a semana	6	30%
33 ^a semana	2	10%
34 ^a semana	1	5%
Total	20	100%

De acordo com a Tabela 3, 30% das entrevistadas receberam o diagnóstico de DMG na 32^a semana de gestação, 20% na 30^a semana e 10% na 33^a semana. Três das vinte gestantes souberam da doença na 28^a semana e outras três na 31^a semana. Somente uma gestante teve o diagnóstico confirmado na 29^a semana e outra na 34^a semana.

Capítulo 6: Discussão

Através da análise de conteúdo foram definidas cinco categorias a serem discutidas: o planejamento da gravidez; o diagnóstico; o impacto da gestação de risco; mudança dos hábitos alimentares e suporte sócio-familiar e a hospitalização como rede de apoio.

O Planejamento da Gravidez

De acordo com Piccinini et al. (2008) o processo de construção da maternidade tem início muito antes da própria gestação e, segundo Dourado e Pelloso (2007), a saúde da mulher e da criança é impactada pelo planejamento familiar que precede a gravidez. As expectativas e os projetos antes do nascimento são de extrema importância, uma vez que ajudam a preparar o ambiente e as pessoas envolvidas para a vinda do bebê (Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004). O fenômeno da gravidez não planejada é frequente, porém, o fato de a gestação não ser programada não implica, necessariamente, crianças não desejadas. Em relação ao planejamento da gestação, nove das vinte grávidas entrevistadas referiram não ter programado a gravidez.

Essa minha gravidez não foi planejada. (...) Aconteceu de eu engravidar durante a troca de medicação. Pra falar a verdade eu nem queria esse bebê, já estava feliz com as minhas duas meninas. (...) No início eu fiquei mal, chorava muito, entrei quase em depressão.

(P2)

Tenho dois meninos, um de 6 e outro de 4 que ainda são muito dependentes de mim. Fui arranjar outro sem querer. (P3)

Não planejei nada. Só fui descobrir com 3 meses. (P5)

Esse bebê veio por acidente. (P7)

Tomava pílula e quis passar pra injeção. A médica disse que eu poderia engravidar, mas não levei a sério. Pensei que nunca fosse acontecer comigo, mas aconteceu. (P8)

Minha neném mais nova está com 8 anos, achava que não fosse mais engravidar e veio. (P10)

Tenho anemia falciforme e a médica dizia que seria complicado eu conseguir engravidar por conta dos remédios que eu tomo. Nem eu imaginava, por isso nem me prevenia. (P11)

A Y. (bebê) chegou sem planejarmos, mas também não planejamos nenhum dos dois outros filhos. (P13)

Tive gêmeos quando eu era nova e 5 anos depois tive meu terceiro filho. Não era pra eu engravidar mais não, usava DIU inclusive. (P18)

As condições sociais em que a mulher está inserida, o número de filhos, a idade, a situação financeira e o estado conjugal são alguns dos fatores que influenciam para que a gravidez seja aceita ou rejeitada (Dourado & Pelloso, 2007). Nas entrevistas, foi observado que algumas das gestantes tiveram dificuldades para aceitar inicialmente a gestação. Os motivos evidenciados para essa rejeição foram principalmente os problemas e limitações físicas e sociais.

Já tenho dois filhos e não tive condição de criar nenhum deles, não sei como vou criar

esse. (P1)

Fiquei triste, ainda mais porque o pai da criança não está me apoiando muito. Ele voltou com a ex-mulher e vive me fazendo ameaças. (P11)

Não fiquei muito animada não, queria fazer faculdade primeiro para depois poder pensar em ter um outro filho. Agora vou ter que adiar meus planos mais uma vez. (P18)

Por outro lado, por ter sido realizada em um hospital público, a pesquisa contou com a participação de gestantes pertencentes a níveis socioeconômicos mais baixos que demonstraram ser deterministas em relação ao seu futuro de oportunidades: nasci assim e vou ser sempre assim. Essa mesma percepção apareceu em seus discursos em relação a criança que esperavam. Para algumas delas tanto faz planejar ou não uma gestação, assim como desejar ou não esse filho parece um mínimo detalhe.

Sei lá, acho que planejar gestação é coisa de rico. Pobre engravida porque Deus quer nos ver sofrer. (P5)

É mais um filho, o quarto. Já criei três, então com esse agora vai continuar tudo igual. (P8)

A gente que ganha pouco não tem que ficar esperando pra engravidar não. Nossa vida não vai mudar, então vamos logo ter filhos, pelo menos eles trazem uma alegria. (P10)

Pra mim tanto faz tanto fez engravidar. Minha vida vai continuar dura, mas agora com um filho a mais. (19)

Na visão de Oliveira (2008), um dos fenômenos responsáveis pela aceitação da gestação é a percepção dos primeiros movimentos fetais. Assim, a grávida começa a sentir o feto como uma realidade dentro de si, como um ser diferente dela, mas que ainda precisa do seu corpo para poder vir ao mundo. Para Piccinini et al. (2004), essa percepção faz com que a mãe sinta o feto como mais real e personificado, e incrementa, por isso, as expectativas referentes a ele. É a partir da maneira como são percebidos estes movimentos que as gestantes vão atribuindo características de temperamento ao bebê, além de expressarem que a interação passou a ser recíproca e elas podem até compreender certas mensagens dos filhos. Apesar das dificuldades, as mulheres relataram que, com o tempo, passaram a aceitar a gravidez, sobretudo a partir do momento em que as mudanças físicas ficaram mais manifestas.

O C. (pai) ficou no céu. Era o sonho dele ser pai, até hoje ele ainda me vê barriguda e fala que parece que é mentira que ele vai ter um filho. Eu não fiquei muito contente não, mas meu marido ficou então eu acabei ficando mais depois que vi a barriga crescendo e comecei a sentir meu filho se mexendo. (P1)

Ver a barriga crescendo é a coisa mais doida do mundo, saber que aqui dentro está meu bebê. Ele é muito agitado, converso com ele para ele se acalmar e me deixar dormir. Não tem como não ficar feliz. (P8)

Na primeira vez que o N. (bebê) me chutou eu entendi a graça de ter engravidado de novo. O menino tem personalidade forte, vai puxar a mãe. (P18)

Outro fator que pode ser decisivo para a aceitação da gestação é a realização do exame de ultrassom. Segundo o Ministério da Saúde (2012), o SUS passou a oferecer um ultrassom por

gestante como parte dos exames de pré-natal. Até então ele não era sequer obrigatório, já que em termos médicos ele não acrescenta muitas informações sobre a gravidez. Somente em casos em que havia dúvidas sobre o bem-estar fetal ou sobre possíveis más-formações ele se tornava indispensável. Porém, caso o local onde a gestante realiza o pré-natal tenha o aparelho próprio, espera-se que sejam realizados três ultrassons durante a gestação, sendo o primeiro deles ao fim do 1º trimestre para averiguar a morfologia do feto. Diferentemente dos exames sonar e cardiotocografia, que medem apenas os batimentos cardíacos do bebê, o ultrassom permite que as gestantes vejam a imagem do filho que esperam e passem a ter consciência de que ele é real, o que pode ser constatado a seguir:

Só quando eu fiz o exame de imagem e vi que tinha um bebê lá dentro mesmo que comecei a querer um filho. (P10)

Quando fizeram ultrassom eu comecei a chorar, me arrependi de ter falado tão mal do meu filho. (P11)

Só me dei conta de que seria mãe e que meu filho existia quando o médico me mostrou na telinha da televisão. (P13)

O processo de rejeição e aceitação explanado nos relatos das gestantes diabéticas mostra a existência de pensamentos confusos e ambíguos relacionados à descoberta da gravidez em algumas delas. Todavia, para Costa (2002) e Ferrari, Piccinini e Lopes (2007), é normal que as mulheres demonstrem sentimentos ambivalentes nesse momento. Esses sentimentos são observados nas seguintes falas:

Pra falar a verdade eu nem queria um outro filho, mas sinto que preciso desse filho pra conseguir superar os dois que eu perdi e isso com o tempo me deixou muito feliz. (P19)

A sorte é que minha família me acolheu e encontro força neles para seguir a gestação. A tristeza do início passou. (P11)

Na opinião de Oliveira (2008), após a concretização da gravidez, sensações de prazer, prosperidade e amor são provocadas na mãe. A rejeição outrora sentida dá lugar para o amor materno que supera qualquer dificuldade vivenciada numa situação de alto risco. Entre algumas das gestantes entrevistadas, entretanto, foi possível identificar um grande desejo da mãe em ter aquele filho desde o planejamento, como se o amor materno já se fizesse presente desde então:

Essa neném foi planejada sim, já estou com quase 40 anos, não posso esperar mais, quero muito vê-la nos meus braços. (P12)

A M. L. (bebê) foi muito desejada por mim e pelo meu esposo (...) Engravidei justamente no mês em que eu menos esperava ter engravidado. (P17)

A reincidência de gestações (Tabela 1) é outro fato evidenciado nesse estudo. Conforme K. Silva et al. (2011), o perpetuamento da condição de falta de poder, reconhecimento e precariedade de acesso a recursos sociais depois da experiência da maternidade, em círculo vicioso, afeta a capacidade desses sujeitos de controlar diversos aspectos de sua vida, até mesmo tomar decisões sobre o número de filhos, como pode se observar a seguir.

Já tenho duas meninas, é a terceira vez que fico grávida. (P2)

Essa é minha terceira gestação. (P4)

É minha segunda gravidez, tenho uma menina já. (P5)

Já engravidei 5 vezes antes, mas perdi todos os bebês. (P6)

É meu quinto filho. (P10)

É meu quarto bebê. (P18)

Engravidei já 5 vezes, mas perdi 2 logo no início. (P20)

De acordo com Rosa et al. (2007), o parceiro que quer um filho, o uso incorreto do anticoncepcional, a falta de ocupação remunerada e a baixa renda familiar também se constituem como variáveis que facilitam a reincidência da gravidez, assim como suporte familiar inadequado, uso de drogas, menor acesso a serviços de saúde e educação e mudança de companheiro. As falas das participantes do estudo corroboram com essa visão.

Quem planejou essa gravidez foi meu marido. Eu só fiz foi engravidar. Meu marido não tinha filho ainda e queria porque queria. (P1)

Tomava injeção e ela acabou no postinho perto da minha casa. Me deram uma que disseram ser parecida, mas eu acabei engravidando. (P7)

O meu marido novo não tem filhos, então quero realizar esse sonho dele. (P15)

A mudança constante de parceiro é algo que merece uma reflexão mais ampla. Das quinze participantes que já haviam engravidado anteriormente, mais da metade estava grávida de um novo “ficante”, namorado ou marido. Uma hipótese para tal fato pode ser a rapidez com que os relacionamentos amorosos se desenvolvem e terminam. No caso da P1, por exemplo, entre

acabar o namoro com o pai de seu segundo filho, conhecer um novo parceiro, namorarem, se “juntarem” e engravidar novamente não se passaram mais de dois meses, segundo relatos da própria. Situação semelhante foi vivenciada por P18, que conheceu e casou com o pai de seu quarto filho quatro meses após ter terminado um outro relacionamento. Percebe-se que essas gestantes acreditam que não têm nada a perder ao entrar em uma nova relação com tamanha velocidade e se entregarem à ela ao ponto de engravidar mais uma vez mesmo sem ter condições de criar mais uma criança.

O Diagnóstico

A resistência insulínica está presente em todas as grávidas em algum grau, mas as mulheres diagnosticadas com DMG apresentam uma resistência excessiva. Em se tratando ainda das gestantes multíparas, não se pode afirmar que elas têm mais chance de desenvolver DMG que as primíparas. Todavia, diversos estudos sugerem que a idade mais avançada da gestante é um fator de risco para a ocorrência da patologia em questão. Dessa forma, a chance da mulher já ter passado por uma gravidez seria mais alta. Massucatti, Pereira e Maioli (2012), por exemplo, apontam que mulheres entre 20 e 40 anos apresentam maior prevalência do DMG, o que não está de acordo com a pesquisa de Schmitt (2009, citado por Massucatti et al., 2012) que constatou que o fator idade, isoladamente, não pôde ser considerado como risco para o desenvolvimento do DMG. Muitos consensos utilizam 25 anos como ponto de corte para o rastreamento, mas é interessante observar que, nesta pesquisa, uma análise complementar, categorizando a idade em 17-20, 21-24, 25-28, 29-32, 33-36, 37-40, 41-44 (Tabela 2) mostrou que 6 mulheres entre 17 e 24 anos apresentaram a doença, ou seja, 30% da amostra de grávidas diabéticas. Entre elas,

apenas duas estavam em sua primeira gestação (P7 e P14).

A doença geralmente aparece em torno da vigésima quarta semana de gestação, justamente quando a placenta passa a produzir grandes quantidades de hormônios. Por esse motivo, o teste para rastreamento do DMG, segundo a Organização Mundial da Saúde, deve ser realizado entre a 24^a e a 28^a de gestação, com exceção das gestantes de alto risco, as quais devem realizar o teste a partir da 20^a semana e repeti-lo após a 24^a (Miranda & Reis, 2006). No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que o rastreamento seja realizado de forma universal a partir das 20 semanas (Ministério da Saúde, 2012). Chama a atenção o fato de nenhuma gestante participante deste estudo ter recebido o diagnóstico da doença antes da 28^a semana de gravidez (Tabela 3). A maior parte das mulheres só foi diagnosticada com 32 semanas de gestação.

O diagnóstico tardio das gestantes pode ter sido causado por uma dificuldade em se conseguir consulta pré-natal na rede pública de saúde. Em alguns casos, as mulheres acabam consultando a equipe médica somente no final da gestação, momento em que pouco ou quase nada pode ser feito para que sejam evitadas complicações decorrentes do DMG na gravidez. Outro motivo para a demora no diagnóstico pode ser a própria falta de empenho das gestantes em fazer esse pré-natal. Ir até o posto de saúde ou ao hospital demanda tempo e paciência, o que nem todas têm. Isso vai de acordo com a visão de Maldaner et al. (2008), para quem a distância da residência aos locais de prestação de serviços de saúde incide em ônus financeiro para o deslocamento e contribui com a falta de adesão ao tratamento.

Acredita-se também que por já terem tido outras gestações, algumas mulheres achem que sabem tudo sobre esse período e que não precisam de ajuda profissional. Além disso, algumas grávidas demonstraram não se sentir responsáveis por qualquer coisa que possa ter acontecido a elas durante o período gestacional. Dessa forma, jogam a responsabilidade para Deus, como se

procurar o serviço de pré-natal fosse desnecessário e indiferente para ter evitado qualquer tipo de problema, assim como ter controlado a alimentação desde o início da gestação.

Se Deus quis assim, é porque eu tinha que passar por tudo isso. A verdade divina é muito forte, quem sou eu para fazer algo. (P2)

Deus só nos dá um fardo que podemos carregar. É a vontade Dele. (P7)

Quem sou eu para questionar o que Ele quer para mim? Se eu tivesse comido menos besteira eu estaria aqui da mesma forma. (P18)

Apesar de parecer incomum, há casos também em que a mulher passa pela gravidez inteira sem saber que desenvolveu a doença:

Eu já perdi tanto bebê e os médicos acham que posso ter ficado diabética e nem descoberto. (P6)

Como eu tinha perdido o outro bebê, os médicos desconfiaram que poderia ser por conta da doença. (P12)

Eu também tive suspeita de diabetes gestacional na minha última gestação, mas nada confirmado. O D. (bebê) nasceu bem, mas muito grandão e teve que passar uma noite na UTI. (P13)

Mais do que isso, ser diagnosticada tardiamente pode estar ligado a falta de conhecimento que gestantes têm sobre a doença. Embora 70% das mulheres com DMG voltem à tolerância normal à glicose no período pós-parto, o risco de recorrência em gestações futuras e de

desenvolverem Diabetes Mellitus tipo 2 num período de 10 a 20 anos é muito alto (L. Santos, 2003). Notou-se que algumas grávidas desse estudo não tinham informação sobre o assunto e acreditavam que o DMG era algo passageiro com o qual não deveriam se preocupar:

Sei nada não (sobre o DMG). Só sei o mais importante: ela vai embora depois que eu tiver o bebê. (P1)

Sei que é algo que passa, então é melhor não me desesperar. (P8)

É um problema de glicose que vai ficar só na gravidez, depois que o bebê nascer as coisas voltam ao normal. (P18)

Outras grávidas apresentaram um discurso rico sobre o que é DMG e o porquê dele acontecer, mas não é possível concluir se elas de fato entendem o que estão falando ou se estão apenas reproduzindo algo que foi dito por alguém ou que leram:

É um aumento na taxa de glicose, de açúcar no sangue. (P10)

Meu pâncreas não está produzindo a quantidade de insulina necessária e por isso minha taxa de glicose aumenta. (P11)

A insulina produzida pelo meu pâncreas não está dando conta de quebrar toda a glicose e por isso meus níveis sobem. (P14)

Todo carboidrato que comemos se transforma em açúcar e esse açúcar é processado pela insulina. Como meu pâncreas não está produzindo a insulina necessária a diabetes apareceu. (P17)

Algumas grávidas tiveram problemas em gestações anteriores que levaram os médicos a crer que podem ter desenvolvido DMG e não terem sido diagnosticadas. Nesta gravidez, entretanto, a equipe médica manifestou precaução:

Como eu suspeito que tive diabetes na outra gestação, meu médico sempre tomou conta da minha glicose, até que em um dos exames a diabetes apareceu. (P4)

Eu já perdi tanto bebê e os médicos acham que posso ter ficado diabética e nem descoberto. Dessa vez eles tomaram muito cuidado e sempre fizeram exames. (P6)

Como eu tinha perdido o outro bebê, os médicos desconfiaram que poderia ser por conta da doença. Dessa vez eles ficaram encucados e quando suspeitaram que eu pudesse estar diabética de novo correram atrás do exame. (P12)

Eu também tive suspeita de diabetes gestacional na minha última gestação. O D. (bebê) nasceu bem, mas muito grandão e teve que passar uma noite na UTI. Dessa vez o pessoal do hospital logo desconfiou que eu pudesse estar diabética e ‘fez os exames’ desde cedo. (P13)

Em se tratando dessas gestantes que podem já ter tido DMG em outras gestações, notou-se que o conhecimento delas acerca da doença não demonstrou ser maior do que os das demais participantes. Percebe-se a falta de interesse da parte delas em conhecer mais sobre a doença e ainda a falta de equipes especializadas que transmitam essas informações para as gestantes. Para Buchanan (1996), é indispensável que as mulheres diabéticas em idade reprodutiva sejam orientadas quanto as complicações durante a gestação, quando o controle metabólico é precário.

Outras relataram que chegaram ao diagnóstico do DMG por estarem com algum outro

problema de saúde que requeria um cuidado extra da equipe médica ou por já serem mais velhas:

Por conta da minha idade os médicos sempre cuidaram da minha glicose. Foi num exame que eles fizeram. (P10)

Minha médica acompanha minha gestação de perto por conta da minha anemia e num exame de rotina ela descobriu que eu estava com diabetes também. (P11)

Tenho um problema na válvula mitral, então minha gestação foi muito acompanhada desde cedo. (P14)

Sempre tive pressão alta e os médicos estão com mais medo agora que eu estou grávida. Aí foram fazer o exame de glicose e descobriram que ainda por cima eu estava diabética. (P16)

A grande maioria, entretanto, foi diagnosticada em exames de rotina do pré-natal:

Fui fazer exame de rotina e suspeitaram. Aí me falaram que eu estava diabética. (P1)

Fui no postinho perto da minha casa no Riacho Fundo II fazer o pré-natal e lá mesmo fizeram o exame. (P2)

Sabe esses exames que toda grávida tem que fazer? Então, foi num desses que descobriram. (P7)

É possível supor ainda que algumas grávidas não conheçam seu próprio corpo e possam confundir os sintomas do DMG com os da própria gravidez, como aumento de apetite, fraqueza, vômitos, náuseas, infecções por fungos, visão turva e maior quantidade de urina:

Fui numa consulta e o médico desconfiou que poderia estar algo errado. Eu estava

sentindo muita sede. Não deu outra. (P8)

Estava indo tudo tão bem e nem senti nada estranho no meu corpo que me levava a crer que estava doente. (P9)

A falta de conhecimento do próprio corpo mostrou-se presente também ao se questionar as gestantes sobre os momentos em que seus níveis de glicose ficam alterados e o que elas fazem para evitar que isso ocorra. A maior parte das mulheres só nota que algo está errado quando já estão passando mal e acabam dando uma solução paliativa para o problema. Essa falta de conhecimento do próprio corpo está intimamente relacionada com a falta de conhecimento sobre o DMG, uma vez que uma das indicações básicas que deve ser seguida por quem desenvolveu a doença diz respeito a uma alimentação controlada e dividida em várias refeições durante o dia. As alterações na dieta da gestante serão discutidas profundamente mais adiante.

Eu só percebo quando minha glicose cai, aí eu fico fraca, cansada, quase desmaiando. Nessas horas tomo um suco bem doce pra melhorar. (P3)

Gosto de comer quando estou com vontade. E se não como passo mal, mas não faço nada pra evitar. (P5)

Eu passo mal quando estou na rua, porque eu geralmente esqueço de comer. Pra isso, eu levo sempre algo na minha bolsa. (P13).

Quando eu sinto que minha glicose vai cair, o que acontece geralmente no meio da tarde, eu corro e como algo. Isso já aconteceu umas cinco vezes. (P17)

O Impacto da Gestação de Risco

As mudanças ocorridas no período de gravidez despertam sentimentos variados que vão depender da história e do contexto no qual está inserida a gestante. Segundo Costa (2002), quando a mulher se depara com diagnóstico de gestação de risco esses sentimentos são intensificados. Tendo em vista o DMG como fator que põe em risco uma gestação, a presente pesquisa também buscou identificar os pensamentos e sentimentos experienciado por essas gestantes com o objetivo de compreender melhor suas atitudes e vivências. A preocupação com o bebê é um pensamento esperado diante de um diagnóstico de gestação de alto risco. O sentimento de aflição aumenta frente a previsão real ou imaginária de uma situação desagradável, como o risco do bebê desenvolver algum problema (Oliveira, 2008). Todavia, as gestantes do estudo não expuseram isso com frequência em seus discursos, tendo apenas duas demonstrado sua apreensão com o estado do bebê:

Peixe morre pela boca. E eu sou como um peixe, tenho que ter controle do que eu como para não acontecer nada de pior pra mim e pro bebê. Fico pensando todo dia no que pode estar acontecendo com ele. (P8)

O pior mesmo é a preocupação com a saúde do bebê, por isso que estou tentando me alimentar de forma mais saudável. (P15)

Esse fato pode estar ligado a falta de vínculo com o bebê. Apesar de ser esperado por quem está de fora que a mãe já ame e proteja incondicionalmente seu filho ainda na barriga, é comum que não haja ainda uma ligação forte entre mãe e bebê, o que é provável que aconteça

logo após o nascimento, quando o filho passa a ser concreto. Quevedo et al. (2006) corrobora com essa ideia ao dizer que a preocupação da gestante de risco é maior com o que já conhece – marido e filhos mais velhos, por exemplo – do que com o filho que está esperando.

Observa-se, contudo, que as gestantes apresentavam um sentimento de responsabilidade diante do diagnóstico. Para Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011), perante o conhecimento da exposição do feto a algum tipo de risco, a gestante sente-se culpada.

Me senti culpada, acho que posso ter prejudicado minha filha por um erro que eu cometi, que foi não me alimentar direito. (P13)

Eu fiquei me culpando. O que será que eu fiz de errado pra ter sofrido um aborto no ano passado e agora nessa gravidez estar com diabética? Será que eu não nasci pra ser mãe?. (P16)

(...) acabei de perder ‘um bando’ de neném. Quando pensei que esse fosse vingar apareceu a diabetes. Eu que me achava uma boa parideira agora acho que não nasci pra ser mãe. (P19)

Em alguns casos, notou-se que o DMG era visto pela gestante como o menor dos problemas que tinham que lidar durante a gravidez. Algumas mulheres estavam com dificuldades nos relacionamentos ou haviam recebido o diagnóstico de outra doença que para elas parecia mais preocupante. Dessa forma, acabavam por não dar a devida atenção que o diabetes exige. Apesar disso, é importante alertar e educar as gestantes sobre os males que o diabetes pode causar caso não seja feito o controle da glicemia. Dentre outras complicações, o DMG altera o crescimento fetal e aumenta a taxa de malformações fetais.

Quando o doutor disse que eu estava com diabetes nem me importei, já estava com tanto problema mesmo que mais um menos um nem faz diferença. (P3)

(...) tinha passado pela cirurgia de remoção do cisto há pouco tempo. Pensei “pronto, saiu um problema e entrou outro, essa gravidez não é pra ser tranquila mesmo”. (P5)

Essa doença nem faz diferença pra mim, estou mais preocupada é com esse problema de sangue mesmo. (P6)

Estou com problema no trabalho e com o pai do bebê. Tanto faz estar diabética. (P11)

Apesar da gravidez com DMG, o desejo de ser mãe se sobrepôs à gestação de risco em alguns momentos das entrevistas. Dourado e Peloso (2007) em seu estudo encontraram gestantes que assumiram o risco e expressaram que o desejo de ter um filho superou o sentimento de medo, como nas seguintes falas das grávidas dessa pesquisa:

Chorei bastante, fiquei triste, mas não vou desistir do bebê. (P9)

Se Deus acha que eu consigo aguentar, por que eu não aguentaria? (P10)

Mudança dos Hábitos Alimentares

A modificação da dieta é fator fundamental para o controle dos níveis glicêmicos na gestante diabética. Entretanto, observou-se que as participantes da pesquisa apresentaram dificuldade em incluir os novos hábitos alimentares em suas rotinas.

Continuo comendo meus dois pães de sal no café da manhã e ai de quem quiser me proibir. (P1)

Odeio salada, não como legume nenhum. Fruta só manga e ainda me disseram que é a fruta com mais açúcar. Não nasci pra ter diabetes não.... (P5)

Essa comida de diabética é ruim demais. Sinto fraqueza todos os dias e tenho certeza de que é por conta da comida nova que estou comendo. (P12)

Tudo mudou pra pior. Não posso isso, não posso aquilo, não posso comer macarrão à noite, tenho que carregar alguma comida na minha bolsa pra não passar mal e mesmo assim eu ainda passo. (P13)

Mesmo estando internadas em um hospital, é comum, de acordo com as gestantes, presenciarem parentes levando doces e outras guloseimas escondidos na bolsa na hora da visita. As grávidas podem até conhecer os riscos que correm ao se alimentar de forma incorreta, mas por não sentirem nenhuma mudança física decorrente da doença preferem continuar mantendo os mesmos hábitos alimentares de antes do diagnóstico. As famílias às vezes sequer sabem que as gestantes desenvolveram o DMG e acham que estão fazendo um agrado ao levar comida de fora do hospital para elas. Quando sabem, podem não ter o conhecimento necessário para, inclusive, incentivar a grávida a manter uma dieta saudável. Dessa forma, é importante que se realize um trabalho de educação com os familiares também.

Com base em tudo isso, chama a atenção o fato de as mesmas gestantes que relataram se sentir culpadas e responsáveis pela doença não seguirem as indicações alimentares. Pode-se então pressupor que a culpa explanada por elas é apenas algo esperado socialmente e não o que verdadeiramente sentem.

Ao focar a reeducação alimentar, na visão de Pessoa (2006, Landim et al., 2008), é válido considerar que, para muitas pessoas, a alimentação representa um dos maiores prazeres da vida, uma grande compensação ou até uma forma de esquecer os problemas, como pode ser conferido a seguir no depoimento:

Dia desses fui chamada de fofa pejorativamente pela gerente de uma loja no shopping. Sabe o que eu fiz? Corri na lanchonete e pedi uma torta de chocolate com bastante calda.
(P17)

O simples fato de alguém impor mudanças na alimentação rotineira pode levar o indivíduo ao abandono do tratamento nutricional. Ao propor um novo tipo de dieta às gestantes, é importante conhecer seus hábitos alimentares, criando propostas alternativas que facilitem mudanças, evitando privá-las dos seus prazeres alimentares (Landim et al., 2008). A seguir, diante de alguns depoimentos das gestantes, observa-se que elas apresentam algum conhecimento acerca da dieta a ser cumprida. No entanto, algumas dificuldades impedem de colocá-la em prática devido a fatores externos relacionados, como, por exemplo, ansiedade e dificuldade financeira. O fato de não seguirem a dieta prescrita, ingerindo uma maior quantidade de calorias, faz com que estas mulheres estejam sujeitas a uma hiperglicemia ou hipoglicemia severa.

Eu achava que seria só não comer chocolate e doce, mas no hospital me falaram que pão, macarrão e outras massas também podem me fazer mal. Tive que reduzir tudo, adorava comer pão com manteiga até dizer chega. (P3)

Me disseram que não posso ficar misturando arroz e macarrão no mesmo prato, por exemplo. Nem batata, que eu achava que era inofensiva. Essa cobrança por ter que comer direito, por ter que comer pouco e de 3 em 3 horas é chata, não tem como se acostumar. (P9)

Eu até tento seguir a dieta que mandaram, mas é cara, não dá pra ficar comendo pão integral todo dia. Se eu fosse rica seria fácil, só rico deveria ter diabetes. (P19)

Durante a gravidez, as atividades físicas consideradas de baixo risco são as indicadas (caminhada, hidroginástica, dança, natação, ciclismo, ioga), pois provocam aumento da sensibilidade dos tecidos à insulina, melhorando o controle glicêmico da gestante e contribuindo para uma melhora da autoestima. Apesar dos benefícios, a caminhada foi a única atividade citada e por apenas uma gestante em dois momentos diferentes da entrevista:

Eu tento caminhar perto da minha casa, tento não ficar desocupada, que isso sim dá fome e angústia. (P19)

Quando eu meço e vejo que a glicose está alta, eu dou uma caminhada perto da minha casa se for possível. Sinto que isso me ajuda a abaixar a glicose. (P19)

Suporte Sócio-Familiar e a Hospitalização Como Rede de Apoio

Santana (2000) em seu estudo sobre os significados e subjetividades no corpo do ser diabético salientou que a postura familiar é avaliada como fundamental para o resultado satisfatório do tratamento, visto que a família tem importância essencial para que o diabético

aceite melhor sua condição. Fica clara a importância do contexto social e sua relação com as dimensões individuais das gestantes, como idealização e desejo da maternidade e sentimentos vivenciados, na discussão dos dados apresentados até aqui. Dessa forma, é preciso ir mais a fundo na discussão desse assunto, demonstrando a grande influência que as determinações sociais e relacionais têm sobre as práticas de saúde das gestantes diabéticas em questão.

(...) o apoio incondicional do meu marido e da minha família é o que me ajuda a ir em frente. (P2)

A sorte é que minha família me acolheu e encontro força neles para seguir a gestação. A tristeza do início passou. (P11)

O cuidado durante a gestação está situado na mãe e a figura paterna em muitos casos encontra-se ou ausente ou, na melhor das hipóteses, enquanto integrante da rede de apoio. O Ministério da Saúde (2009) salienta a importância de se construir parcerias igualitárias, fundamentadas no respeito e em responsabilidades compartilhadas e declara como básico o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável. Contudo, sabe-se que o indicado pelo Ministério da Saúde é algo ideal, mas utópico e difícil de ser alcançado em todas as famílias. Em muitos casos, por exemplo, a mãe sequer se relaciona mais com o pai do bebê, conforme mostrou-se presentes nas entrevistas:

Não tenho mais vínculo com o pai do bebê, não nos relacionamos mais. Meus pais aceitaram a gestação, mas não sei se ficaram felizes por terem uma filha solteira e grávida. As pessoas falam, comentam. (P7)

Eu e o pai do bebê não namoramos mais, mas ele me ajuda do jeito que pode, mas de longe. (P8)

O pai da criança voltou com a ex-mulher e ela tem muitos ciúmes de mim. Por isso ele acaba não me procurando muito. Quando ele quer saber algo ele pede pra mãe dele me ligar. (P11)

Nas falas acima, a presença do pai desponta de modo superficial e podem ser identificadas duas representações da figura paterna: o pai ausente e o pai-visita. Esta última representação surge e é reforçada pela maneira como os serviços de saúde limitam uma maior participação e responsabilização do pai.

A presença e o envolvimento do parceiro/pai na gestação dentro das instituições de saúde é de fundamental importância para essas gestantes. Entretanto, o fato das mulheres em estudo estarem em um setor de gestação de alto risco, impossibilitou a presença constante de um familiar. Na opinião de Diehl et al. (2011), é interessante que nessa situação um ambiente acolhedor seja promovido pela unidade hospitalar, aproximando, assim, a família do tratamento e proporcionando a essa mulher uma vivência mais saudável possível. Durante as entrevistas, a única forma de aproximação dos familiares manifestada pelas gestantes foi através de visitas. No caso do hospital onde foi realizada a pesquisa, a visitação era aberta para familiares e amigos todos os dias das 13h às 18h. Gestantes menores de idade poderiam solicitar acompanhante em tempo integral, mas apenas do sexo feminino, visto que cada quarto do setor era dividido em quatro leitos. Após o parto qualquer mulher passava a ter direito a uma acompanhante. Caso o pai ou algum outro parente desejasse assistir ao parto cesárea, era necessário que tivessem participado previamente de um curso ministrado pelo hospital duas vezes ao mês. O parto

normal, entretanto, não poderia ser acompanhado. As falas das gestantes corroboram com essas ideias:

Sinto falta de ver meus filhos e meu marido. Moro longe daqui, fica caro pra eles virem me visitar. (P10)

Queria que ele estivesse aqui do meu lado, mas já me avisaram que nem depois que eu tiver o bebê ele pode ser meu acompanhante no hospital. (P12)

Sinto saudades dele todos os dias, mas ele me visita quando dá. Essa história de dividir quarto com outras mulheres e de não poder ter acompanhante homem é complicado. (P15)

Ele vem aqui quando consegue folga. Todo dia tem visita a partir da 1 hora da tarde, mas é justo quando ele trabalha. (P20)

De acordo com Armond (2003), o sentimento de ansiedade gerado pela doença e pela hospitalização provoca insegurança, inquietação e sofrimento intenso. No caso das participantes do estudo havia mais um agravante: os filhos que geravam. A doença poderia não só prejudicá-las, mas pôr em risco a saúde ou vida dos bebês ou até a sobrevivência materno-fetal.

Ficar no hospital é muito ruim. Eu nunca sei o que pode acontecer comigo quando eu acordo. (P2)

Preferia estar na minha casa, cuidando da minha família e não sendo cuidada por outras pessoas aqui. (P3)

Não tenho muita coisa pra fazer aqui no hospital, o dia parece que não passa. Isso me deixa aflita, pois qualquer coisa pequena ganha outra dimensão pra mim. (P10)

É horrível ficar internada, eu dava tudo pra sair daqui, até fugir eu já tentei. (P13)

Quando eu acordo e me dou conta que estou internada dá vontade de fechar os olhos e dormir de novo, parece um pesadelo. (P17)

A solidariedade, segundo Pessoa (2008, citado por Landim et al., 2008), é estabelecida na relação dos pacientes durante a hospitalização. No caso, o grupo de gestantes na unidade de internação convivendo com patologias do ciclo gravídico-puerperal se une e passa a compartilhar dos mesmos problemas, ansiedades, medos, expectativas e alegrias. Esse envolvimento diário, realizando atividades cotidianas do ambiente hospitalar, como realizar exames, tomar medicações, fazer as refeições em conjunto, participar de atividades de lazer-televisão e compartilhar os momentos de visitas, traz sentimentos específicos de acordo com a experiência vivida por cada paciente. Assim, pode-se supor que ao conviverem com mulheres com problemas semelhantes aos delas, as gestantes acabam se sentindo mais aceitas e aliviadas diante da situação que estão enfrentando.

O que me deixa feliz aqui são minhas colegas de quarto. Gosto muito de todas elas, chamo até uma delas de mãe. (P1)

Se não fosse a companhia das meninas eu iria pirar. Quando eu fico triste, choro muito, mas elas me apoiam pra ficar boa logo. (P8)

A gente vira uma família, né. Acabamos vendo umas as outras mais do que vemos nossos maridos. (P12)

Criei amizades aqui que quero levar pra minha vida toda. Quando uma de nós tem bebê e vai pra casa parece que alguém morreu, é uma tristeza só. (P18)

Mesmo vivenciando a gravidez de risco e a internação com todos os problemas decorrentes dessa nova situação as gestantes que participaram do estudo revelaram uma atitude de enfrentamento, compreensão e luta para superação do momento, não deixando de sentir felicidade e prazer pela oportunidade de gestar e ser mãe, tendo ou não planejado a gravidez, com o suporte ou não de uma rede de apoio.

Ficar no hospital é ruim, mas eu sei que estando aqui meu filho vai nascer bem. É o melhor pra gente nesse momento. (P11)

Se é pra eu ter um parto saudável e pra que meu filho não nasça com nenhum problema, eu não vejo mal nenhum em ficar no hospital, por mais que seja chato ficar o dia todo a toa. (P13)

O que eu posso fazer? Fugir? Não, vou encarar essa internação de frente, assim como encaro as outras dificuldades da minha vida. (P15)

Nunca é fácil ficar longe da família, de casa, do marido, mas a gente tem que seguir em frente e pensar que estamos em um hospital referência e que outras grávidas gostariam de estar no nosso lugar e não podem. (P19)

Assim, entra-se no ponto de que a internação, apesar de trazer angústias e aflições, também pode representar um período de segurança e tranquilidade para as gestantes. No ambiente hospitalar, elas se sentem protegidas e sabem que terão auxílio especializado e rápido

caso algo venha a acontecer com elas ou com os filhos. Essas percepções foram ainda mais fortes em se tratando das mulheres que já haviam perdido algum bebê em uma situação anterior.

A análise dos dados evidenciou que as gestantes não possuíam conhecimentos suficientes a respeito do DMG, o que pode impedi-las de obter melhores perspectivas acerca da gravidez. Dessa forma, a intervenção de uma equipe multidisciplinar leva a uma maior aceitação da doença e ao controle mais eficaz da gestação.

Conclusão

O ponto de partida para a elaboração do presente estudo foi o interesse em aprofundar a compreensão sobre as emoções e conflitos vivenciados por mulheres hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Para tanto, buscou-se ao longo da trajetória de pesquisa, investigar, sistematizar e interpretar os resultados pela ótica da análise de conteúdo, relacionando-os ainda com aspectos inerentes a uma gestação de risco e ao contexto social das participantes.

O produto final mostrou-se compatível com esses objetivos e evidenciou, sobretudo, um suposto sentimento de culpa por parte das mães; a falta de informação das gestantes sobre o DMG; a dificuldade em seguir uma dieta de restrição alimentar; o papel da família neste momento e a importância do apoio da equipe do hospital e das companheiras de internação.

Alguns desses resultados poderiam ser melhor explicados caso tivesse sido realizado um estudo comparativo entre gestantes com DMG hospitalizadas e não hospitalizadas. Dessa forma, haveria a chance, dentre outras coisas, de concluir até que ponto a internação em um setor de gestação de alto risco contribuiu para que determinadas temáticas aparecessem no discurso das mulheres entrevistadas. Nesse sentido, mais algumas considerações devem ser mencionadas em relação aos limites do presente trabalho e sugeridas para futuras pesquisas.

Não obstante a disposição para participação das participantes que contribuíram no procedimento de entrevista individuais, houve dificuldades que impossibilitaram a formação de grupos para entrevistas coletivas. Outro fato que impediu que se chegasse a conclusões mais específicas sobre o impacto da doença na vida das gestantes foi a amplitude de diagnósticos associados ao DMG. Para algumas das entrevistadas, o diabetes era apenas mais uma

enfermidade com a qual tinham que conviver. Sugere-se ainda que a pesquisa seja ampliada para mulheres que já tenham sido diagnosticadas com DMG em gestações anteriores. Isso possibilitará averiguar se esse público demonstra um maior conhecimento acerca da doença e se passar por ela novamente as fortalece ou tem o mesmo impacto de um primeiro diagnóstico. Por fim, por ter sido realizado em um hospital público e conseqüentemente o nível de escolaridade das participantes ser baixo, acredita-se que seria interessante realizar uma pesquisa semelhante entre grávidas que tenham ao menos iniciado um curso superior. Com isso seria possível investigar se gestantes teoricamente mais bem informadas vivenciam o diagnóstico de maneira diferente ou se a ignorância poderia quiçá ser um caminho mais saudável neste caso.

Mesmo com esses limites, os resultados também vislumbram possibilidades de aplicação efetiva de soluções que contornem alguns fatores críticos relacionados. O DMG, por ser uma patologia que acomete um percentual significativo de grávidas, precisa ser bem abordado durante o pré-natal visando evitar complicações para a mãe e a criança. É importante frisar que a gestante precisa de apoio e educação por parte dos profissionais de saúde, pois ela é a peça principal do processo e deve se empenhar para alcançar frutos positivos. A própria família pode propiciar os aportes afetivos e materiais necessários ao bem-estar da gestante e a adesão ao tratamento, dando o suporte emocional necessário nesse momento da vida da mulher.

Este estudo deve ainda possibilitar reflexões que levem à assistência mais eficiente, buscando atendimento e atenção integral às grávidas que convivem com o diabetes para o aumento da qualidade de vida dessas mulheres. A constatação da intensidade de emoções, receios e temores experienciados pelas colaboradoras revela cada vez mais a necessidade não só da abordagem biológica da problemática como também da psicológica. Visto que o diagnóstico de uma doença de risco durante a gestação marca o fim da gravidez perfeita, esse novo olhar faz-

se necessário à medida em que todo quadro de maior ansiedade despertado por uma situação de alto risco pode, até mesmo, acarretar efeitos relevantes para o psiquismo da mulher e, posteriormente, em sua relação com o bebê e no desenvolvimento saudável dele. O acompanhamento psicológico a estas pacientes torna-se essencial, já que proporcionará uma elaboração dos aspectos emocionais da doença e com isso minimizará os sofrimentos psíquicos. Essa importância da Psicologia ficou clara durante a realização das entrevistas com as gestantes. As colaboradoras não demonstraram resistência e relataram se sentir aliviadas após terem sido ouvidas. Este momento de escuta, inclusive, já tem finalidade terapêutica.

Para fins de conclusão desse trabalho, é imprescindível salientar que o DMG, que de início tanto assusta as gestantes, se diagnosticado corretamente e sendo bem controlado pode resultar em uma gravidez tranquila e em um bebê saudável.

Referências

- American Diabetes Association (2003). Clinical practice recommendations. *Diabetes Care*, 26(Suppl 1), 33-50.
- Aragão, R. (2006). De mãe para filha: a transmissão da maternidade. Em R. Melgaço (Org.), *A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação* (pp. 97-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Armond, L. C. (2003). *Convivendo com a hospitalização do filho adolescente*. (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-18082004-122544/pt-br.php>
- Azevedo, A. F., & Guilhem, D. (2005). A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de Sorodiferença para o hiv/aids. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(3), 189-196.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bezerra, M. G. A., Carvalho, A. M. F. & Sobreira, T. T. (2001). Sentimento das gestantes diabéticas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2(1), 95-100.
- Bone, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduados em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80.

- Buzzo, M. C., Graçato, T. M. R., Cavaglieri, A. G., & Leite, M. S. P. (2007). Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral na cidade de Taubaté-SP. *Revista Janus*, 4(5), 86-101.
- Caixeta, C. C. (2010). Ajustamento familiar no contexto do Diabetes tipo 2. (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03082010-161048/pt-br.php>
- Costa, I. G. (2002). As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 23(1), 30-46.
- Defey, D., Rosselo, J. L. D., Friedler, R., Nuñez, M., & Terra, C. (1994). *Duelo por un niño que muere antes de nacer – vivencias de los padres y del equipo de salud*. Montevideu: Gnosos.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2001). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Dode, M. A. S. O., & Santos, I. S. (2009). Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, 25(5), 1141-1152.
- Dourado, V. G., & Pelloso, S. M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, Maringá, 20(1), 69-74.
- Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007) O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 12(2), 305-313.
- Ferreira, R. R., Ferreira, M. C., Antioga, C. S., & Bergamaschi, V. (2009). Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores. *Revista de Administração*, 44(2), 147-157.

- Fleck, J., & Calegari, M. I. C. (2005) Importância do índice glicêmico para pacientes com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, 20(2), 95-100.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Godinho, R. A., Schelp, J. R. B., Parada, C. M. G. de L., & Bertonecello, N. M. F. (2000). Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? *Revista Latino- americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 8(2), 25-32.
- Jussani, N. C., Serafim, D., & Marcon, S. S. (2007). Rede social durante a expansão da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 60(2), 184-189.
- Landim, C. A. P., Milomens, K. M. P., & Diógenes, M. A. R. (2008). Déficits de autocuidado em clientes com diabetes *mellitus* gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(3), 374-381.
- Maganha, C. A., Vanni, D. G. B. S., Bernardini, M. A., & Zugaib, M. (2003). Tratamento do Diabetes Mellito Gestacional. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 330-334.
- Maldaner, C. R., Beuter, M., Brondani, C. M., Budó, M. L. D. & Pauletto, M. R. (2008). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 647-653.
- Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (16^a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Aspectos emocionais de crianças diabéticas: experiência de atendimento em grupo. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 345-350.
- Massucatti, L. A., Pereira, R. A., & Maioli, T. U. (2012). Prevalência de Diabetes Gestacional em unidades de saúde básica. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 23(4), 210-221.

- Minayo, C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2001). *Plano de reorganização da atenção básica à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Cai total de partos, especialmente entre as mais jovens*. Retirado de http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11993
- Ministério da Saúde (2012) *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado de http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
- Miranda, P. A. C., & Reis, R. (2006). Diabetes Mellitus Gestacional. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(6), 477-480.
- Moreira, P. L., & Dupas, G. (2006). Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(1), 25-32.
- Moreira, V., Nogueira, F. N. N. & Rocha, M. A. S. (2007). Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada. *Revista Estudo em Psicologia*, 24(2), 191-203.

- Oliveira, V. J. (2008). *Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão*.
(Dissertação de Mestrado). Retirado de
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2047.pdf>
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004) Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Porto Alegre, 20(3), 223-232.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Lopes, R. S., & Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13(1), 63-72.
- Pinho, L. M. O. & Ribeiro, D. F. B. (2001). Diabetes da Gestação: nove meses de uma doçura amarga. *Estudos: Revista da Universidade Católica de Goiás*, 28(6), 1199-1210.
- Quevedo, M. P., Lopes, C. M. C., & Lefèvre, F. (2006). Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 12-21.
- Quevedo, M. P. (2010). *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. (Tese de Doutorado). Retirado de
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-14052010-082745/pt-br.php>
- Reis, M. S. P. (2013). *Impacto subjetivo do diagnóstico do Diabetes Mellitus Gestacional*.
(Dissertação de Mestrado não publicada). Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF.
- Ribeiro, M. C., Nakamura, M. U., Abdo, C. H. N., Torloni, M. R., Scanavino, M. T., & Mattar, R. (2011). Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(5), 219-224.
- Rosa, A. J., Reis, A. O. A., & Tanaka, A. C. (2007). Gestações sucessivas na adolescência. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, 17(1), 165-172.

- Rossi, V. E. C. (2003) *Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com Diabetes Mellitus tipo 2*. (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-21092005-094720/pt-br.php>
- Santana, M. da G. O (2000). *Corpo do ser diabético: significados e subjetividades*. Florianópolis: UFSC.
- Santos, L. P. (2003). Ansiedade e Depressão associadas ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000299972>
- Santos, J. R., & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 411-425.
- Schwartz, R. V., Vieira, R., & Geib, L. T. C. (2011). Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2575-2585.
- Silva, K. S. D., Rozenberg, R., Bonan, C., Chuva, V. C. C., Costa, S. F. D., & Gomes, M. A. S. M. (2011). Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2485-2493.
- Silva, L., Santos, R. C. & Parada, C. M. G. L. (2004). Compreendendo o significado da gestação para gestantes diabéticas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6), 899-904.
- Tedesco, J. J. de A. (1998) Aspectos Emocionais da Gravidez de Alto Risco. Em M. Zugaib, J. J. Tedesco, & J. Quayle. *Obstetrícia psicossomática*. São Paulo: Atheneu.

Apêndices

Apêndice A

Vivências de um grupo de gestantes hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional

Instituição dos pesquisadores:

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Professor orientador/ pesquisador responsável: Prof. Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves

Pesquisadora auxiliar: Elisa Alves Fonseca e Silva

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, com o código CAAE 08581112.0.0000.5553 em Novembro de 2012, telefone 39661511, e-mail comitê.bioetica@uniceub.br.

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidada a participar.

- Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitada a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.
- Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “*Vivências de um grupo de gestantes hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional*”.

- O objetivo deste estudo é refletir sobre a experiência da gestação na perspectiva de gestantes hospitalizadas diagnosticadas com DMG.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em responder às perguntas de um roteiro de entrevista elaborado pela pesquisadora. A entrevista será gravada em áudio a fim de facilitar a sua análise posteriormente.

Riscos e benefícios

Este estudo não apresenta riscos físicos, no entanto, se houver alguma queixa de danos psicológicos ou de qualquer outro tipo de desconforto a pesquisa será encerrada imediatamente. Se for necessário, os devidos encaminhamentos serão feitos.

- Caso esse procedimento gere algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo. No entanto, sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre o universo das gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar e poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.

- O material com as suas informações (gravação em áudio da entrevista) e este TCLE ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora auxiliar com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. O material será destruído após a pesquisa.
- Os resultados deste trabalho serão apresentados em discussões acadêmicas na instituição da qual faz parte a pesquisadora auxiliar. Entretanto, serão mostrados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____ RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte desta pesquisa.

Brasília, _____ de _____ de 2013

Participante

Sérgio Henrique de Souza Alves, telefone (61) 8482-2311
Pesquisador responsável

Elisa Alves Fonseca e Silva, telefone (61) 9806-6656
Pesquisador auxiliar

Apêndice B

Roteiro de Entrevista

- Essa é sua primeira gravidez?
- Você planejou esta gravidez?
- Como você reagiu ao descobrir que estava grávida?
- E o pai do bebê?
- Com quantas semanas de gravidez você descobriu o diabetes?
- Como foi que você descobriu?
- O que você sentiu depois da confirmação do diagnóstico?
- O que você sabe sobre diabetes gestacional?
- Quais foram as mudanças que a descoberta da doença ocasionou?
- O que você gostava de fazer e depois do diagnóstico teve que abrir mão?
- Quais são as maiores dificuldades que você encontra por estar diabética durante a gravidez?
- Como está sendo o período de hospitalização?
- Como está sendo o seu convívio com os familiares durante esta gestação?
- Existem na família outros casos de pessoas com diabetes?
- Em quais momentos seu diabetes fica alterado?
- E o que você faz para evitar que isso ocorra?