

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

MARIANA DA SILVA PEREIRA REIS

IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES
MELLITUS GESTACIONAL

BRASÍLIA, 2014

MARIANA DA SILVA PEREIRA REIS

**IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES
MELLITUS GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Saúde.

Orientador: Doutor Sérgio Henrique de Souza Alves

**BRASÍLIA
FEVEREIRO, 2014**

REIS, Mariana da Silva Pereira.

Impacto subjetivo do diagnóstico do diabetes mellitus gestacional: a autora, 2014.

100 f.

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia e Saúde do Programa de Mestrado em Psicologia do Centro Universitário de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Henrique de Souza Alves.

MARIANA DA SILVA PEREIRA REIS

**IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES
MELLITUS GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Dr. SÉRGIO HENRIQUE DE SOUSA ALVES (presidente)

Dr. LUIZ FERNANDO GONZÁLEZ REY (membro interno)

Dr^a. LARISSA POLEJACK BRAMBATTI (membro externo)

Dr^a. VALÉRIA MORI (membro convidado)

“Gerar um filho vai muito além dos nove meses de gestação... vai muito além das 40 semanas... gerar é algo que acontece de dentro pra fora... começa dentro do peito... é o desejo mais profundo... E de repente, nos tornamos mãe!” (Mariana Reis)

AGRADECIMENTOS

Agradecer... Talvez essa tenha sido a tarefa mais difícil depois de tanto trabalho...
Tantas pessoas fizeram parte deste grande momento...

Agradeço, primeiramente, a força Divina que tanto sinto todos os dias de minha vida!
Chegar até aqui não foi fácil... não mesmo! Quantas vezes pensei em desistir... quantas dificuldades precisei enfrentar... Mas Deus estava ao meu lado! E para cada recaída, ele me dizia: Acredite em você! E, foi por acreditar em mim, que hoje posso dizer que nada vale mais a pena do que ter a certeza da realização de um sonho!

Estudar com filhos tão pequenos não é uma tarefa nada fácil... Acreditem! Quando decidi que era a hora de retornar aos estudos e realizar meu grande sonho, que, por um tempo, precisou ser deixado de lado, meus pequenos não tinham nem dois anos. Mas... filhos não podem se tornar um empecilho para novas conquistas! Eu tinha que enfrentar... que seguir em frente... e assim fiz! E pude ter ainda mais certeza do quanto meus filhos são parceiros! Acompanhar o desenvolvimento deles, ver o quanto são espertos, rir das *sapequices*, responder as perguntas mais difíceis e mais inusitadas... nossa... Não tem forma melhor de recarregar as energias! Essa dissertação me fez recapitular a gestação, relembrar as dificuldades de uma gestação gemelar e as dificuldades do diabetes gestacional que tive que enfrentar para que eles pudessem nascer saudáveis! Aos meus anjos, Catharina e Miguel, o meu mais nobre e puro e sincero obrigada! Sem vocês, a vida não tem sentido algum! Amar vocês e receber o amor de vocês... não existe nada melhor no mundo! E foi gerando vocês dois que pude observar o quanto a psicologia precisa se aprofundar e crescer diante do Diabetes Gestacional!

Ao meu ex-marido, parceirão, amigo e pai dos anjos Catharina e Miguel, teria tantas coisas a dizer... Camillo, vivemos seis anos maravilhosos! Pude aprender muito contigo! Sua amizade, seu carinho, sua dedicação e seu amor, me deram forças e contribuíram muito para que eu me transformasse na mãe e profissional que sou hoje! São os sete anos da amizade mais linda, sincera e verdadeira! Uma obra que só Deus poderia explicar! Você acreditou em mim e, agora posso lhe dizer o quanto isso foi importante! Esse trabalho é nosso!

A minha linda mãe... Amor incondicional! A minha melhor amiga! A melhor parceira do mundo! O que seria de mim sem suas broncas, sem seu carinho, sem suas palavras, sem seus conselhos, sem seu auxílio, sem o seu amor, sem sua presença? Cheguei até aqui porque você acreditou e investiu muito em mim!

Aos meus irmãos Estêvão e David, por serem grandes irmãos mesmo quando eram super chatos (risos)! Mas preciso agradecer em especial ao meu irmão mais novo... David, você me ajudou muito mesmo! Esteve ao meu lado em momentos muito importantes durante esse mestrado! Foi o primeiro a me dar forças quando eu gritei aos quatro cantos que havia passado na seleção e que iria realizar um grande sonho! Fora as diversas vezes que eu precisei da sua carona para ir ou voltar das aulas e você, prontamente, estava lá pra me ajudar. Muito obrigada mesmo!

Ao meu pai, que mesmo distante, me passou sua energia positiva. Muito obrigada pai!

Aos meus amigos que compreenderam as minhas diversas ausências e, mesmo assim, não me deixaram sozinha! Vocês são muito importantes pra mim! Mas, tenho que agradecer, principalmente, meu amigo Marcel, que mesmo enrolado com sua tese de doutorado, parou tudo o que estava fazendo só pra me ajudar a transcrever as gravações! Amigo, você é um anjo!

Aos colegas da primeira turma do mestrado em psicologia e saúde do UniCEUB, pela parceria, amizade e companheirismo desde o primeiro dia de aula. Mas preciso agradecer, em especial, aos colegas que se tornaram meus amigos durante todo o curso, e, que dividiram comigo as noites com sono, porém, não dormidas, em prol da causa! Daniel, Larissa e Vivian, vocês deixaram minhas noites mais divertidas!

Ao Movimento Escoteiro e, em especial, ao lindo Grupo Escoteiro do Mar Almirante Benjamin Sodré – 23º DF, que me proporcionou tardes de sábado super agradáveis e construtivas, onde pude contribuir muito no desenvolvimento de vários jovens e, onde sempre aprendo mais e mais.

A professora e amiga Valéria Mori que, desde a graduação, sempre acreditou em meu potencial e, acabou mudando os meus planos iniciais de retorno aos estudos. Foi graças a você que desisti da pós-graduação e enfrentei o medo de fazer um mestrado com meus filhos ainda tão pequenos e precisando tanto de mim. Saiba que o mestrado me ensinou a trabalhar a qualidade do tempo que posso aproveitar com os meus filhos e o quanto ainda posso investir em meus conhecimentos, além de ter reacendido a chama que, outrora, estava quase se apagando, da tamanha vontade que tenho de pesquisar e escrever. Muito obrigada!

Aos professores maravilhosos que me acompanharam nessa trajetória, principalmente os professores Fernando Rey e José Bizerril, que, me auxiliaram muito na organização das minhas ideias e se disponibilizaram várias vezes em ler e me passar *feedbacks* para o melhor desenvolvimento da minha pesquisa.

Mas, ninguém me ajudou tanto quanto você, professor Sérgio! Uma amizade construída quando eu ainda estava na graduação, me orientando em dois projetos de PIBIC, auxiliando no desenvolvimento de minha monografia, depois sempre me incentivando a voltar

aos estudos, e, que abraçou a causa desde o início! Sabendo que eu seria “doida” em abraçar um tema com poucos estudos psicológicos, onde tínhamos uma bibliografia curta dentro da psicologia, porém, vasta nas outras áreas de saúde e que, por isso, tínhamos um trabalho ainda maior, abraçou junto a mim e viveu cada pedacinho dessa pesquisa comigo. Nossa Serginho... nem sei como agradecer tamanho apoio... Além de me apoiar tanto, se mostrou tão doido quanto eu mesma e me incentivou a levar o conhecimento adquirido para um Congresso fora do Brasil, em outra língua, tudo completamente novo pra mim e que não imaginava conseguir. Saiba que você é um amigo e orientador mais do que especial! Muito obrigada mesmo!

Ao professor Guto pelo carinho e a toda equipe da secretaria do mestrado pela paciência e dedicação oferecida a mim e aos demais colegas. Vocês foram demais mesmo!

As gestantes e a equipe de saúde do Hospital do Governo do Distrito Federal que abraçaram este projeto, e ao mesmo hospital por ter acreditado neste estudo e disponibilizado e contribuído dentro daquilo que a estrutura poderia me auxiliar. Às gestantes que se dispuseram, em meio as suas internações, a dedicar um pouco do seu tempo as minhas perguntas com um gravador intrometido em minhas mãos, que as deixavam um pouco sem jeito. Obrigada! Vocês foram peças fundamentais no desenvolvimento deste estudo.

A mim mesma por ter tido paciência com a implantação da Plataforma Brasil (risos)! Eu precisava falar da Plataforma Brasil em algum momento... nada como descontrair depois de enfrentar todo o processo de implantação e as dificuldades que, com isso, precisei enfrentar por quase dois meses até conseguir enviar por completo esta pesquisa para o Comitê de Ética correto.

A todos que, de alguma forma contribuíram para que este trabalho desse certo, os meus mais sinceros agradecimentos! E posso afirmar que este estudo não para por aqui! Irei além!

Música: Grávida
Arnaldo Antunes e Marina Lima

*Eu tô grávida
Grávida de um beija-flor
Grávida de terra
De um liquidificador
E vou parir
Um terremoto, uma bomba, uma cor
Uma locomotiva a vapor
Um corredor
Eu tô grávida
Esperando um avião
Cada vez mais grávida
Estou grávida de chão
E vou parir
Sobre a cidade
Quando a noite contrair
E quando o sol dilatar
Dar à luz
Eu tô grávida
De uma nota musical
De um automóvel
De uma árvore de Natal
E vou parir
Uma montanha, um cordão umbilical, um anticoncepcional
Um cartão postal
Eu tô grávida
Esperando um furacão, um fio de cabelo, uma bolha de sabão
E vou parir
Sobre a cidade
Quando a noite contrair
E quando o sol dilatar
Vou dar a luz*

RESUMO

Durante a gestação a mulher passa por períodos de tensão psicológica, mudanças no comportamento e modificações no relacionamento, devido ao aumento da sensibilidade, irritabilidade, labilidade emocional e também no desejo e desempenho sexual, fatores que, se não forem muito bem trabalhados durante o pré-natal, podem acarretar transtornos familiares. A gestante que recebe o diagnóstico de DM Gestacional passa a ser uma gestante de alto risco pois, com este diagnóstico ela apresenta um risco maior de várias complicações relacionadas à gestação: parto prematuro, infecções, alterações no volume do líquido amniótico e partos cesáreos, e, esses riscos podem trazer um acréscimo de dificuldades emocionais e sociais para esta gestante. É de extrema importância que esta gestante receba um acompanhamento multidisciplinar, composto por médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas. É essencial um aporte emocional adequado, orientação sobre dieta, atividade física, informações e aprendizado sobre diabetes e o uso correto da insulina, quando for o caso. Quando as gestantes são informadas das possíveis complicações que podem ocorrer, experimentam sentimentos de medo e insegurança. Isso se dá porque estas já têm uma história de vida, onde, ser informado de uma possível complicação devido a um mau tratamento por um médico, por exemplo, pode gerar a confiança de que apenas “coisas” ruins poderão acontecer. As intercorrências que podem ocorrer na gravidez tanto com a gestante como com o bebê, a necessidade de um controle alimentar e de internações constantes, geram angústia para a gestante com DM Gestacional. Por outro lado, conhecer como essas gestantes encaram sua gravidez pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde na abordagem educativa que é essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação. Após aprovação do Comitê de Ética da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal - FEPECS / SES / DF, foi realizada uma investigação qualitativa em um Hospital da rede pública, localizado em Brasília, Distrito Federal, com três gestantes de alto-risco diagnosticadas pela primeira vez com diabetes gestacional, por meio de diálogos sem roteiro pré-determinado, que foram gravados, transcritos e analisados seguindo a epistemologia qualitativa. Este estudo, constata que as gestantes estudadas não vivenciaram o processo gestacional e o diagnóstico de DM Gestacional de forma similar, o que nos reforça os processos de saúde e adoecimento tem caráter subjetivo. As gestantes ouvidas durante este estudo não generaliza o DM Gestacional; apenas abre um leque para que novos estudos sejam realizados com o intuito de melhorar a prevenção, a construção de saberes e o acompanhamento do DM Gestacional em outras gestantes de alto risco.

Palavras-chave: Gestação. DM Gestacional. Emoções.

ABSTRACT

During pregnancy a woman goes through periods of psychological stress, changes in behavior and changes in the relationship due to increased sensitivity, irritability, emotional lability, and also in sexual desire and performance, factors which, if not very well worked during the pre prenatal, family disorders may result. A pregnant woman is diagnosed with gestational DM becomes a high risk pregnancies because with this diagnosis she has a higher risk of several complications related to pregnancy: premature birth, infections, changes in the volume of amniotic fluid and cesarean deliveries, and these risks may result in further emotional and social difficulties are pregnant. It is extremely important that pregnant women receive multidisciplinary monitoring, composed of physicians, nutritionists, nurses, psychologists and physiotherapists. It is essential to a proper emotional input, guidance on diet, physical activity, information and learning about diabetes and the proper use of insulin, when appropriate. When pregnant women are informed of the possible complications that can occur, experience feelings of fear and insecurity. This is because they already have a history of life, where, being informed of a possible complication due to bad treatment by a doctor, for example, can generate the confidence that only “things” bad will happen. The complications that can occur in pregnancy both the mother and the baby, the need for a food control and constant hospitalizations, generate anxiety for pregnant women with gestational DM. Furthermore, knowing how these mothers perceive their pregnancy can assist practitioners and health services in the educational approach that is essential to the success of glycemic control and pregnancy. After approval by the Secretary of State of the Federal District Ethics Committee - FEPECS / SES / DF, qualitative research was conducted in a public hospital, located in Brasília, Federal District, with three high - risk pregnant women diagnosed by first time with gestational diabetes, through dialogue without pre -determined script, which were recorded, transcribed and analyzed by qualitative epistemology. This study finds that pregnant women studied did not experience pregnancy and diagnosis process and Gestational DM similarly, which reinforces the processes of health and illness has subjective character. The women heard during this study does not generalize Gestational DM; just opens up a range that further studies be conducted to in order to improve prevention, building knowledge and monitoring of gestational DM in other high-risk pregnancies.

Keywords: Pregnancy, Gestational DM, Emotions.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - Um doce olhar sobre a Gravidez	11
1.1. A construção da maternidade e a saúde da mulher.....	11
1.2. Pré-natal: O início de tudo.....	15
1.3. Gerar é sofrer? A gestação de risco	17
1.4. Será o Diabetes Gestacional um monstro?	19
CAPÍTULO 2 - Intervir, Promover e Educar: Pensando uma gestação mais saudável	22
2.1. A saúde como base governamental: poder versus democracia na intervenção, prevenção e promoção em saúde	22
2.2. O papel da psicologia na intervenção, promoção e educação em saúde	26
2.3. Intervir, promover e educar: Por um pré-natal seguro.....	28
CAPÍTULO 3 - Qualidade de vida X Maternidade X Diabetes Mellitus Gestacional.....	31
3.1. As idas e vindas ao hospital.....	31
3.2. Acompanhamentos alternativos.....	33
CAPÍTULO 4 - A Subjetividade	35
CAPÍTULO 5 - Metodologia e Epistemologia.....	39
5.1. Metodologia Qualitativa	39
5.2. Epistemologia Qualitativa	41
CAPÍTULO 6 - A Pesquisa	45
6.1. Local da Pesquisa	45
6.2. Participantes da Pesquisa.....	45
6.3. Cenário da Pesquisa.....	45
6.4. Instrumentos	48
CAPÍTULO 7 - Analisando a Informação.....	50
7.1. O caso de Antônia	51
7.2. O caso de Alessandra.....	59
7.3. O caso de Milena	66
7.4. Conversando sobre os diálogos	70
CAPÍTULO 8 - Considerações Finais	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
Anexos.....	85
Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
Modelo do Termo de Concordância	86

A Psicologia da Saúde é a minha paixão desde a graduação. O meu exercício profissional como psicóloga clínica há 6 anos e o fato de ter sido diagnosticada com Diabetes Mellitus Gestacional em minha única gestação até o momento, estimulou-me a buscar um melhor entendimento das interferências psicológicas deste diagnóstico na vida da gestante.

Falar em Psicologia da Saúde é praticamente uma redundância, pois, ao meu ver, é indissolúvel a associação entre psicologia e saúde. É difícil dar uma definição a Psicologia da Saúde que satisfaça a todos os pesquisadores da área. Segundo Camon (2002) “a psicologia da saúde seria a prática de levar o indivíduo/paciente à busca do bem-estar físico, mental e social, englobando, assim, a *performance* de uma abordagem que teria de incluir a participação de outros profissionais da área” (p. 8). Para esta definição, temos que considerar o sujeito como um ser inserido no contexto social, sendo um ser histórico, temporal e que traz em seu corpo sinais de seu tempo e de sua sociedade. A abordagem assim, seria totalizante, onde tudo aquilo que possa fazer parte da vida de uma pessoa seja considerado de maneira plena e absoluta.

E o que seria saúde então? Segundo González Rey (2004) a saúde “é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis” (p. 1). A saúde precisa ser considerada mais um processo do que um produto.

Ainda segundo González Rey (2004), a saúde é um processo integral no qual os tipos de motivações do sujeito e a maneira como esse sujeito se envolve com estas motivações e com suas potencialidades personológicas organizadas, são considerados essenciais para o desenvolvimento do processo de saúde.

Tendo mencionado, aqui, González Rey, e, levando em consideração que farei uso de sua Teoria da Subjetividade neste estudo, vejo necessário falarmos de subjetividade, para que o nosso assunto seja melhor entendido. Segundo González Rey (2004) a Subjetividade conceitua-se como

(...) um macroconceito que integra os complexos processos e formas de organização psíquicos envolvidos na produção de sentidos subjetivos. A subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais e sujeitos individuais, com contextos sociais e culturais multidimensionais (p. 137).

Desta forma, a concepção de indivíduo passa pelo que nele há de contraditório, sendo resultado da sua ação como sujeito e dos reflexos das suas vivências. Compreender o sujeito, aqui, seria visualizar sua interação com o mundo.

Entrando, então, numa abordagem mais complexa da subjetividade, ainda segundo González Rey (2005b), temos o desenvolvimento do sentido subjetivo, definido “como a unidade dos aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das diferentes práticas humanas em um nível subjetivo” (p. 44). Este conceito parte das ideias de Vygotsky (1987), o qual define sentido como

(...) um agregado de todos os fatores psicológicos que surgem em nossa consciência como resultado da palavra. O sentido é uma formação dinâmica, fluída e complexa que tem inúmeras zonas que variam em sua estabilidade. O significado é apenas uma dessas zonas de sentido que a palavra adquire no contexto da fala. É a mais estável, unificada e precisa dessas zonas (p. 275-276).

A discussão sobre subjetividade, saúde e psicologia da saúde são, aqui, essenciais, para que possamos compreender o impacto na vida das pacientes, gestantes, diagnosticadas com Diabetes Mellitus Gestacional, ou como chamaremos aqui, DM Gestacional, em processo de internação, e a relação com os profissionais de saúde que a acompanham e sua adaptação ao seu novo modelo de vida. Importante compreendermos que “os processos envolvidos no desenvolvimento dos processos de saúde e de doença não são acessíveis à observação externa, portanto, sua construção nos leva a uma reflexão epistemológica” (González Rey, 2004, p. 11), como entenderemos mais adiante.

A gestação, por si só, é 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 da gravidez. Durante a gestação a mulher passa por períodos de tensão psicológica, alterações no comportamento e modificações no relacionamento, devido ao aumento da sensibilidade, irritabilidade, labilidade emocional e também no desejo e desempenho sexual, fatores que, se não forem muito bem trabalhados durante o pré-natal, podem acarretar transtornos familiares (Quevedo, 2010; Pinho e Ribeiro, 2001).

Segundo Maldonado (2002, citado por Quevedo, 2010) a gestação é

... um momento de importante reestruturação na vida da mulher e nos papéis que ela exerce, pois durante esse período ela tem de passar da condição de filha para mãe, revivendo com isso experiências anteriores de sua infância com as figuras parentais (Maldonado, 2002, citado por Quevedo, 2010, p. 18).

Quando a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de serem atingidas por complicações que a média das gestações, esta gestação é denominada de alto risco e, esse risco pode trazer um acréscimo de dificuldades emocionais e sociais para esta gestante

(Brasil, 2000, in Quevedo, 2010). Dificuldades essas que não podem ser compreendidas pelo modelo biomédico, o que abre espaço para uma investigação em saúde, levando em conta a subjetividade.

Assim sendo, saúde, segundo González Rey (2004), é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis. Dessa forma, a saúde não seria a ausência de sintomas, mais um funcionamento integral que aumenta e otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade aos diferentes agentes e processos causadores da doença. O sistema do organismo humano representa, então, uma organização complexa e holística, que integra de formas diversas os diferentes processos participantes no desenvolvimento saudável, um dos quais, sem dúvida, é a sua dimensão subjetiva, que, apesar de sua natureza social, não esgota outros aspectos da vida social do homem que intervém no desenvolvimento da saúde. A saúde é uma integração funcional que a nível individual se alcança por múltiplas alternativas (González Rey, 1997).

Bennet e Murphy (1999) completam dizendo que o comportamento do indivíduo (aqui entendemos comportamento como a relação do indivíduo com o seu dia-a-dia, comunidade, família, trabalho, etc.) pode influenciar seu estado de saúde, podendo ser considerado, inclusive, sua classe social e seu grau de instrução como tendo impacto substancial sobre sua saúde. A influência do comportamento sobre a saúde pode ser evidenciada em algumas doenças da modernidade como a obesidade, a hipertensão e o diabetes.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrina que sofre influências sociais, culturais, econômicas em que o diagnóstico e o tratamento passam por várias significações. 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. Esta é uma doença que é tão antiga quanto à própria história do homem e que não deixa de ser um dos maiores desafios da medicina (Setian, 1995).

A classificação atual do DM está baseada na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos insulino-dependente e não-insulino-dependente estão sendo eliminados. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e DM Gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (Brasil, 2006).

A gestante que recebe o diagnóstico de DM Gestacional passa a ser uma gestante de alto risco. Segundo Pinho e Ribeiro (2001), na gestação diabética o sentimento de medo pode gerar a sensação de falta de controle dos níveis glicêmicos. Esse processo ansioso pode ser marcado por um aumento do apetite, por exemplo, o que pode ser muito prejudicial para o DM Gestacional.

A frequência de DM Gestacional, em nosso meio, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde a 7,6% das gestações. As mulheres com este diagnóstico apresentam um risco maior de várias complicações relacionadas à gestação: parto prematuro, infecções, alterações no volume do líquido amniótico e partos cesáreos (Melo, 2007). Bertini-Oliveira, Camano e Delascio (1984) afirmam que as malformações congênitas permanecem cerca de três vezes maiores que as encontradas nas grávidas não diabéticas e que representam ao menos metade das mortes perinatais.

A prevalência de DM Gestacional, segundo a *American Diabetes Association*, pode variar de 1% a 14% de todas as gestações. Já o *Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional*

concluído em 1997, revelou que a prevalência do DM Gestacional em mulheres, com idade superior a 25 anos, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é de 7,6% (Landim, Milomens & Diógenes, 2007).

O DM Gestacional é definido como um estado de intolerância aos carboidratos de grau variável que é conhecido inicialmente durante uma gestação. Na maioria das mulheres que desenvolve o DM Gestacional, seu início é notado, normalmente, na segunda metade do período gestacional e segue pelo menos até a sexta semana após o parto. Essas gestantes devem ser classificadas com a realização de uma curva de tolerância a glicose, mais conhecida como curva glicêmica (Lerário, Tambascia, Dib, Sá & Gruffrid, 2006, in Lerário, Alencar, Chamane, Mari, Mendonça & Levi, 2006).

O Ministério da Saúde, no Brasil, recomenda que seja rastreado já na primeira consulta do pré-natal se a gestante tem sintomas do DM Gestacional, através da glicemia em jejum, sendo repetido o mesmo exame por volta da vigésima semana de gestação. A glicemia em jejum encontrando-se na faixa $\geq 90\text{mg/dL}$ e $\leq 109\text{mg/dL}$, esta gestante deverá ser encaminhada para um teste de sobrecarga de duas horas ou curva glicêmica de duas horas, com 75g de glicose. A curva glicêmica deve ser realizada entre as 24^o e 28^a semanas de gestação. É considerado DM Gestacional quando a glicemia está na faixa de $\geq 110\text{ mg/dL}$ no jejum, $\geq 140\text{mg/dL}$ duas horas pós sobrecarga ou, em qualquer momento, acima de 200mg/dL . A glicemia de jejum $\geq 110\text{mg/dL}$, na vigésima semana, após repetição, também confirma o diagnóstico (Brasil, 2004).

A gestação é considerada diabetogênica porque se caracteriza pela resistência à insulina, associada ao aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e somatomamotrofina coriônica, visando manter constante o suprimento de glicose para o feto. Em virtude disso, é importante ressaltar que deve ser considerado se a gestante

tem um histórico familiar de diabetes, uma história de diabetes em gestações anteriores e o sobrepeso. Este histórico pode ser um indicativo para um possível diagnóstico de DM Gestacional e deve ser levado em conta já a partir da primeira consulta do pré-natal, pois é um complicador de cerca de 4% de todas as gestações. Quando a gestante tem um histórico de risco de DM Gestacional, porém, os primeiros exames são considerados normais, os mesmos devem ser repetidos entre a 24^a e a 28^a semanas gestacionais. A detecção clínica é importante uma vez que a tolerância gestacional aos carboidratos não reconhecida e não tratada está associada ao aumento das perdas fetais e neonatais, e com elevação da morbidade neonatal materna, como já mencionado anteriormente (Lerário, Tambascia, Dib, Sá & Gruffrid, 2006, in Lerário, Alencar, Chamane, Mari, Mendonça & Levi, 2006; Almeida, 1998).

Não há uma resposta precisa, mas existem pistas de que quem tem parentes próximos com diabetes, tem chances maiores de desenvolver a doença. Somando o fator genético com a falta de exercícios, o estresse e o sobrepeso, aumentam muito essas chances. Mesmo sem o conhecimento das verdadeiras causas desta enfermidade, há hipóteses de que fatores psicológicos produzam sintomas de diabetes (Debray, 1995).

Reconhecer as gestantes com DM gestacional é de grande importância, pois, não só pode minimizar os efeitos adversos dessa desordem metabólica tanto na mãe como no filho, como também auxilia na identificação do risco aumentado de se desenvolver um diabetes no futuro. Como o DM Gestacional pode ser um evento recorrente, essas mulheres devem ser acompanhadas no pós-parto com intervalos regulares a fim de detectar precocemente um possível diabetes, principalmente na preparação de uma nova gestação (Amaral, Pedroso, Fonseca, Rocha, Couto, Leal & Braga, 2001).

É de extrema importância que esta gestante receba um acompanhamento multidisciplinar, composto por médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e

fisioterapeutas. É essencial um aporte emocional adequado, orientação sobre dieta, atividade física, informações e aprendizado sobre diabetes e o uso correto da insulina, quando for o caso (Amaral, Pedroso, Fonseca, Rocha, Couto, Leal & Braga, 2001).

Debray (1995) nos coloca que a educação para o autocuidado desde o momento do diagnóstico é importantíssima, pois só assim haverá possibilidades de diminuir o aparecimento de complicações. O entendimento, pela gestante, do sistema interativo na prática educativa, as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, mediada e estruturada pela doença, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam ao conceito de estilo de vida e estratégias de enfrentamento, o que, possivelmente, acarretará na diminuição dos riscos tanto para a mãe como para o feto, melhorando assim, a qualidade de vida de ambos.

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

Quando as gestantes são informadas das possíveis complicações que podem ocorrer, podem experimentar sentimentos de medo e insegurança. Alguns estudos realizados com gestantes com DM Gestacional, como cita Quevedo (2010) revelam que as gestantes que foram estudadas naquelas determinadas ocasiões demonstraram sentimento de medo em relação à saúde do bebê que estava para nascer em decorrência da própria saúde e em relação à possibilidade de prematuridade ou até mesmo de má-formação deste bebê. Tedesco (1998,

citado por Quevedo, 2010) conclui que “se a gestante tem a percepção de que ela (ou a sua saúde) é responsável pela situação de alto risco, forma em seu íntimo a crença de sua falência como mulher, levando-a ao sentimento de culpa” (Tedesco, 1998 citado por Quevedo, 2010, p. 22), conclusão essa que não podemos generalizar.

Os complicadores em decorrência do DM Gestacional podem levar a gestante a internações. Estas internações, em alguns casos, separam esta gestante de sua família e amigos, em decorrência da necessidade de hospitalização para um melhor acompanhamento da gestação. Esta separação e a hospitalização podem ser consideradas estressores psicológicos para esta gestante, porém, existem várias formas de minimizar este estressor: grupos focais para gestantes internadas com o diagnóstico de DM Gestacional, não apenas com foco nos processos educacional, na prevenção e na promoção da saúde, mas também, como um mecanismo onde estas gestantes possam trocar suas experiências de vida, seus conhecimentos, possam dar apoio umas as outras, estimulando uma nova relação social como aporte emocional, pode ser uma dessas formas.

A gestante com DM Gestacional sofre um maior risco de um parto cesáreo e o DM gestacional pode estar associado à toxemia gravídica, uma condição da gravidez que provoca pressão alta e geralmente pode ser detectado pelo aparecimento de um inchaço das pernas, mas que pode evoluir para a eclampsia, aumentando o risco de mortalidade materno-fetal e parto prematuro (Silva, Santos & Parada, 2004).

As intercorrências que podem ocorrer na gravidez tanto com a gestante como com o bebê, a necessidade de um controle alimentar e de internações constantes, podem gerar angústia para a gestante com DM Gestacional. Por outro lado, conhecer como essas gestantes encaram suas gestações, pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde tanto no processo

educativo como no cuidado e promoção em saúde, o que é essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação (Silva, Santos & Parada, 2004).

Entendendo que os processos de saúde e adoecimento tem caráter subjetivo, podendo ser vivenciado de diversas formas por até mesmo uma mesma pessoa, e, entendendo que estes mesmos processos interagem diretamente com as emoções, observa-se a importância de se estudar, dentro do ambiente psicológico, o DM Gestacional, tendo em vista que a gravidez é responsável por alterações psicológicas e fisiológicas significativas na vida de uma mulher.

O objetivo desse trabalho foi investigar como gestantes de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, em processo de internação, com acompanhamento pré-natal em um Hospital Público localizado em Brasília – Distrito Federal, vivenciam esta doença desde o impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional. Para tanto, foram realizados três processos dialógicos, tendo como foco principal o DM Gestacional, com as gestantes que se interessaram em participar deste estudo.

CAPÍTULO 1

Um doce olhar sobre a Gravidez

1.1. A construção da maternidade e a saúde da mulher

Existe um ditado popular que diz o seguinte: “Mãe é tudo igual, só muda de endereço”. Ouço esse ditado desde muito pequena. Mas, o que nos faz pensar que toda mãe seria igual? São mulheres que vivem ou viveram histórias diferentes, e, o fato de se tornarem mães, não as coloca em uma caixinha fechada onde passam a ser iguais umas as outras.

A proposta deste capítulo é discutir, a partir de uma revisão bibliográfica, a naturalização de conceitos relacionados à maternidade, associando às modificações dos conceitos de família. Tais modificações associam-se as transformações econômicas, a modernização, aos movimentos sociais feministas e a tantos outros acontecimentos no desenrolar da história até os dias atuais.

A maternidade, segundo relatam Moura e Araújo (2004), já foi vista como algo nato na mulher, relacionando isso ao fato da mulher gerar um filho, dar a luz e amamentá-lo, o que, ao meu ver, seria uma relação equivocada, tendo em vista que as mães adotivas também constroem a maternidade mesmo não tendo gerado, biologicamente falando, seu filho. Entendo aqui, como nato, seguindo a lógica de que apenas mulheres, com o sistema reprodutor em perfeito funcionamento, possam gerar um filho; porém, o fator “gerar” não está diretamente ligado a construção da maternidade. Podemos fazer uma relação com as mulheres que podem gerar um filho porém, ou optam por não gerar, ou interrompem a gestação (o que não deixa de ser uma opção por não gerar), ou entregam seus filhos para a adoção, ou os deixam em algum lugar assim que nascem, como noticiado em alguns telejornais. A construção da maternidade me parece muito mais complexa.

Tendo como base a teoria das representações sociais de Moscovici, a construção da maternidade pode surgir a partir de teorias do senso comum, advindas de práticas cotidianas, ou seja, uma realidade pode ser comum a um conjunto de mulheres, tendo em vista que toda representação tem sua origem na interação social dos indivíduos com a sociedade (Dias & Lopes, 2003).

González Rey (2006) faz uma colocação interessante sobre a teoria das representações sociais de Moscovici, como segue:

Com a teoria das representações sociais, o social deixou de ser percebido em seu caráter objetivo e externo em relação aos sujeitos envolvidos nas diferentes práticas sociais. As representações sociais constituem uma forma de produção de conhecimento que assegura a estabilidade do “mundo” no qual as pessoas acreditam, o que representa um processo de produção subjetiva que garante a identidade e a segurança das pessoas (González Rey, 2006, p. 70).

No decorrer da história, vimos o papel da mulher passar por várias re-definições. Há pouco mais de um século, a mulher casava muito jovem (na maioria das vezes antes dos seus 20 anos), e, no meu entender, servia muito bem apenas para a procriação. Muitas vezes, tinham muitos filhos. Minha avó materna, por exemplo, gerou 8 filhos. A mulher era, então, esposa, dona de casa e mãe. A maternidade era regida e compreendida em virtude da subordinação e dominação entre os sexos.

Mas, muita coisa mudou. A mulher, hoje, pode ser mãe estando casada ou não; pode trabalhar fora, as vezes tendo mais de um emprego; as vezes acumulando os estudos com o trabalho; etc. Seu papel como mãe, também pode ter sofrido influência das suas vivências enquanto filha, por que não? Dias e Lopes (2003) nos colocam que “muitas mulheres tentam

não seguir o modelo de suas mães, e a própria cultura ou momento histórico podem estimular modelos contraditórios com o modelo materno” (Dias & Lopes, 2013, p. 63).

Moreira e Nardi (2008) afirmam que “o entendimento dos processos de subjetivação dessas mulheres não acontece mergulhado somente nas suas histórias individuais, como se ali estivesse a razão ou o sentido último para as suas falas, mas na articulação dessa trajetória com o contexto histórico mais amplo” (Moreira & Nardi, 2008, p. 1), ou seja, compreender como se dá a construção da maternidade em uma determinada mulher não significa que compreendemos todas as mães, generalizar seria um erro; porém, significa ter uma ideia de como algumas mães, em um determinado contexto, podem construir este “ser mãe”.

Segundo Arrais (2005) “Compreender a maternidade como fenômeno cultural, e não natural e biológico, é o primeiro passo para podermos conhecer as implicações deste conceito na constituição subjetiva da mulher enquanto ser imenso em um momento histórico e social” (Arrais, 2005, p. 38). E completa dizendo que nenhuma mulher nasce mãe, porém, torna-se mãe, o que contradiz Moura e Araújo (2004), citados anteriormente.

O exercício da maternidade ainda está muito articulado com os discursos religiosos, onde a maternidade não seria apenas algo instintivo na mulher, ligado a sua estrutura biológica (Arrais, 2005), mas sim, parte de sua função (ou podemos chamar de obrigação) enquanto mulher: gerar. Isso reforça a teoria de Moura e Araújo (2004). Dentro deste discurso, como explicar a uma mulher que não pode gerar um filho, que a maternidade é algo ligado a sua estrutura biológica? Quantas mulheres se sentem fracassadas por não poder gerar um filho e, desta forma, se tornar uma “mulher completa”? Se voltarmos alguns anos na história, quantas mulheres sofreram processos de humilhação dentro do seio familiar por não gerarem um filho de seus maridos? Seguindo essa linha de raciocínio, a maternidade seria algo quase que brutal e obrigatório para as mulheres.

É essencial diferenciar a capacidade reprodutiva da maternidade. O fato de poder gerar um filho não significa que esta mulher se tornará mãe. Tornar-se mãe, segundo Arrais (2005), seria um fenômeno que se constitui de forma social e cultural, de acordo com os vários períodos históricos. Contestar os determinismos biológicos que trabalhavam a maternidade como algo instintivo tanto como destino natural da mulher, e enxergar a maternidade como algo que pode ser ou não construído em virtude de diversas configurações subjetivas vivenciadas e construídas no decorrer da história da mulher.

A maternidade é algo tão romanceado que podemos perceber um “instinto materno” ensinado pela sociedade às meninas já na infância (grifo meu). A atividade lúdica com as bonecas, por exemplo, onde as meninas, de certa forma, copiam em suas brincadeiras os modelos maternos que conhecem (Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008). O próprio *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* trabalha a questão da maternidade como algo biológico, porém com finalidade precisa, independente de qualquer aprendizado. E temos o modelo da revista *Pais e Filhos*, onde a mãe é a genitora, cuidadora e educadora, não podendo falhar em suas atribuições maternas sob pena de não ter um filho dentro dos padrões da revista.

Pensemos aqui em mulheres que possam gerar seus filhos. Por onde começar a pensar e vivenciar a maternidade? Gerar um filho pode ser algo planejado no seio familiar ou pela mulher; neste caso, a maternidade pode ser vivenciada antes da gestação confirmada. Essa vivência poderia ser explicada pelas expectativas criadas. A gestação pode, também, não ser algo planejado, e sim, uma surpresa no seio familiar ou na vida da mulher, então, a construção da maternidade pode iniciar com a confirmação da gestação.

A construção da maternidade vai muito mais além. Aqui seguiremos um roteiro de ideias, partindo do pré-natal a descoberta do Diabetes Mellitus Gestacional, onde a construção

da maternidade pode passar por diversas fases, dentre a euforia, as dificuldades, as angústias, a ansiedade, os desejos, as frustrações.

1.2. Pré-natal: O início de tudo

A gestação pode ser interpretada como uma tentativa de busca pela imortalização ou recusa de morte, assim como, também, pode ser interpretada como uma forma de realização feminina. Poderíamos descrever a gestação de diversas formas, porém, talvez nenhuma dessas formas descreva, realmente, a gestação, pois, cada gestante vivenciará este momento ao seu modo.

O que podemos afirmar é que a gravidez tem repercussão significativa na vida de uma mulher. Interfere no seu modelo social, econômico, afetivo, físico, sexual, dentre outros. Mexe diretamente em suas emoções. Neste período, os hormônios parecem provocar uma revolução no estado psicológico da futura mãe. Essas mudanças podem gerar uma sensibilidade exacerbada na gestante a deixando vulnerável para vários distúrbios emocionais. O apoio da família e da equipe de saúde é primordial para a tranquilidade da gestação, pois fornece segurança para a gestante enfrentar as mudanças que ocorrem durante este período auxiliando, também, na expectativa de assumir esse novo papel social.

Tendo em vista isso, é importante que, após a confirmação da gravidez, a gestante tome algumas medidas, como: a orientação nutricional; se poderá ou não praticar exercícios durante a gravidez; a busca do equilíbrio emocional; bem como a procura de assistência imediata para dar início aos exames; e, ao controle da saúde com equipe multiprofissional que esteja preparada para tal tarefa (Spallicci, Zulini & Malleiro, 2002).

A saúde materna deve ser prioridade e melhorar a saúde da gestante é um dos Oito Objetivos do Milênio, da Organização das Nações Unidas - ONU, onde uma das metas é reduzir a mortalidade materna (Lafaurie et al, 2011). Segundo Saunders, Bessa e Padilha “a assistência pré-natal tem papel decisivo no resultado da gestação. Na sua ausência, a mortalidade perinatal é 5 vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal regular” (Saunders, Bessa & Padilha, in Accioly, Saunders & Lacerda, 2010, p. 103). Lafaurie et al (2011) afirma que a atenção a saúde, neste período, com foco preventivo, se faz necessária e obrigatória, pois assim os riscos maternos são minimizados.

No pré-natal se detecta se a gestante apresenta quadro de risco e, se sim, são administradas medidas para controle deste risco que pode ser tanto da mãe como do feto como dos dois, ou seja, o pré-natal seria o indicador de qualidade do binômio mãe-filho (Saunders, Bessa & Padilha, in Accioly, Saunders & Lacerda, 2010).

A assistência durante o pré-natal não deve ficar restrita a obstetrícia; precisa incluir ações de educação em saúde, assim como os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que precisam ser conhecidos por toda a equipe de saúde que irá assistir a gestante, buscando com que a gestante participe globalmente das decisões que envolvem sua saúde e, que este conhecimento se estenda ao seu convívio social (Duarte & Andrade, 2008).

O sucesso do pré-natal está interligado ao acompanhamento, ao longo da gestação, de uma equipe inter e multidisciplinar de forma humanizada. Este acompanhamento se dá a partir de condutas acolhedoras sem o uso de intervenções desnecessárias, melhorando o acesso aos serviços de saúde de qualidade e com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco, assegurando, ao fim

da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (Saunders, Bessa & Padilha, in Accioly, Saunders & Lacerda, 2010).

Um bom acompanhamento pré-natal se dá quando se estabelece a confiança entre todos os envolvidos, condição ideal para que haja perseverança no acompanhamento do pré-natal durante toda a gravidez. A gestante precisa compreender que a defesa de sua vida e a vida de seu filho não é responsabilidade apenas da equipe de saúde, mas, principalmente, é sua responsabilidade. Esta autonomia vai depender de como a equipe de saúde fortalece a postura de independência da gestante, oferecendo informações e orientações pertinentes e necessárias, contribuindo numa melhor auto-estima desta gestante (Spallicci, Zulini & Malleiro, 2002).

A gestante precisa ter um espaço para expor suas dúvidas, relatar suas queixas, bem como as fantasias e as dificuldades advindas do entendimento das orientações recebidas e das alterações orgânicas que estão acontecendo. A comunicação por meio do diálogo pode ser o principal fator que vai contribuir no processo de promoção de saúde desta gestante (Spallicci, Zulini & Malleiro, 2002).

1.3. Gerar é sofrer? A gestação de risco

Incrivelmente, pensamos a gestação como um período permeado de maravilhas, afinal, será uma mulher gerando uma nova vida! Porém, não é bem assim. A gestação traz por si só risco para a mãe ou para o bebê ou para ambos. Para algumas gestantes este risco é ainda maior, e, por isso que estas são incluídas no que chamamos gestação de alto risco (Nascimento & Radomile, 2006).

Tendo em vista que a gestação é permeada de processos de mudanças, que, mesmo sob condições ótimas, pode ser estressante tanto físico como emocionalmente, numa gestação de alto-risco podemos verificar um acréscimo de problemas tanto emocionais como sociais para esta gestante e sua família. Por conta do fator de risco, a gestante pode apresentar medo real em relação a si mesma e ao seu bebê (Quevedo, 2010).

A gestante é considerada com gestação 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. Quevedo, Lopes e Lefèvre (2006) afirmam que em decorrência do fator de risco, podem surgir sentimentos de medo e angústia, contribuindo para a perda de controle em relação a gravidez e a si mesma. Segundo Dias et al (2008), a autoestima das gestantes pode ser prejudicada durante uma gestação de alto-risco.

Esta gravidez de alto risco associada à hospitalização prolongada pode ser considerada um grande estressor psicossocial. Parte desta angústia pode estar atrelada a ter que deixar os outros filhos aos cuidados de outras pessoas, no caso de ter outros filhos, ou de ter que deixar sua própria casa, ou até mesmo o emprego que muitas vezes sustenta sua família, apesar da lei protegê-las. Durante a hospitalização, também podemos pensar como estressores a sensação de perda da liberdade ou do direito de ir e vir, pois, dentro do ambiente hospitalar as regras passam a ser as do próprio hospital e da equipe de saúde, atrelada a necessidade de exames periódicos e invasivos, a visita frequente de profissionais de saúde inclusive durante o período de sono.

O profissional de saúde ligado a obstetrícia pode se deparar com situações muito especiais na vida de uma gestante, que, com certeza, poderá demandar maior escuta, disponibilidade e sensibilidade deste profissional, tendo em vista a importância da carga emocional que carregam. A gestante de alto risco pode necessitar de uma atenção maior. Ela,

além de ser examinada periodicamente, também precisa ser ouvida. Este pode ser um facilitador para o desenvolvimento de uma gestação mais tranquila (Camon, 2004).

É importante compreender que o diagnóstico de risco dado pelo médico é diferente da percepção de risco que a gestante tem. A gestante precisa perceber e entender o risco a que está submetida para entender o porque de aderir ao tratamento ou aos cuidados propostos pelos profissionais da saúde. Essa percepção de risco é subjetiva, e sua intensidade é percebida, na maioria dos casos, quando o risco é maior para o feto do que para a gestante.

1.4. Será o Diabetes Gestacional um monstro?

O DM Gestacional, como já colocado em outro momento, pode ser definido como qualquer intolerância a carboidratos que resulte num aumento glicêmico de gravidade variável com início no decorrer da gestação. Miranda e Reis (2008) afirmam que a fisiopatologia do DM Gestacional pode ser explicada pela elevação dos hormônios contra-reguladores de insulina, além do estresse fisiológico da gestação e de fatores que podem ser genéticos e/ou ambientais. O hormônio lactogênico placentário é o principal hormônio que podemos relacionar a resistência a insulina durante a gestação, porém, hormônios como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina, também estão envolvidos neste processo de resistência.

Quando a gestante já tem uma pré-disposição a intolerância glicêmica, estes hormônios que, durante a gestação já inibem a produção de insulina pelo pâncreas, acabam ocasionando um DM Gestacional por conta da sobrecarga glicêmica. Por este motivo, é importante reconhecer estas gestantes o quanto antes, pois, isso pode minimizar os efeitos adversos dessa desordem metabólica para mãe e bebê.

O acompanhamento pré-natal é de extrema importância! A gestante precisa ir em busca de um ginecologista obstetra assim que tem confirmada a sua gestação. Com a confirmação do DM Gestacional, a gestante precisa de um acompanhamento de uma equipe de saúde multidisciplinar.

Os encontros com um nutricionista que lhe fará uma orientação sobre a dieta adequada para a situação, facilitará no controle fisiológico da glicemia. A gestante com DM Gestacional precisa compreender a importância do controle alimentar. É interessante que este nutricionista tenha certa experiência no acompanhamento de gestantes com este diagnóstico, pois ele precisará desmistificar, algumas vezes, assuntos como, por exemplo, que toda gestante precisa comer por dois. O acompanhamento com o nutricionista precisa mostrar a gestante com DM Gestacional que ela pode ter o controle da glicemia, também, pela alimentação, e, o quanto este controle é importante para um melhor desenvolvimento da gestação.

Durante as consultas do pré-natal, é importante que esta gestante seja avaliada sobre a possibilidade de realizar alguma atividade física. Existem situações em que a atividade física não pode ser realizada durante a gestação, isso de acordo com o risco que esta gestação corre. Porém, existem os casos em que a atividade física é benéfica durante a gestação. Tendo a liberação do ginecologista obstetra para a realização de atividade física, é importante que esta gestante com DM Gestacional seja acompanhada por um profissional de educação física ou até mesmo por um fisioterapeuta, e, estes profissionais precisam estar cientes do diagnóstico e dos sintomas. A atividade física pode auxiliar no controle glicêmico, melhorar a disposição física e até mesmo o humor.

O DM Gestacional pode acarretar sérias complicações maternas e fetais. Quando as gestantes são informadas das possíveis complicações que podem ocorrer, experimentam, muitas vezes, sentimentos de medo, angústia e insegurança, momento ideal para um

acompanhamento psicológico. A gestação já vem acompanhada de muitas mudanças físico-psicológicas, se tornando importante identificar os sentimentos desta gestante em relação a gestação e ao desenvolvimento do feto, com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento e acompanhamento.

Silva, Santos e Parada (2004) afirmam que:

A possibilidade de ocorrerem intercorrências tanto para as mães quanto para os bebês, a necessidade de um regime alimentar e de internações constantes durante a gravidez, podem gerar angústia para a gestante diabética e sua família. Por outro lado, 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 (Silva, Santos e Parada, 2004, p. 900).

CAPÍTULO 2

Intervir, Promover e Educar: Pensando uma gestação mais saudável

2.1. A saúde como base governamental: poder versus democracia na intervenção, prevenção e promoção em saúde

A saúde é um processo integral no qual os tipos de motivação do homem, assim como a maneira em que estas se configuram na personalidade e a maneira em que o sujeito se envolve nelas com suas potencialidades personológicas organizadas, são essenciais no desenvolvimento do processo da saúde (González Rey, 2004, p. 7).

Ainda segundo González Rey (2011), o termo *Promoção em Saúde* foi formalizado na década de 1970 a partir da perspectiva comportamental, baseando-se na transformação de comportamentos individuais que não são considerados saudáveis, enfatizando o controle do profissional de saúde sobre a população e ignorando que o sujeito pudesse ser ativo além da importância dos processos simbólicos e sociais.

O art. 196 da Constituição Federal de 1988 nos coloca que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Júnior, 2004). Segundo Sícoli & Nascimento (2003), este artigo conceitua as bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das diretrizes do SUS é estimular e fortalecer os sistemas locais de saúde, criando condições para ampliar a participação social, outra diretriz do SUS, fortalecendo a democracia. Associando estas duas diretrizes, o governo pode viabilizar projetos em promoção de saúde, de forma democrática, com a participação social efetiva, podendo

agendar e colocar em prática as propostas de melhoria da qualidade da saúde (Sícoli & Nascimento, 2003).

Então, a promoção em saúde seria um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A Organização Mundial de Saúde (1998), citado por Sícoli e Nascimento (2003), caracteriza como iniciativas de promoção de saúde, programas, políticas e atividades planejadas e executadas, seguindo princípios como a concepção holística, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a equidade, as ações multi-estratégicas e a sustentabilidade.

A Carta de Ottawa (1986) tem uma visão mais definida que a orientação comportamental de 1970, considerando a educação e diversos outros aspectos como elementos centrais para o desenvolvimento saudável da população, representando grande avanço em relação à visão individualista-comportamental da promoção em saúde.

A Carta de Ottawa (1986), define promoção em saúde da seguinte forma:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do

setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Carta de Ottawa, 1986, p. 1)

Seguindo esse raciocínio, Leavell e Clarck (1976), citados por Czeresnia (2003) nos colocam que a promoção da saúde seria algo que vai além da prevenção, pois, suas medidas não estão diretamente ligadas a uma doença ou desordem específica, porém, servem para aumentar a saúde e bem-estar da população. Terris (1990), também citado por Czeresnia (2003), afirma que as estratégias para a promoção da saúde, enfatizam e transformam as condições de vida e trabalho que contornam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, o que demanda uma abordagem intersetorial.

González Rey (2011) nos coloca que

A atenção à subjetividade, integrando-a como dimensão importante das políticas sociais orientadas à integração das pessoas, e as condições de vida numa relação ativa e contraditória dirigida a estimular posicionamentos ativos das pessoas, representam um aspecto importante no caminho de gerar novos tecidos sociais ao interior de uma população. Por essa razão, vejo como um dos aspectos centrais da promoção de saúde o advento de sujeitos individuais e sociais ativos capazes de gerar e assumir novas alternativas de vida diante das condições objetivas e sociais que definem os limites objetivos das ações humanas. Esses limites sempre serão suscetíveis às produções subjetivas alternativas (González Rey, 2011, p. 45).

Até aqui, podemos compreender que a partir de 1970, a promoção em saúde passou a ser melhor estudada e compreendida pelo Estado, observando a importância de se conscientizar o sujeito como agente de seu processo de saúde.

Carvalho e Santos (2002), citados por Alves (2005) nos colocam que, a Lei Orgânica da Saúde, complementando o texto Constitucional, deixa esclarecido que a assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, precisa abranger tanto as ações assistenciais quanto, prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Segundo Costa e López (1996), citados por Alves (2005), a educação em saúde é constituída por um conjunto de saberes e práticas que são orientadas pela prevenção e promoção da saúde, tratando-se de um recurso onde o conhecimento produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, possa atingir a vida cotidiana das pessoas, tendo em vista que a compreensão do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos.

A educação em saúde constitui parte das atividades voltadas para a saúde. Os documentos de informação pública e comunicação social vão se sofisticando e ganhando maior espaço na mídia. O processo educativo seria, então, a busca da própria autonomia, e, não só a adoção de comportamentos apropriados pelos profissionais de saúde no serviço assistencial. O sujeito precisa analisar seus próprios comportamentos e atitudes de acordo com as informações recebidas e em relação ao apoio técnico. A ideia não seria a imposição da informação, mas sim, o fortalecimento do autocuidado. O autocuidado seria a expressão do saber acumulado ao longo da vida. Segundo González Rey (2004):

A educação no diálogo e a tolerância às diferenças são partes de um bom programa de educação para a saúde. O desenvolvimento dos processos de identidade pessoal e de grupo relaciona-se com a qualidade de vida de qualquer grupo social. A condição de sujeito do ser humano, associada à sua responsabilidade pessoal dentro dos acontecimentos que vivencia, passa pelo desenvolvimento de uma identidade pessoal

que lhe permite assumir posições perante à diversidade de situações enfrentadas em seu dia-a-dia (González Rey, 2004, p. 47).

Ainda segundo González Rey (2004), a educação pelo diálogo é ainda mais eficaz na promoção da saúde, permitindo a produção de sentidos subjetivos associados a formas saudáveis de vida social.

Avaliar as intervenções de educação em saúde pode ser uma tarefa difícil. Para cada tipo de intervenção, devem ser decididos passos para a avaliação do efeito desta intervenção, e, esta avaliação pode estar diretamente ligada ao problema para o qual tenha sido organizada e pensada a intervenção de educação em saúde.

Colocamos o psicólogo diante de novos desafios quando dialogando as práticas da psicologia com os modelos educativos e a promoção da saúde. Segundo Mendonça (in Ismael, 2005) “esse profissional é visto como aquele que melhor pode contribuir com a equipe na inserção, supervisão e compreensão daquilo que se considera o grande desafio do campo: a mudança de hábitos, isto é, a aderência a novos comportamentos mais favoráveis a saúde” (Mendonça, in Ismael, 2005, p. 39).

Então, qual seria o papel do psicólogo na intervenção, promoção e educação em saúde?

2.2. O papel da psicologia na intervenção, promoção e educação em saúde

Podemos observar hoje, uma preocupação muito forte entre vários psicólogos com as questões relacionadas a promoção em saúde da população. Vemos aqui um profissional buscando dar um sentido político às suas práticas profissionais demarcando mais claramente a

sua função social. A inserção do trabalho do psicólogo, mediante um foco educativo e de promoção de saúde, vêm demonstrando, uma crescente preocupação com as questões ligadas à Cidadania, Estado de Direito, Exclusão Social e Escolar, compreendendo que não existe uma ação neutra e que as ações podem ser mediadas por questões éticas e políticas.

A psicologia humanista tem-se revelado muito produtiva para a compreensão da personalidade saudável, entendendo-a mediante indicadores do seu funcionamento psicológico e enfatizando a necessidade de superar o sintoma como unidade essencial da diferença entre saúde e doença (González Rey, 2004, p. 8).

Segundo Gobbi, Câmara, Carlotto e Nakamura (2004), a psicologia precisa se aproximar mais das necessidades psicossociais que abrangem o nosso contexto. O marco ecológico é uma das grandes contribuições da Psicologia Social tanto no campo da pesquisa como no campo da intervenção. A abordagem é sempre ampla e permite intervenções bem focalizadas. Desta forma, a complexidade dos problemas pode ser contemplada e as possibilidades de novos projetos vão surgindo à medida que as intervenções vão sendo postas em prática.

Segundo Camon (2002), os limites da psicologia da saúde são amplos e envolvem todas as fases de atendimento do sujeito e, vai além do enquadramento das práticas clínica e médica, estendendo-se para uma atuação de intervenção no campo social do sujeito.

Quando intervimos na realidade alheia somos responsáveis pelas vidas aí presentes, bem como pelos próximos conhecimentos que irão surgir e até pelo andamento das tendências da ciência, da cultura e da sociedade, ou seja, temos o dever de avaliar nossas posturas e posicionamentos frente ao grupo-alvo (que em nosso caso são as gestantes com o diagnóstico

confirmado de DM Gestacional) num momento histórico que se complexifica quanto a valores e sentidos éticos (Gobbi, Câmara, Carlotto & Nakamura, 2004).

O psicólogo se torna agente fundamental, pois, sua função está voltada a auxiliar os outros profissionais a entender os aspectos psicológicos que a gestante está vivenciando ou possa vir a vivenciar. Então, o profissional da psicologia pode ser muito útil no suporte à gestante, decorrente de algum desequilíbrio emocional como para promover capacitações ou orientar a equipe na qual está inserido, proporcionando maior segurança e confiança a gestante, contribuindo, desta forma, para um melhor andamento da gestação (Oliveira, 2012).

Sobre o papel do psicólogo na promoção em saúde, González Rey (2011) se posiciona de forma muito interessante, como segue:

As doenças nunca anulam os processos de produção de saúde, o que implicaria a morte da pessoa, portanto, os objetivos do trabalho de promoção de saúde deveriam se orientar e facilitar a emergência do sujeito, que seria a pessoa capaz de se posicionar ativamente em relação à sua saúde nas diferentes áreas de sua vida, processo esse que ganha especial importância em pessoas portadoras de doenças crônicas. O posicionamento da pessoa como sujeito orientado às mudanças em seu modo de vida tem um papel essencial na evolução favorável de uma doença” (González Rey, 2011, p. 71).

2.3. Intervir, promover e educar: Por um pré-natal seguro

Segundo Vieira (2005), a Organização das Nações Unidas – ONU, propiciou a discussão de questões relacionadas a assistência à mulher quando declarou a década de 1976 a

1985 como a década da mulher. Desde então o movimento das mulheres se reorganizou com debates sobre as formas de discriminação e passou a denunciar a precariedade da atenção à saúde da mulher. Esse foi um dos movimentos que articulou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Almeida e Lacerda (2012) afirmam que o SUS deve estar orientado e capacitado para a atenção integral a saúde da mulher, contemplando a promoção da saúde, as necessidades da população feminina, o controle das patologias mais prevalentes e garantindo o direito à saúde. Seguindo esse raciocínio, Almeida e Lacerda (2012) acrescentam a necessidade de promover a atenção obstétrica e neonatal de forma qualificada e humanizada, organizando as redes de serviço, garantindo, assim, atendimento à gestante de alto risco e/ou em situações de urgência/emergência, fortalecendo o sistema de formação e capacitação dos profissionais de saúde, além de elaborar material didático, técnico e educativo e qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento.

O que temos podido observar nas últimas décadas é o aumento dos programas multidisciplinares para a preparação para o parto, fazendo uso de métodos educativos, tendo atenção psicológica além de outras atividades consideradas terapêuticas. Um bom acompanhamento pré-natal, levando em consideração o que foi dito aqui, vem, segundo Almeida e Lacerda (2012), trazendo vários benefícios a gestação, como a diminuição dos sintomas de desconfortos da gravidez, um melhor controle da ansiedade e depressão, um menor tempo de evolução do trabalho de parto e um menor índice de cesáreas.

Almeida e Lacerda (2012) afirmam existir um consenso na literatura que a manutenção de exercícios em intensidade moderada durante a gestação pode proporcionar vários benefícios para a saúde da gestante, e que, além disso, os grupos de gestantes oferecem a gestante momentos onde ela pode expor seus sentimentos e medos advindos da gestação.

Zanetti, Biagg, Santos, Péres e Teixeira (2008), acreditam que as ações de cuidado e educação em saúde com gestantes com DM gestacional devem agregar componentes da família, podendo ser considerada um acréscimo as estratégias de tratamento convencionais; pois, segundo esses mesmos autores:

Tendo em vista que a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona, infere-se que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e alcançar as metas do seu tratamento (Zanetti, Biagg, Santos, Péres e Teixeira, 2008, p. 187).

CAPÍTULO 3

Qualidade de vida X Maternidade X Diabetes Mellitus Gestacional

3.1. As idas e vindas ao hospital

A descoberta do DM Gestacional pode vir acompanhada de muitas idas e vindas a laboratórios, postos de saúde e hospitais. Faz parte do acompanhamento pré-natal, em caso de diagnóstico confirmado, a repetição de vários exames de sangue e urina com a finalidade de acompanhar a glicemia. As visitas ao obstetra ou equipe de enfermagem para acompanhar o peso, quantidade de líquido amniótico, medida da linha da gestação, passam a ser mais frequentes. O cuidado da equipe multidisciplinar passa a ser mais rigoroso. Neste momento, o acompanhamento nutricional e psicológico são fundamentais.

Quanto aos exames laboratoriais, a gestante pode se sentir invadida e/ou incomodada, com tantas picadas de agulha, por exemplo. Os exames para o acompanhamento e controle são muitos, porém, tem sido muito comum a internação para um melhor acompanhamento da gestante e de seu bebê devido as alterações na saúde advindas do DM Gestacional.

Ficar hospitalizada não é algo fácil nem muito menos prazeroso e, segundo Quevedo (2010), quando associado a gestação de risco, é um estressor ainda maior. As diversas pesquisas com gestantes com longo tempo de internação mostram que as mesmas ficam mais estressadas e preocupadas com a separação do lar. Muitas vezes precisam se separar de seu companheiro e de outros filhos, além do trabalho e outros afazeres. Deixam de ter sua própria rotina para ter de se adaptar a rotina hospitalar.

As gestantes internadas que tem outros filhos, costumam se sentir ainda mais culpadas pois, muitas vezes precisam deixá-los sozinhos na maior parte do tempo ou aos cuidados de

terceiros, e, acabam se sentindo incapacitadas dentro da função materna. Algumas gestantes podem até desenvolver sentimentos ruins em relação ao bebê que estão à espera, tendo em vista que a relação de afeto com os filhos que precisaram deixar pode ser mais forte (Tedesco, 1998).

Outro ponto importante a ser considerado quanto a hospitalização prolongada, são os aspectos emocionais que permeiam os familiares destas gestantes. Esta família pode demonstrar sentimentos de medo, insegurança, incerteza, dentre outros, podendo desencadear, muitas vezes, até alguma irritação diante de algum dos procedimentos da equipe de saúde. Diante disso, a gestante, que no momento é paciente e telespectadora de tantas emoções, pode apresentar sentimentos de culpa, vergonha, e, acabar tentando amenizar e/ou intermediar os conflitos existentes entre os membros de sua família (Ismael & Santos, 2013).

A internação é feita apenas quando a gestante não apresenta um bom controle glicêmico e essa falta de controle pode interferir diretamente no bom desenvolvimento da gestação e feto. Durante a internação, a equipe de saúde pode acompanhar de forma mais minuciosa a gestante e seu bebê, e fortalecer ainda mais o conhecimento e a importância do autocuidado. Porém, como o hospital é um local de fácil disseminação de doenças e infecções, tendo em vista os diversos atendimentos, e, como a gestante fica com o sistema imunológico mais frágil, a equipe de saúde precisa trabalhar o fortalecimento da gestante para que a mesma possa vivenciar a gestação dentro de seu ambiente natural, com o apoio da família e amigos, devendo manter a gestante internada apenas se a gestação estiver colocando em risco a vida da gestante e/ou a do feto.

Durante a hospitalização, o acompanhamento psicológico é de suma importância tanto para a gestante com DM Gestacional quanto para seus familiares, pois, diante de um bom diálogo, surgem novas possibilidades de compreensão da situação vigente, e o psicólogo pode

oferecer um espaço onde ambos, família e gestante, podem falar sobre os possíveis medos, angústias, incertezas, saudades, dentre tantos outros sentimentos que podem aflorar enquanto existir a hospitalização (Ismael & Santos, 2013).

3.2. Acompanhamentos alternativos

A gestante que tem um bom acompanhamento pré-natal, possivelmente, pode vir a compreender melhor o que pode ou não ser saudável para um melhor desenvolvimento de sua gestação. Digo isso em relação as atividades alternativas que podem contribuir na autoestima da gestante, podendo auxiliar até mesmo a recarregar suas energias, tendo em vista que a gestação pode vir acompanhada de mal-estar e cansaço devido a tantas mudanças hormonais e corpóreas.

Existem várias atividades físicas desenvolvidas e/ou adaptadas para que as gestantes possam se manter ativas, e, relatos de que, algumas, auxiliam na diminuição dos desconfortos por conta do aumento do peso e dos inchaços e melhoram a disposição e a qualidade do sono. Por isso a importância de um bom pré-natal! Muitas atividades estão disponíveis porém, é importante que a gestante tenha conhecimento do que ela pode fazer.

Algumas gestantes com o diagnóstico de DM Gestacional, por conta das frequentes internações e/ou o aparecimento de outras comorbidades associadas ao DM Gestacional acabam por não serem liberadas para a realização de atividades físicas pois a atividade pode se tornar um malefício para a gestação.

Os grupos terapêuticos também costumam ser de grande contribuição positiva para a gestante. Segundo Almeida e Lacerda (2012), esses grupos terapêuticos para gestantes

oferecem oportunidade para a compreensão do processo de nascimento; estimula a autonomia da gestante e de sua família quanto aos cuidados que deverão ter durante a gestação e após o nascimento do bebê; contribui na preparação do parto, da maternidade e da paternidade; contribui no conhecimento dos direitos; contribui na formação e educação em saúde e valorização da interdisciplinaridade; dentre muitos outros conhecimentos. O grupo, seria então, considerado um fórum de socialização de conhecimentos e de construção de saberes, contribuindo para a produção de pensamentos críticos e reflexivos, assim como colabora no fortalecimento dos potenciais e autonomia das gestantes e acompanhantes para conduzirem o processo de nascimento e exercerem a maternidade e paternidade. Também se constitui num espaço de ensino-aprendizagem e da prática do diálogo educativo e interdisciplinar.

CAPÍTULO 4

A Subjetividade

A psicologia no decorrer da história se dividiu em várias vertentes, que, ao meu ver, a vertente humanista, em seus estudos compreenderam que o sujeito constrói sua história a partir de sua cultura, vivências, contatos sociais; e que, dois sujeitos com um mesmo processo histórico tenderiam a compreensões diferenciadas. Seria aí a subjetividade tanto tratada por González Rey: o sujeito é único! Estudar um determinado sujeito ou um determinado grupo não significa achar uma resposta com verdade absoluta para pesquisa alguma. Significa abrir um leque de compreensão para aquela determinada situação, naquele determinado momento.

Uma das coisas mais fascinantes que surgiram com o desenvolvimento da psicologia foi à quantidade de construções que evidenciam o caráter humano, contraditório e emocional da própria produção de conhecimento, surgindo, então, uma psicologia implícita, contribuindo para repensar os processos de construção de conhecimento psicológico.

Deixar de pensar a psicologia apenas como um modelo científico natural e compreender que existe uma representação diferente da psique comprometida com sua natureza cultural, foi o princípio do entendimento da subjetividade, Segundo escreveu González Rey (2003):

O desenvolvimento da subjetividade [...] não responde a uma simples preferência teórica, mas sim à tentativa de reconceituar o fenômeno psíquico em uma ontologia própria, específica do tipo de organização e processos que o caracterizam. Essa tentativa não pode ser teoricamente acometida sem uma mudança epistemológica e metodológica que apoie a produção desse conhecimento, orientado para uma realidade de caráter sistêmico, dialética e dialógica (p. 73).

Com o desenvolvimento da psicologia houve uma revolução na compreensão do fenômeno psicológico, destacando duas características ligadas ao fenômeno subjetivo: seu caráter histórico-social e sua natureza complexa não redutível (González Rey, 2003).

O sujeito é pensante, produtor que não está anulado dentro de sua estrutura de linguagem, tem vontade e se expressa por meio de significados e significantes, sendo importante salientar que existe algo que motiva esse sujeito, gerando um processo reflexivo entre sujeito e motivação.

Podemos compreender o sujeito a partir da Teoria da Subjetividade, desenvolvida por González Rey (2003). Segundo o autor, a subjetividade é vista sob o enfoque histórico-cultural, que “se orienta para uma apresentação da subjetividade que em todo o momento se manifesta na dialética entre o momento social e o individual” (González Rey, 2003, p. 240), onde o momento individual está representado por um sujeito comprometido no processo de suas práticas sociais, suas reflexões e sentidos subjetivos.

“A subjetividade não aparece como reprodução de nenhum dos sistemas externos ou diferentes a ela que participam em seu desenvolvimento, senão algo diferente, que se forma dentro do campo de ação do sujeito, implicando as formas atuais de organização de sua subjetividade individual” (González Rey, 2003, p. 57), o que, na minha compreensão, seria o mesmo que dizer que a subjetividade se dá a partir da compreensão que este sujeito elabora a partir de suas vivências. O sujeito não reproduz comportamentos, mas também sua subjetividade não aparece do nada. A subjetividade está em constante transformação, seria uma produção diferenciada e simultânea de sentidos subjetivos: o individual e o social (González Rey, 2011).

A subjetividade, então, rompe com a ideia de fenômeno individual, transpondo para a ideia de que é produzida nos níveis social e individual de forma simultânea, sendo associada à forma com que as experiências atuais do sujeito vão ganhando sentido e significado na formação subjetiva de sua história.

Na perspectiva de González Rey (2003), a subjetividade não é algo que está internalizado no indivíduo. A subjetividade não aparece somente no nível individual, pois, a cultura na qual se constitui o sujeito individual e onde ele também é constituinte, representa um sistema subjetivo gerador de subjetividade. Cultura, sujeito e subjetividade não podem ser vistos somente como fenômenos diferentes que se relacionam, mas sim como fenômenos que, por mais diferentes que sejam, se integram a todo o momento, um interfere no outro. Em virtude disso, González Rey (2003) compreende a subjetividade como

(...) um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social. Essa visão da subjetividade está apoiada com particular força no conceito de sentido subjetivo, que representa a forma essencial dos processos de subjetivação (p. 9).

González Rey (2003) desenvolveu o conceito de sentido subjetivo a partir da definição de sentido, tendo sua relação inseparável com a subjetividade, definindo sentido subjetivo como:

A unidade inseparável dos processos simbólicos e as emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca o outro, sem que seja absorvido pelo outro. (...) O sentido subjetivo representa uma definição ontológica diferente para a compreensão da psique como produção cultural (p. 127).

O sentido subjetivo representa uma unidade integradora de elementos diferentes, emoções e processos simbólicos, sendo essa integração a sua definição. Nem sempre o sentido subjetivo aparecerá em uma frase ou palavra dita pelo sujeito, mas aparece de forma indireta na qualidade da informação, podendo ser identificado em uma narrativa, por exemplo. A informação pode vir “na forma com que se utiliza a temporalidade, nas construções associadas a estados anímicos diferentes, nas manifestações gerais do sujeito em seus diversos tipos de expressão” (González Rey, 2005, p. 116).

A subjetividade, então, se legitima a partir de “uma produção de sentidos subjetivos que transcende toda a influência linear e direta de outros sistemas da realidade” (González Rey, 2005, p. 22).

Os conceitos aqui apresentados sobre a teoria da subjetividade e os sentidos subjetivos foram utilizados neste estudo como proposta metodológica a partir da epistemologia qualitativa (González Rey, 2003), como veremos adiante.

CAPÍTULO 5

Metodologia e Epistemologia

5.1. Metodologia Qualitativa

O processo de investigação nesta pesquisa está orientado por metodologia qualitativa que nos permite visualizar o problema a partir de perspectiva construtivo-interpretativa centrada no diálogo como momento de produção de conhecimento. É importante ressaltar que, em uma pesquisa qualitativa, o método está centrado no processo dialógico como ferramenta que possibilita a abertura de um espaço de construção subjetiva entre o participante e o pesquisador. Esta metodologia deve ser flexível para acompanhar os desdobramentos provenientes desta relação, sendo importante que o pesquisador esteja em campo tanto para conhecer melhor a realidade da pesquisa como para compreender as formas de produções subjetivas dos indivíduos pesquisados (Vieira & Queiroz, 2006).

A pesquisa qualitativa, segundo González Rey (2010), é essencial para a construção de modelos de inteligibilidade. Ele define a pesquisa qualitativa como “a construção de um sistema de representações capaz de articular diferentes categorias entre si e de gerar inteligibilidade sobre o que se pretende conhecer na pesquisa científica” (p. 29). Aqui, o sujeito, como nos fala González Rey (2002), não responde de forma linear as perguntas que por ventura surjam durante a conversação, porém, pode realizar verdadeiras construções implicadas nesses diálogos. Nesse contexto, a pergunta seria apenas mais um dos elementos para a construção de sentido, e, a resposta, seria a construção complexa deste sujeito, que se desenvolverá no decorrer da pesquisa. O cenário pode facilitar o desenvolvimento e, é ele o elo de comunicação entre o pesquisador e pesquisado. O diálogo passa a ser fonte essencial

para o pensamento, se tornando elemento imprescindível para a qualidade da informação que está sendo produzida no decorrer do processo.

Toda pesquisa qualitativa implica no desenvolvimento de um diálogo progressivo como uma das fontes principais de produção e construção da informação, criando climas de segurança, interesse, confiança e tensão intelectual para favorecer os níveis de conceituação da experiência que raramente aparecem de forma espontânea na vida cotidiana (González Rey, 2002).

A pesquisa qualitativa não corresponde a uma definição instrumental, é epistemológica e teórica, e apóia-se em processos diferentes de construção de conhecimento, voltados para o estudo de um objeto distinto da pesquisa quantitativa tradicional em psicologia. A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto. A história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo (González Rey, 2002, p. 50-51).

Apesar da pesquisa qualitativa poder significar a expressão do fenômeno subjetivo, esse processo de construção da informação representa o momento mais difícil da realização da pesquisa. Segundo González Rey (2010), alguns pesquisadores, ao utilizarem a proposta sobre o caráter construtivo-interpretativo, acabam tratando o material empírico como verdade única a qual deve chegar à análise e tentar buscar uma verdade, próprio da epistemologia positivista. Aqui, o sentido subjetivo não aparece diretamente na expressão dos sujeitos estudados, mas sim, de forma indireta, na qualidade da informação, no nível de elaboração diferenciado no tratamento dos temas que forem surgindo no decorrer do processo.

5.2. Epistemologia Qualitativa

Esta pesquisa está orientada pelo método construtivo-interpretativo apoiado na Epistemologia Qualitativa de González Rey (1997, 2002), onde a produção do conhecimento é um processo construtivo-interpretativo, singular e dialógico, permitindo a criação teórica acerca da realidade plurideterminada do ser humano, permitindo construir e interpretar junto ao indivíduo, todo o conteúdo advindo por intermédio da conversação, podendo fazer uso da escrita e até mesmo de imagens.

González Rey (2006) afirma que a epistemologia qualitativa se apóia em três princípios, onde o primeiro se refere ao conhecimento como produção construtivo-interpretativa; o segundo, ao caráter interativo da produção de conhecimento, e, finalmente, o terceiro, onde o conhecimento não se legitima pela quantidade de sujeitos pesquisados, mas pela qualidade de sua expressão. A pesquisa nesse modelo não esgota o problema, mas gera novas zonas de sentido, ou seja, abre novas possibilidades para a construção teórica com relação ao problema abordado. Passa-se de lógica da resposta para lógica da construção, ou seja, a pesquisa é processo de comunicação. Saímos de modelo que busca resposta enquadrando a expressão do sujeito dentro de limites fechados que empobrece sua expressão para a relação com o sujeito dentro de um sistema conversacional que permita que ele se envolva no processo dialógico e se expresse livremente.

O sujeito na sua constituição subjetiva é único, assim como a qualidade de sua expressão, desse modo, saímos de investigação que o vê como entidade objetivada para outra que o percebe numa relação de recursividade entre social e individual produzindo emocionalidade diferenciada de acordo com o momento de sua experiência (Mori, 2007).

Nessa perspectiva, o conhecimento não se legitima pela quantidade de sujeitos estudados, mas pela qualidade de sua expressão, ou seja, não se busca processos padronizados, mas a participação dos sujeitos em processo dialógico onde estes se motivam através da comunicação pesquisador-sujeito. O conhecimento se constrói ao longo do processo, as informações não tem uma versão final da realidade em si, mas constituem a fonte para o processo de produção de conhecimento. A produção de informação não está associada à significação estatística, mas pela qualidade da interação pesquisador/sujeito que permite que o espaço relacional se constitua como cenário de pesquisa a partir das necessidades das pessoas envolvidas nele (Mori, 2007).

Na pesquisa qualitativa, fundamentada em uma epistemologia qualitativa, os instrumentos deixam de ser vistos como um fim em si mesmo (instrumentalismo positivista) para se tornar uma ferramenta interativa entre o investigador e o sujeito investigado (González Rey, 1999).

A epistemologia qualitativa é um reforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, alternativa e histórica, que representa a subjetividade humana (González Rey, 2002, p. 29).

Dessa forma, o método aqui escolhido se caracteriza pelo seu caráter construtivo-interpretativo, dialógico e pela sua atenção ao estudo de casos singulares.

A investigação qualitativa que defendemos substitui a resposta pela construção, a verificação pela elaboração e a neutralidade pela participação. O investigador entra no campo com o que lhe interessa investigar, no qual não supõe o encerramento no

desenho metodológico de somente aquelas informações diretamente relacionadas com o problema explícito a priori no projeto, pois a investigação implica a emergência do novo nas idéias do investigador, processo em que a o marco teórico e a realidade se integram e se contradizem de formas diversas no curso da produção teórica (González Rey, 1998, p.42).

O momento inicial de uma pesquisa se define pelo esboço do problema. O problema se apresenta como um momento de reflexão do pesquisador, que lhe permite identificar o que deseja pesquisar e que pode aparecer em uma primeira aproximação de forma difusa e pouco estruturada. A pesquisa qualitativa é um processo permanente de produção de conhecimento, onde os resultados são momentos parciais que se integram constantemente como novos questionamentos e abrem novos caminhos à produção do conhecimento. A definição do problema é vista em estreita relação com a atividade concreta do pesquisador e, a revisão bibliográfica representa um momento essencial na produção de idéias que terão progressão expressiva no decorrer da pesquisa (González Rey, 2002).

Na pesquisa qualitativa, fundamentada em uma epistemologia qualitativa, os instrumentos deixam de ser vistos como um fim em si mesmo (instrumentalismo positivista) para se tornar uma ferramenta interativa entre o investigador e o sujeito investigado (González Rey, 1999).

A epistemologia qualitativa é um reforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, alternativa e histórica, que representa a subjetividade humana (González Rey, 2002, p. 29).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa se caracteriza pelo seu caráter construtivo-interpretativo, dialógico e pela sua atenção ao estudo de casos singulares.

CAPÍTULO 6

A Pesquisa

6.1. Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida em um hospital da rede pública do Distrito Federal, o qual é referência no atendimento materno e infantil em todo o território brasileiro.

6.2. Participantes da Pesquisa

A participação nesta pesquisa se restringiu as gestantes com o diagnóstico confirmado de DM Gestacional, acompanhadas em regime hospitalar no alto risco. Como a alteração glicêmica é muito comum durante a gestação, utilizamos como método de exclusão as gestantes em que o diagnóstico de DM Gestacional não foi confirmado e as gestantes que foram diagnosticadas como diabéticas antes da gestação atual.

6.3. Cenário da Pesquisa

Após aprovação do Comitê de Ética da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal - FEPECS / SES / DF, foi realizada uma investigação qualitativa em um Hospital da rede pública, localizado em Brasília, Distrito Federal, com gestantes de alto-risco com o diagnóstico confirmado de DM Gestacional, com foco no impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional.

Sobre o hospital, julgo importante relatar alguns pontos que considero importantes:

- (1) As enfermarias estavam sucateadas. A maioria sem porta no banheiro ou assento no vaso sanitário. As que tinham porta no banheiro, boa parte se encontrava com algum tipo de defeito. Nas macas podíamos verificar os rasgos nos colchões e/ou lençóis, e, as cadeiras para os acompanhantes, em sua maioria, estavam com o estofado rasgado.
- (2) As gestantes, dificilmente, mantêm o acompanhamento da gestação, durante a internação, com seu ginecologista obstetra de origem. Existe um rodízio de médicos que é feito a cada quantidade “x” de enfermarias, e, o médico que estiver executando seu plantão naquela determinada área, que, possivelmente, deverá conduzir o parto da gestante.
- (3) Além do processo de identificação na entrada do hospital, não pude observar nenhum outro processo de identificação de pessoas externas à qualquer outra área do hospital, inclusive na ala das enfermarias; o que me deixou preocupada pois, qualquer pessoa teria acesso ao local sem qualquer impedimento. A equipe de enfermagem não me pareceu em quantidade suficiente para atender a todas as enfermarias e, ainda atender a demanda de visitas das mesmas.

Sobre a pesquisa, fazia parte da ideia inicial a montagem de grupos terapêuticos, e, a partir desses grupos, o convite para um diálogo individual, porém, existe uma rotatividade muito grande de gestantes com o diagnóstico confirmado de DM Gestacional nas enfermarias e, dificilmente elas eram acomodadas na mesma enfermaria. Como estavam em situação de internação e, como o sistema imunológico fica mais frágil durante a gestação, consideramos ser fator de risco deslocar as gestantes para um mesmo ambiente, além de ser mais um estressor, afinal, seriam essas, gestantes, em sua maioria, com internação prolongada, algumas já a espera do parto.

Tendo em vista que adaptações precisam ser feitas e que a pesquisa não para em virtude dessas adaptações, mantive os diálogos individuais a partir de um processo de aproximação dessas gestantes. Primeiramente, em diálogo com a equipe de enfermagem, procurava saber quais eram as gestantes internadas com o diagnóstico confirmado e, posteriormente, fazia-lhes algumas visitas em suas enfermarias, onde podia ir me apresentando, e, conforme íamos conversando, apresentava-lhes a proposta deste estudo e verificava o interesse na participação.

González Rey (2005) nos coloca que “a construção do cenário de pesquisa tem por objetivo apresentar a pesquisa para os possíveis sujeitos que dela vão participar, e sua função principal é envolver o sentido subjetivo dos que participam da pesquisa”.

Levando em consideração que cada sujeito é único, sendo assim, suas emoções também são únicas não houve um número mínimo de participantes a serem estudadas, e, os processos dialógicos não seguiram um roteiro pré-determinado, ou seja, o diálogo foi aberto e guiado pelo tema “Diabetes Gestacional”, com o intuito de observar o impacto do diagnóstico na gestante, o tratamento, a qualidade de vida, e os sentimentos sobre o diabetes. Com um diálogo aberto, novos questionamentos foram surgindo, o que deixou um diálogo bem diferente do outro, enriquecendo ainda mais a qualidade das informações.

Segundo González Rey (2005) “as construções do sujeito diante de situações pouco estruturadas produzem uma informação qualitativamente diferente da produzida pelas respostas a perguntas fechadas”, onde, o sentido da resposta estará sendo influenciado pela forma como é construída a pergunta pelo investigador; ele coloca ainda que “toda pesquisa qualitativa deve implicar o desenvolvimento de um diálogo progressivo e organicamente constituído, como uma das fontes principais de produção da informação”, criando climas de

segurança, interesse, confiança e tensão intelectual para favorecer os níveis de conceituação da experiência que raramente aparecem de forma espontânea na vida cotidiana.

Esses diálogos individuais estimularam uma reflexão mais crítica dessas gestantes em relação ao DM Gestacional, ampliando horizontes de transformação e de intervenção.

6.4. Instrumentos

Minayo (1998) nos diz que o roteiro, mesmo quando não for pré-determinado, é um instrumento para orientar o diálogo. Este instrumento deve ser um facilitador “de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”. O ideal é permitir que esta conversação se amplie e se aprofunde sem cerceá-la. O roteiro deve ser um guia e não um obstáculo, e não extingue a possibilidade da necessidade de um questionário fechado para captar aspectos considerados relevantes para a compreensão deste estudo. É importante lembrar que a conversação precisa fluir naturalmente e que as perguntas podem ser formuladas de acordo com o desenrolar do diálogo. O pesquisador precisa ter em mente aquilo que pretende pesquisar, porém, precisa lembrar que novos questionamentos poderão surgir e que a o diálogo fica mais rico quanto mais natural for.

Durante os processos dialógicos individuais, foi utilizado um gravador de mão com boa qualidade de áudio, tendo sido todas transcritas e analisados segundo a epistemologia qualitativa de González Rey (2006) a qual se apoia em três princípios, onde o primeiro se refere ao conhecimento como produção construtivo-interpretativa; o segundo, ao caráter interativo da produção de conhecimento, e, finalmente, o terceiro, onde o conhecimento não se legitima pela quantidade de sujeitos pesquisados, mas pela qualidade de sua expressão. A

pesquisa nesse modelo não esgota o problema, mas gera novas zonas de sentido, abre novas possibilidades para a construção teórica com relação ao problema abordado.

5CAPÍTULO 7

Analisando a Informação

Foram realizados, transcritos e analisados três processos dialógicos com gestantes que tiveram o diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Gestacional. Esses diálogos foram realizados na enfermaria de internação de um Hospital Público, localizado em Brasília, Distrito Federal. Todas as gestantes participantes estavam internadas para acompanhamento mais rigoroso da gestação em virtude das consequências do desenvolvimento do DM Gestacional.

As gestantes participantes não tinham o mesmo grau de instrução escolar e residiam em locais diferentes do Distrito Federal e entorno, ou seja, também não estão no mesmo nível socioeconômico. Tudo isso já era sabido antes do início da pesquisa.

Não foi possível a realização dos encontros de grupo de gestantes com o diagnóstico confirmado, pois as gestantes estavam internadas em enfermarias diferentes e muitas vezes até distantes uma das outras, algumas já em repouso ou sem condição de deslocamento, e, o hospital não dispunha de um local para a realização destes encontros. Tendo em vista tudo isso, optou-se por dar continuidade a pesquisa apenas com os processos dialógicos individuais.

Inicialmente, as gestantes forneceram algumas informações objetivas sobre seu contexto social e em seguida foram solicitadas a falar da sua história de vida dentro do contexto gestacional. Todas entenderam a pesquisa e concordaram com a divulgação das informações gravadas. Vamos identifica-las com nomes fictícios com o intuito de manter o sigilo.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	IDADE GESTACIONAL
Antônia	33	38 semanas
Alessandra	33	33 semanas
Milena	20	37 semanas

Este estudo nos proporcionou compreender a relação destas gestantes com o surgimento do DM Gestacional e quais as configurações subjetivas advindas do aparecimento desta doença em suas gestações, como podemos verificar a seguir.

7.1. O caso de Antônia

A participante Antônia demonstrou resistência inicial em participar deste estudo. Com ela foram realizadas algumas visitas, num trabalho de aproximação e identificação até que ela se sentiu à vontade e declarou seu interesse em participar deste estudo sem que lhe fosse perguntado uma segunda vez.

Em todas as visitas, Antônia se encontrava sem a presença de um acompanhante. Haviam quatro gestantes, contando com ela, dividindo a mesma enfermaria. As outras três gestantes não tinham o diagnóstico de DM Gestacional. Durante as visitas, estava sempre na companhia das demais gestantes, com poucos processos dialógicos, porém, aparentemente, uma acabava fazendo companhia a outra.

Apesar da certa resistência inicial em participar da pesquisa e, de aparentar timidez, Antônia se entregou ao processo dialógico, demonstrando grande interesse e curiosidade pela pesquisa. Antônia relata que seu DM Gestacional foi diagnosticado entre o sétimo e o oitavo mês de gestação, após um exame de rotina, como segue em sua fala:

Bem... eu... os exames de rotina do posto de saúde de onde eu vim... é... no segundo semestre eles pedem uma bateria de exames... nesses exames deu uma alteração na glicemia... até então, o médico também nem importou... disse só... não... vamos fazer esse exame aqui de novo... e pediu pra eu ir no posto de saúde... inclusive até hoje eu to aguardando este resultado... que que eu fiz... fiz até uma cópia desse pedido seu e fiz particular... fiz pelo S. ... Aí ele me passou esse pedido e... não... se você puder fazer fora, faça! Aí eu fiz... foi aonde confirmou mais né... Aí eu voltei e mostrei pra ele novamente e ele me encaminhou pra nutricionista... pro controle da glicemia... Daí em diante foi dieta direto... Tentando manter ela sem... sem alterar muito né... No início eu até fiquei preocupada... porque eu me disse: Meus Deus! Diabetes... É uma coisa que a gente ouve né... diabetes é aquela coisa que pode te prejudicar... até então a ignorância da gente é grande de não se aprofundar... eu fiquei com medo de tá prejudicando meu filho ou a mim também... aí segui a dieta rigorosa também... se não eu acho que estaria aqui até antes de agora né...

A forma como o médico acolheu Antônia, mostrando a importância da repetição dos exames para a confirmação do diagnóstico, possivelmente, foi o que começou a gerar sentidos subjetivos que permitiram Antônia a incorporar essa nova identidade, a de gestante com DM Gestacional, podendo expressar sentimentos de medo e além de ir em busca de maiores informações sobre sua nova identidade e seguir a dieta corretamente.

Neste trecho do diálogo analisado percebe-se o quanto Antônia se mostra consciente em relação ao seu pré-natal, mostrando suas rupturas com os sentidos subjetivos que marcaram a entrada do DM Gestacional em sua vida quando ela diz “No início eu até fiquei preocupada... porque eu me disse: Meus Deus! Diabetes... É uma coisa que a gente ouve né... diabetes é aquela coisa que pode te prejudicar... até então a ignorância da gente é grande de

não se aprofundar... eu fiquei com medo de tá prejudicando meu filho ou a mim também... aí segui a dieta rigorosa também... se não eu acho que estaria aqui até antes de agora né...”. Este trecho mostra a sua preocupação em relação ao diagnóstico e a tomada de consciência sobre como poderia diminuir os riscos de se prejudicar e prejudicar seu filho seguindo a dieta, por exemplo.

É importante salientar a fala de Antônia “e pediu pra eu ir no posto de saúde... inclusive até hoje eu to aguardando este resultado... que que eu fiz... fiz até uma cópia desse pedido seu e fiz particular...”, onde me parece uma crítica ao sistema, porém, nos mostra que ela não ficou estagnada aguardando o resultado, mas sim, ativa em relação ao seu acompanhamento. Sobre isso, González Rey (2011) nos diz que “sentir-se sujeito, participar do processo de adoecimento com suas decisões e implicar sua emotividade nesse caminho que vem pela frente deve se converter num objetivo essencial da prevenção e promoção de saúde” (p. 57).

Antônia continua falando sobre como iniciou seu processo de hospitalização:

Pra te falar a verdade... no alto risco eu vim só... me falaram: você tem uma consulta no hospital... o posto de saúde vai te enviar pro hospital e... lá... eles vão marcar uma consulta com você... Aí eles me ligaram... eu digo... eu vou lá... aí quando eu cheguei aqui... nem se quer meu prontuário tinha voltado pra cá ainda... e lá estavam outros exames... aí eu peguei... voltei né... e falei pro meu médico... trouxe os exames anteriores... ele viu e falou assim... é... o problema é mesmo grave... daí eu falei pra ele... eu to com exame marcado pro dia... dia dois... que foi uma ecografia... Dia dois agora... aí ele falou... tá bom... dia dois foi num domingo... então dia três... na segunda... você me traz... essa ecografia sua... porque eu ia fazer sem pedido médico também... sempre, todo mês, eu tô acompanhando... aí ele falou assim... não, eu vou te

colocar um pedido aqui... aí ele colocou uma ecografia gestacional com doopler né... aí foi o que eu fiz... aí trouxe na segunda-feira pra ele ver... daí quando ele viu já falou já... imediatamente falou... não... vamos... é... te internar... cheguei sem nem saber... achando que eu ia sair do trabalho pra vir só mais tarde né... cheguei aqui e ele falou... não... você tá preparada? Você vai internar... Além do peso do nenem né... que tava muito alterado... O volume de líquido também... parece que deu 95% ou alguma coisa assim... uma porcentagem lá... e... ele achou por melhor... junto com uma outra equipe já... não... vamos colocar em observação aqui... já tá na idade também né... na idade gestacional... e me deixou aqui... pra me acompanhar... desde então eu to aí... tão o tempo todo me furando... me espetando... (risos)

Analisando a fala de Antônia, podemos descrever esse momento como bastante conturbado. É interessante a maneira como ela descreve a sucessão de acontecimentos até sua internação. A maneira como ela vai descrevendo esses acontecimentos “atropelados” vai, progressivamente, entrando em questões que vão criando significados para a compreensão da configuração subjetiva de seu estado psicológico, nos revelando como os sentidos subjetivos vão aparecendo em sua fala.

Os acontecimentos parecem tão confusos de acordo com a compreensão dos fatos vividos por Antônia, porém, enquanto ela os descreve, parece se encontrar em meio à confusão dos fatos e compreender a importância de sua hospitalização.

Quando Antônia diz “... e me deixou aqui... pra me acompanhar... desde então eu to aí... tão o tempo todo me furando... me espetando...”, ela parece demonstrar o incomodo e desconforto que vem sentindo com os procedimentos padrões para o acompanhamento do DM Gestacional, como medir a glicemia, tirar sangue ou até mesmo o uso da insulina. Porém, junto a esse desconforto e/ou incomodo ou até mesmo os dois, ela demonstra bom humor ao

falar sobre esse assunto. Ela se posiciona diante do DM Gestacional, demonstrando compreender esse novo momento, com bom humor, vivenciando, a princípio, a doença através dos procedimentos realizados pela equipe de saúde.

Como Antônia encontrava-se sozinha durante nosso diálogo, perguntei-lhe sobre a participação de sua família durante esse processo de hospitalização, e ela responde o seguinte:

... Minha família tá toda longe, entendeu? Todo mundo trabalha, todo mundo... eu to aqui só. Daqui a pouquinho o meu esposo chega aí, entendeu... E eu não quero preocupar a minha mãe que tá longe... então eu digo que tá tudo bem... Me viro...

A medida em que a fala de Antônia vai se estendendo, suas emoções vão aflorando e ela começa a se posicionar sobre os aspectos e situações de sua vida, permitindo que as configurações subjetivas em relação a sua nova dinâmica de vida (DM Gestacional e a internação repentina) vão avançando cada vez mais. Neste trecho, aparentemente, Antônia não tem interesse em preocupar seus familiares em relação a sua internação. Demonstrando, em sua fala, a necessidade em se manter forte perante a situação atual.

Sua expressão, neste trecho, pode evidenciar um posicionamento crítico de Antônia em relação a participação e/ou convivência com sua família. Durante nossa conversação, Antônia não deixa claro qual a representação tem sua família. Menciona o esposo e a “família” apenas em dois momentos de nossa conversação. No segundo momento, ela contou sobre a escolha do nome do bebê:

... C. ... a escolha do nome eu procurei dá uma combinada com o nome da minha filha... que o nome dela é N. ... Então eu procurei colocar C. ... então, ó, tenho, eu tenho ainda uma dúvida nos nomes, sabe? Entre C. e E. ... Aí já falaram pra colocar C. E. ... eu já acho que não combina bem, assim, esse... Eu falei que eu quero uma coisa

bem simples, assim, pra ninguém botar apelidos... Porque a família toda tem apelido. Até uma coisa pequena, um nome pequeno, simples, bonito, sem... aí... E. foi uma... na verdade é minha avó. Minha vó falou assim “Eu gosto muito desse nome E. . Porque você não coloca E. ?”. Aí eu falei “Ah, gostei também, num achei feio não”. Aí tou na dúvida. Mas até então, tá em C. mesmo...

Neste trecho, Antônia fala sobre a dinâmica da escolha do nome do filho que está para nascer. Aparece a “família” e sua “avó” como coadjuvantes no processo da escolha do nome da criança, porém, se mantém em seu discurso a necessidade de se sentir na posição de decisão. Esse comportamento se mantém em seu discurso, representando como uma configuração subjetiva ativa, tornando esse espaço mais racional.

Antônia menciona ter ficado preocupada com o diagnóstico de DM Gestacional, então, pedi-lhe que me falasse mais sobre como foi quando recebeu o diagnóstico, e ela diz o seguinte:

Não... antes disso... a gente faz uma palestra... logo no início do pré-natal... nunca faltei nenhuma consulta... sempre mantive meu pré-natal em dia... tudo... aí... lá... essa enfermeira... que... que trabalhava com a gente... durante o pré-natal... pra acompanhar... ela comentou... que tinha algumas gestantes que durante a gestação... poderia ocorrer de... de... adquirir essa diabete... de evoluir essa diabete né... de desenvolver... aí eu “Olha, na minha família nunca teve... eu achei até que era uma coisa hereditária... “olha... na minha família não tem nada disso”... E fiquei tranquila... Mas daí, já no final, veio dando essa... essa alteração... mas... depois eu voltei lá... eu conversei com a enfermeira... pessoalmente... assim... fora de... de consulta... essas coisas... e fui tirar umas duvidas com ela... daí ela me explicou a situação do pâncreas... que não tava conseguindo né... acompanhar né... mas que era comum... Que

a maioria das gestantes adquiri... só que umas avança mais... e outras... não chega a evoluir... Pode virar uma coisa mais séria né... Eu tive outra gestação que... idêntica a essa... sem dor... sem nada... nem enjojo eu senti... normal... só nesse finalzinho que veio dá esse... essa diabetes gestacional... mas... to tirando de letra...

Nesse recorte de nossa conversação, percebe-se o quão ativa à gestação é Antônia. Ela tora suas conclusões de acordo com a palestra inicial, porém, demonstra interesse em adquirir mais informações, quando procura a enfermeira em outro momento. Na medida em que o diálogo se estende, Antônia se apresenta ainda mais ativista, e, aparentemente, sempre resolvendo tudo sozinha. Ele apresenta momentos de medo e/ou receios em relação ao diagnóstico; porém, a essa altura de nossa conversação, já podemos compreender o quanto Antônia se mantém segura em cumprir com suas expectativas em relação a presente gestação.

Quando lhe pergunto sobre sentir algum desconforto em relação aos procedimentos realizados para o acompanhamento do DM Gestacional, ela responde o seguinte:

É só o dedo... ahhh... ainda bem que é só o dedo (risos)... mas já tirei sangue já hoje... Mas isso é bom... não acho ruim não sabe... independente de qualquer coisa... é desconfortável... mas pra acompanhar... pra ver o que é que tá acontecendo... eu prefiro que... que seja assim... antes eu tá aqui acompanhada por profissionais, sabendo o que tão fazendo... do que eu tá em casa fazendo a dieta sem... sem ter ao menos uma noção do que é que tá acontecendo... porque só você pesquisando na internet... não te dar um resultado... é isso...

E continua falando sobre o desconforto que vem sentindo com a própria gestação:

Eu não sei se é por conta... mas assim... por... eu não sei se é porque o neném tá grande demais... eu to sentindo muita falta de ar já... sabe... ta aquela coisa...

procurando mesmo o ar... tá grande... e tá procurando um espaço aqui... ai tá muito desconfortável... mas é só isso... só falta de ar mesmo... demais... eu... uma vez eu comi doce... antes de descobrir também... eu comi doce... não sei ao certo... mas me deu vontade de comer um chocolate... comi o chocolate e logo em seguida deu uma ânsia de... ânsia de vômito... uma náusea... aquela coisa estranha sabe... ai eu fiquei... achei estranho isso... ai depois disso é que...

É interessante a maneira como Antônia vai entrando em questões que são significativas para a compreensão da configuração subjetiva de seu DM Gestacional. A medida que a fala vai se estendendo, a expressão da razão em relação ao DM Gestacional vai abrindo espaço para a externalização de suas emoções. Sim, ela sente desconforto e deixa isso muito claro em sua fala; porém, demonstra compreender e entender os motivos desse desconforto como motivo de saúde para sua gestação.

Sobre o acompanhamento hospitalar, ela diz o seguinte:

Não... tá bom... o acompanhamento é assim... direto... tão vindo medir a pressão... tão escutando os batimentos... hoje mesmo eu fui ali numa sala do outro lado pra me colocar num aparelho que ficou o tempo todo só pra ouvir o coraçãozinho dele... entendeu? Tão sempre me acompanhando... Só deram essa pisada na bola hoje... que não mediram nem antes do café... eles não vieram... pra saber quanto que tava... Mas amanhã eu vou aguardar eu vou chamar antes de tomar meu café... eu vou lá chamar... alguém pra medir...

Nesse trecho podemos observar o quanto Antônia se prende aos procedimentos padrões de acompanhamento durante sua estadia hospitalar. A atenção da equipe, de acordo com suas falas, não parece envolver qualquer tipo de acolhimento, mas sim, mecanicista.

Porém, esse acompanhamento mecanicista a deixa confortável por se sentir cuidada em relação ao melhor desenvolvimento de seu bebê. Antônia parece tão acostumada aos procedimentos mecânicos que, sentiu a falha da equipe quando diz “... Só deram essa pisada na bola hoje... que não mediram nem antes do café... eles não vieram... pra saber quanto que tava...”. Neste recorte, Antônia demonstra certa insegurança, pois, o cuidado padrão a deixa mais segura em relação a sua saúde e a saúde de seu bebê.

7.2. O caso de Alessandra

A participante Alessandra demonstrou interesse em participar deste estudo logo no primeiro momento. Esta gestante já se encontrava internada há dois meses. Pareceu o tempo todo bem à vontade e entregue a nossa conversação.

No início de nosso processo dialógico, Alessandra se encontrava sem acompanhante. Na enfermaria havia apenas mais uma gestante. Alessandra demonstrava ar de cansaço, possivelmente, pelo peso e tamanho da barriga.

Alessandra relata que seu DM Gestacional foi diagnosticado já durante a internação, após um exame para verificar o andamento de um tumor cerebral. Ela conta o seguinte:

... Na verdade eu me internei pra fazer um exame na cabeça, porque eu já tive há 6 anos atrás um tumor no cérebro. Aí foi retirado esse tumor, e por causa do excesso de hormônio da gravidez, houve o risco dele voltar... Senti umas dores de cabeça, aí me internaram... Aí, quando me internaram, eles... eles fizeram o exame, né, e de vi... constataram que não tava com tumor... que não voltou. Essa dor de cabeça é por causa do tumor que foi retirado e o excesso de hormônio... então... Olha já vai fazer dois

meses... eu tava falando pras meninas que tem dois meses, mais ou menos... Quase dois meses que to aqui. Aí, eu entrei por... por, por um motivo de que eu ia fazer um só... somente um exame... acabei ficando porque minha glicose tava ficando alta, e eu já tive uma gravidez antes dessa, que fez um ano agora... dia sete de maio... que minha filha morreu. Ela nasceu e morreu. E não teve resposta pra morte dela. Eu tive muito líquido, e a... eu creio... eu não sei... eu acho... eu imagino que seja porque foi prematura também. Dessa eu to conseguindo segurar mais aqui no hospital...

Analisando esse primeiro trecho de nossa conversação, podemos perceber que Alessandra está envolvida a um processo estressante associado a sua saúde e a sua história de vida. Temos aí alguns pontos interessantes a serem levantados: tumor cerebral; morte da filha recém nascida no ano anterior; DM Gestacional na gestação atual; internação prolongada na gestação atual.

Aparentemente Alessandra ainda busca sentido a morte da filha, o que fica subentendido quando ela fala “Ela nasceu e morreu. E não teve resposta pra morte dela. Eu tive muito líquido, e a... eu creio... eu não sei... eu acho... eu imagino que seja porque foi prematura também.”. A medicina a deixou sem respostas e, ela ainda tenta entender o que aconteceu em virtude da gestação atual, que, sem saber ainda o que poderá acontecer, diz “Dessa eu to conseguindo segurar mais aqui no hospital...”. Seu histórico de saúde associado a morte da filha no ano anterior, a deixam num situação indefinida, onde ela constrói novo sentido subjetivo, tendo essa internação como um processo de promoção de uma certa tranquilidade, pois, segundo ela, a gestação está segura até o momento devido a internação prolongada.

Precisamos observar que a fala, como González Rey (2011) nos afirma, nunca integra o sentido subjetivo em sua complexidade, porém, como a construção desse processo se

organiza, o que é destacado e de que forma é elaborado, são elementos primordiais para a inteligibilidade de uma configuração subjetiva. Nesse trecho, Alessandra não precisa afirmar que está com medo, pois, ela já expressa esse sentimento atrelado a insegurança que demonstra ao olhar seu passado.

Essa nova internação, apesar do motivo inicial ter sido a averiguação do retorno do tumor cerebral, o qual não se confirmou por exames clínicos, acabou por lhe confirmar um novo processo, o DM Gestacional, onde Alessandra continua:

... a minha constatou mesmo com o exame do dedinho... que viu que minha glicose tava alta... Aí... eles começaram a controlar com insulina e... metiformina... e trocou a minha alimentação... Aí começou a controlar meu... meu... meu... meu líquido, né... Meu líquido não... no caso... a minha glicose... Tá estável... Só que o líquido continua a mesma coisa... Às vezes dá uma diminuída, às vezes dá uma subida... uma subidinha... E fiz aquela morfológica porque existe... diz que tem três razões... Só me lembro de duas... Uma das razões do... da... da... desse problema do líquido... ou é má formação, ou é... o... a diabete, que não tá sendo controlada... Existe uma outra que eu também não sei te dizer, que... meu médico me falou e eu não consegui nem... guardar... Mas eu sei que... a má formação foi descartado todas. A única coisa que minha bebê tem é um... é um pequeno... ai meu deus, como é que fala... um pequeno edema de couro cabeludo... bem pouquinho. Que diz que tem alguns bebês que nascem também com isso. Só que eles só constatam mesmo... qualquer má formação, porque eu fiz aquela morfológica que mostra se existe alguma má formação... eu fiz aquela eletro... do coraçãozinho do bebê, pra constatar se há também alguma... algum probleminha na circulação... ou não... Não encontraram nada... nenhuma má formação. Então não teve resposta em má formação do bebê, e também não teve resposta em

relação ao aumento do líquido com... é... a, a glicose, porque... porque a glicose tá sendo controlada, e o líquido continua... sabe? Muito! É, agora só ganhando pra saber a resposta. Os médicos falam, né... Tem crianças que... que acontece isso... e não nasce com nada, eles dizem... Mas às vezes um pequena má formação... uma valvulazinha pequena do coração tá... é coisas pequenas que dá pra causar isso...

Ela foi pega de surpresa, apesar da alteração glicêmica ser comum durante a gestação devido a associação com o aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e somatomamotrofina coriônica, na tentativa do corpo da gestante manter constante o suprimento de glicose para o feto. A glicemia alterada foi constatada devido aos exames clínicos habituais em gestantes. A confirmação do DM Gestacional a colocou de encontro a diversos novos exames com a finalidade de verificar como se encontravam naquele momento a saúde de seu bebê, tendo em vista a perda da filha sem motivo confirmado.

Na configuração subjetiva de Alessandra pode-se notar a sua preocupação em relação a saúde de seu bebê, porém, se mantém dependente das terminologias da equipe de saúde. A sua dor pela doença e suas preocupações em relação a saúde de seu bebê não parecem monopolizar suas emoções, porém, diante de sua verbalização, podemos observar o aparecimento de sentidos subjetivos diversos entre o controle glicêmico e o ter que esperar seu bebê nascer para entender o que está acontecendo com sua saúde.

Devido a sua internação prolongada, Alessandra demonstra, em sua fala, sentir à distância dos filhos e esposo, colocando o seguinte:

Ai... é complicado mesmo sair de casa... e ter que vir pro hospital... e passar dois meses assim... é muito difícil. Mas... assim... eu tento levar um dia... um dia atrás do outro. Tento viver o dia... e no final do dia... agradecer pelo dia... porque se a gente for

pensar... meu Deus... ainda falta tanto tempo... ainda falta tantos dias... a gente acaba se estressando demais né? E a gente já fica na gestação muito sensível... aí, você precisa da família... atenção... tudo... dos filhos perto de você... e você tá dentro de um hospital... é muito mais complicado... Tenho um filho de três anos e nove meses... Tenho uma filha de dezesseis anos... E tem o meu esposo, né? Aí... quer dizer, a gente abandona toda a casa... pra vir pra dentro do hospital... é muito complicado. A gente tem que tá com a cabeça muito boa mesmo pra poder fazer isso.

Seus afetos não estão apenas centrados nos motivos de sua hospitalização, ela está ligada a vida fora do hospital, sua família, expressando emoções fortes devido a saudade que sente por conta dessa separação abrupta sofrida por conta da internação. Alessandra demonstra compreender como sendo necessária a separação familiar neste momento de internação, mesmo sentindo falta dos filhos e esposo. Quando lhe pergunto sobre a visita da família, se tem visto os filhos, ela responde:

Tenho. Assim, é muito complicado porque o dia-a-dia é muito corrido... trabalho... meu filho fica na creche... minha filha estuda... mas assim que eles... sempre quando eles podem... eles tão vindo. Hoje mesmo veio minha mãe, que já tinha muito tempo que eu não via... que trabalha muito também. Pegou uma licença no trabalho pra vir. Aí... assim... essas coisas ajuda a gente, né? (...) minha mãe trabalha direto! Ela... pouco se... o tempo dela... pra vir aqui... né? E ela também ajuda muito a cuidar do meu filho... geralmente ela chega do trabalho... já corre... pega meu filho na creche. Aí... ela fica me ajudando nisso, sabe? Mas hoje ela pegou uma licença no trabalho pra vir mais cedo.

Nesse trecho, apesar do momento delicado para a sua saúde e a do bebê que espera, Alessandra consegue expressar suas emoções em relação a sua família. Ela sente a distância

familiar, porém se sente motivada com as visitas dos filhos, esposo e mãe, sempre que podem. Sua mãe tem um papel importante nesse momento. Seria ela sua mão direita enquanto está impossibilitada de cuidar e acompanhar seus filhos. Essa abertura as pessoas de sua família é um indicador de que o foco de sua vida não é se fazer vítima da situação atual.

Alessandra demonstra insegurança em ter que deixar seus filhos mais velhos e não poder ser a cuidadora deles enquanto está hospitalizada, porém, demonstra se sentir segura com a presença e auxílio da mãe no cuidado de seus filhos. A presença da mãe no ambiente hospitalar também é muito importante e lhe traz muita segurança. O sentimento de insegurança é muito forte em suas falas, principalmente quando fala da saúde do bebê que está gestando.

A minha preocupação era de... assim... tá acontecendo alguma coisa com o bebê né? Alguma... alguma má formação que a gente não conseguiu ver na ecografia... né?... e... aí... eu fui... assim... aí os médicos até... inclusive uma médica me questionou aqui... comentando... engraçado né? A diabetes gestacional faz o bebê crescer... e engordar demais... né? E a sua não. A sua já tá... assim... já tá no padrão... assim... sabe? Tá engordando... pouquinho... e ainda parou de ganhar peso um tempo... Aí... eu... assim... a gente... você sabe que esse negócio de diabete... a gente não tem resposta pra tudo, né? É só quando nasce mesmo.

É interessante como Alessandra consegue assimilar sua nova situação e se assumir nela. Ela compreende que o DM Gestacional pode prejudicar no desenvolvimento de seu bebê enquanto está sendo gestado. Apesar dos receios, ela compreende e enfrenta as dificuldades. Neste trecho, a médica parece tentar tranquiliza-la quando diz que, apesar do DM Gestacional, seu bebê está bem.

Novamente Alessandra coloca em questão o ambiente hospitalar, como segue em sua fala:

Nossa... Deus! Assim... eu... é... a gente começa a chorar... até com problema de casa mesmo... Que a gente fica sabendo por telefone... E aí chora... e aí lá vem a psicóloga... Fica horas conversando com a gente... A gente se alivia... assim... a gente desabafa... e daqui a pouco tá tudo muito bem... Aqui sempre acontece isso... Eu tenho uma coleguinha que tá chorando, e a gente chama a psicóloga correndo... Pra poder ajudar, né? Porque... é difícil... viu... a nossa gravidez... ainda no hospital! Hospital é um lugar muito difícil de conviver. Toda hora um caso de alguém morrendo... Você tá vendo pessoas com a mesma situação que você e acaba... falece... um filho falece e ela... esses dias mesmo... teve uma moça que faleceu aqui com um problema de pré-eclâmpsia... então a gente vê essas coisas acontecer e você fala assim “Meu Deus, isso pode acontecer comigo!”... Aí a gente fica... assim... meia chocada... Tem coisas assim... é bom você tá sendo traba... tá sendo tratada... você tá sendo acompanhada por uma equipe muito boa... preparada... mas... ao mesmo tempo... você tá com a companheira de quarto que pode ir pra uma mesa do centro cirúrgico e falecer. E uma pessoa que você já conhece... que já se apegou. Então isso acontece muito. Então, hospital é uma coisa... assim... muito difícil de a gente... tá lá dentro... tá vendo o que tá acontecendo. A gente acaba sofrendo junto, né? E... e... aí a gente fica muito sensível... aí ajuda... junta a sensibilidade da gravidez... aí é muito complicado a gente tá dentro de um hospital, né? Assim... por isso que... eu... eu tentei muito... falei aqui com o doutor “deixa eu ir pra casa, deixa eu ficar um pouco com meus filhos”... e ele “não, você tem que se acompanhada, você não pode sair daqui”... Eu “mas eu vou me sentir melhor em casa do que aqui, porque aqui a gente vê muito caso triste, a gente

tem que ter uma mente muito boa”... E ele “Não, mas tem uns psicólogos pra acompanhar você”... E eu “não, mas é muito ruim”...

Na configuração subjetiva de Alessandra pode-se perceber sua angústia em relação a hospitalização prolongada. As suas preocupações por conta do DM Gestacional, atreladas as vivências hospitalares a tencionam ainda mais em relação a sua saúde e a saúde de seu bebê que estar por vir. A presença do psicólogo hospitalar tem sido importante para a sua “sobrevivência” (grifo nosso) durante sua hospitalização, porém, as histórias parecem assustá-la um pouco. A tentativa de vivenciar o restante da gestação em casa, junto aos seus filhos, quando bloqueada pelo médico, foi mais uma frustração do que o entendimento e compreensão da importância da internação para o melhor acompanhamento da gestação.

As conversas reflexivas durante o contato com a psicóloga hospitalar lhe permitem continuar elaborando seus posicionamentos diante dos seus medos e angústias diante de tudo o que tem vivenciado desde o diagnóstico de DM Gestacional e a internação e separação da família.

7.3. O caso de Milena

A participante Milena demonstrou bastante resistência, necessitando de um trabalho de aproximação por meio de visitas num período de um mês até que ela declarasse seu interesse em participar deste estudo.

Diferentemente de Antônia e Alessandra, Milena foi internada logo no início do segundo trimestre da gestação devido as várias tentativas de aborto sem sucesso e o excesso

da ingestão de medicações sem prescrição médica e bebidas alcoólicas, como ela mesmo relata:

Bom... nem sei como... mas cheguei nas 37 semanas... não quis tá grávida... vou dar esse bebê depois dele nascer... tentei tirar um milhão de vezes... to estudando ainda... o pai do bebê nem sabe quem eu sou... só quis brincar de fazer sexo e eu caí na onda dele porque tava bêbada... vejo ele só de longe mas ele nem fala comigo... comeu e foi embora saca... gastei a maior grana pra tentar tirar o bebê... minha mãe quer me matar porque não quero ficar com o bebê... daí ela me trouxe pra cá quando eu tava com umas 17 ou 18 semanas... nem lembro mais... só lembro que a placenta começou a descolar... nem sei se é assim que fala... tive sangramento e... e daí ela me trouxe na emergência e inventou um monte de merda... disse pro médico que eu tava enchendo a cara todo dia e que ia acabar me matando porque ficava tomando remédio pra abortar... daí o médico me internou... e... tu sabe que a merda sempre tem como piorar né... passei mal um dia aqui... que até desmaiei... daí vieram me furar toda e viram que minha glicemia tava alta... esse bebê não ta me trazendo nada de bom... mas ele também não tem culpa... sei lá... é um saco tá aqui... perdi meu estágio... não posso sair com minhas amigas... elas nem vem aqui me visitar... nem sei da faculdade mais... fora que as grávidas aqui gostam de falar dos seus bebês e eu nem gosto de falar com elas porque elas ficam me criticando...

Segundo esse recorte da fala de Milena, podemos verificar o quanto esta gestação tem sido penosa. Para ela, a perda do estágio, e a distância das amigas, são consequências geradas por esta a gestação e, portanto, pelo DM Gestacional. Seu posicionamento diante da gestação, segundo sua fala, desde o início foi o de findar a gestação com tentativas de aborto frustradas. A mãe, segundo ela, é a mantenedora desta gestação. O diálogo das gestantes sobre a espera

de seus bebês a incomoda, porém, existe uma “confusão” (grifo nosso) de sentimentos em relação a esse bebê, quando ela diz “esse bebê não tá me trazendo nada de bom... mas ele também não tem culpa...”

Aparentemente, Milena demonstra estar satisfeita com sua internação em relação a distância familiar, como segue:

O único bom de tá aqui internada é poder ficar longe daquela família chata... agora tá todo mundo pagando de bonzinho... como se a minhas tentativas de aborto fossem as únicas da família... sei de muita gente que abortou na minha família... mas... deixa eles... tudo tem volta... aqui to livre deles... sinto falta da minha mãe... mas ela vem aqui só pra brigar comigo... ela quer o bebê... mas e eu? Será que ninguém vai pensar em mim? (...) Minha mãe me deixa com dúvidas... não quero esse bebê... mas se ela não me deixar dar pra adoção... vou ter que ficar com ele... pelo menos ela vem me ver... me dá carinho... atenção... mesmo me torrando o saco... mãe é mãe né... acho que não nasci pra ser mãe... sei lá... daqui a pouquinho ela chega... ela vem cuidar de mim...

Milena tem uma fala muito contraditória ao falar da mãe. A separação da família parece um grande alívio para ela, porém, a presença e participação da mãe neste processo de adoecimento, por mais que gere qualquer tipo de desconforto a Milena em relação a gestação em virtude das críticas, se faz muito importante e necessária, pois, Milena parece se sentir mais segura.

Milena tenta justificar suas tentativas de aborto em outras experiências já vivenciadas em sua família. Aparentemente, ela parece atribuir a causa de seus problemas às influências externas; neste caso, segundo ela, a família e a mãe seriam causadoras dos desconfortos

sofridos. Essa sensação de obrigação com a gravidez e o afastamento das coisas que gosta de fazer, podem ser indicadores de uma dificuldade para gerar emoções que mobilizem seu comportamento.

Em relação a vivência hospitalar diante dos procedimentos para o acompanhamento de seu DM Gestacional, Milena diz o seguinte

(...) eu to cansada de ficar aqui... todo dia me furam... todo dia tiro sangue... e esse lance de fazer dieta? Pô... to com uma vontade louca de tomar sorvete... ta quente pacas... mas não posso né... não posso... o bebê não deixa... essa gravidez não deixa... esse diabetes não deixa... e seu eu ficar diabética pro resto da vida? Eu sei que isso pode acontecer... estudo enfermagem... não quero ficar diabética... é um saco ficar presa aqui dentro desse hospital... um saco...

O mal-estar emocional que ela vem alimentando em relação a gravidez e, que por consequência, vem afetando sua saúde, definem uma configuração subjetiva na qual o medo de permanecer doente começa a aparecer. É interessante como ela se mantém passiva diante de seu adoecimento, culpando o bebê de seu adoecimento. Em nenhum momento, durante nossa conversação, ela faz alguma reflexão sobre o seu autocuidado em relação a sua saúde.

A dieta lhe aborrece, os procedimentos lhe incomodam, o bebê se torna o culpado; em síntese, Milena não consegue produzir sentidos subjetivos que rompam com essas barreiras que definem seu modo de vida atual, dando pouca atenção ao que poderia fazer em prol de si mesma.

Diante do tempo que ainda falta para o nascimento do bebê, ela responde:

De pensar que ainda faltam... no mínimo... umas 18 semanas... e... e que vou ter que ficar aqui... nossa... que sofrimento viu... ninguém merece ficar internada... pior que nem sei o que fazer mais... sabe... minha mãe quer tanto esse bebê... uma das mulheres internadas aqui... ela... ela perdeu o bebê esses dias... o bebê nasceu e morreu... tinha pensado em dar pra ela... mas... mas me dá um medo... é estranho... mas não quero pensar nisso agora... acho que já podemos parar né... já falei bastante...

Nesse trecho, podemos perceber o quanto Milena está confusa em suas emoções diante desta gestação. O tempo que ainda falta, a mãe que quer o neto, a mulher que perdeu o bebê, e ela que já nem sabe mais o que quer, e que estava cheia de certezas. Esse momento de hospitalização prolongada parece estar contribuindo para uma reflexão dos fatos. Reflexões essas ainda muito conturbadas diante de tantas dúvidas e culpas.

7.4. Conversando sobre os diálogos

Como já foi dito anteriormente, a gestação é permeada de mudanças físicas e psicológicas, que, somada ao aparecimento do DM Gestacional, pode ser algo ainda mais complexo, onde o cuidado com a gestante e a preocupação com a gestação é ainda maior. Lembrando que a resistência insulínica é algo que pode acontecer durante uma gestação, porém, as gestantes com o diagnóstico de DM Gestacional apresentam essa resistência de forma mais exacerbada.

Para conversarmos com esses três diálogos, julgo importante entendermos, primeiramente, o que são configurações subjetivas. Segundo González Rey (2011) a configuração se expressa num nível subjetivo indissolúvel, onde não podemos compreender com tentativas de dedução e/ou indução, pois são processos singulares. As configurações

subjetivas nos permite compreender a mobilidade dos processos simbólico-emocionais, os quais não aparecem de forma idêntica nos diferentes comportamentos das entrevistadas. Dessas experiências, podemos levantar hipóteses sobre os diversos sentidos subjetivos e configurações subjetivas presentes em cada uma das participantes. A forma como cada uma delas se posiciona pode ser uma unidade de diversos sentidos subjetivos que vão se expressando de formas diversas e até mesmo contraditórias nas falas e comportamentos que elas apresentam. “A configuração subjetiva auxilia a fazer uma representação viva e complexa de um sujeito psicológico que produz, posiciona-se e se prepara para o inesperado” (González Rey, 2011, p. 67).

É importante salientar que cada gestante produziu sentidos subjetivos diferentes umas das outras no decorrer do processo (desde o diagnóstico até o processo de internação). Segundo González Rey (2011), “o sentido subjetivo se define nas diferentes alternativas de expressão da pessoa, o que faz parte de sua capacidade para mobilizar o comportamento” (p. 68), e, ainda segundo González Rey (2011), “o transtorno psicológico é sempre uma configuração que integra, em nível subjetivo, um conjunto de experiências situadas em tempos e momentos diferentes que encontram sua unidade e seu sentido patogênico na produção atual de sentidos subjetivos dessa configuração subjetiva” (p. 73-74).

De acordo com a fala das gestantes, podemos observar que, assim como González Rey (2004) descreve, que a tensão psicológica negativa, pode ser considerada um fator psíquico que afete a saúde humana. Nos três casos, podemos observar vários fatores estressantes, que, de alguma forma, podem ter contribuído para o aparecimento de sintomas que caracterizassem o DM Gestacional.

Durante a gestação, segundo Maldonado (1997), o diagnóstico de uma enfermidade, como o DM Gestacional, implica em uma possível sensação de perda da gestação considerada

perfeita, além das complicações para o feto. Sendo assim, sintomas de ansiedade e depressão podem ser potencializados, especialmente em casos que necessitem de hospitalização prolongada.

O desejo de uma gestação e a concretização da mesma não estão diretamente ligados. É muito comum ouvir de uma gestante que sua gravidez não foi planejada e/ou desejada; o que não implica, necessariamente, que este bebê não seja querido, após a confirmação da gestação. No caso de Milena, nem a gestação foi planejada e desejada, como também, o bebê não é querido por ela. Isso lhe trouxe sentimentos ambivalentes sobre culpar ou não este bebê de todo o desconforto sofrido após a confirmação desta gestação. Alessandra deixa claro que não esperava uma nova gestação naquele momento, em virtude do óbito de seu bebê; porém, os sentimentos, são, notoriamente diferentes. Alessandra, ao contrário de Milena, fez uso do autocuidado a fim de preservar esta gestação para que não tivesse o mesmo fim da gestação anterior.

Pensando a separação destas gestantes de suas famílias, os autores Bezerra, Carvalho e Sobreira (2001) afirmam que “a adaptação da gestante à nova situação depende, em grande parte, da família. É muito importante que todos tentem colaborar, para tornar a vida da gestante mais fácil possível” (Bezerra, Carvalho & Sobreira, 2001, p. 101).

Segundo González Rey (2004) “a família é o grupo social no qual o homem expressa sua maior intimidade e espontaneidade, visto que, como grupo, ela dispõe de uma larga margem de liberdade para definir seu próprio sistema de normas, estilo de vida, etc.” (González Rey, 2004, p. 29).

Segundo Zanetti, Biagg, Santos, Péres e Teixeira (2008), a família que apoia um ou mais de seus membros durante o processo de adoecimento compreende as modificações

relacionadas àquela condição e melhor se adapta/ajusta às novas necessidades, garantindo o suporte necessário a este ente doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde.

Podemos observar o quanto a família pode ser um agente da construção da regressão da gestante. Pensemos aqui em regressão quando a gestante se torna passiva de seu processo de saúde. É interessante como a família pode desejar isso consciente ou inconscientemente com a intenção de que isso pode facilitar os cuidados básicos. Podemos observar isso no caso de Milena, onde a mãe toma a frente do processo e ela acaba se tornando pouco ou quase nada ativa diante da equipe de saúde. Essa passividade, segundo Camon (2004) pode contribuir para a cronicidade da gestante. No caso de Milena, podemos observar a regressão, onde ela, aparentemente, se torna dependente da equipe de saúde e das decisões da mãe, porém, seria um erro dizer que ela se tornou um sujeito passivo diante de todo o processo, pois, ela consegue elaborar seus posicionamentos, apesar da confusão emocional diante da gestação.

O acompanhamento, apoio e seguimento contínuo da gestante com DM Gestacional por uma equipe multiprofissional de saúde é de grande importância, pois, desta forma é possível prevenir e/ou protelar as complicações que podem ou não ser crônicas, de acordo com a evolução do DM Gestacional (Zanetti, Biagg, Santos, Péres & Teixeira, 2008). Por mais que alguns dos procedimentos sejam invasivos e gerem alguns desconfortos, se fazem, muitas vezes, necessários durante o período gestacional.

Sobre os procedimentos invasivos, tanto Antônia como Alessandra se mostraram dispostas a se adaptarem ao novo modelo de cuidado da gestação. Digo novo modelo porque, o modelo hospitalar seria diferente do cuidado que teriam em seus lares. Elas reconhecem a gravidade do DM Gestacional e se mostram interessadas em conhecer mais sobre a doença e compreendem as medidas protetivas e de acompanhamento da equipe de saúde.

Importante salientar aqui que nenhuma das três gestantes participantes deste estudo mencionaram qualquer comentário sobre a estrutura física das acomodações de suas enfermarias. Em uma das enfermarias, mal havia porta isolando a enfermaria do corredor do hospital. Em outra, não havia porta no banheiro e muito menos assento no vaso sanitário. A falta do assento no vaso sanitário poderia, inclusive, ter facilitado algum processo infeccioso, tendo em vista que gestantes urinam com uma frequência maior do que mulheres não grávidas, e, por conta do peso sob a bexiga, sentar para urinar seria o ideal. Também pudemos observar os colchões e lençóis rasgados, cadeiras para uso dos acompanhantes quebradas e camisolas em mal estado de conservação.

Estas gestantes também não mencionaram nada a respeito do grande revezamento médico, onde acabam por não criar vínculo com um único ginecologista obstetra. Ali, pudemos perceber que tudo corre de acordo com os plantonistas, cada um com uma linguagem e um “padrão” de acompanhamento. O que parecia importar a elas, de acordo com os processos dialógicos aqui estabelecidos, seriam apenas os procedimentos mecanicistas da medicina: verificar a pressão, batimentos cardíacos do feto, glicemia, exames laboratoriais e ultrassonografias, além da curvatura da altura uterina. O vínculo médico X paciente que gera um processo de confiança no acompanhamento gestacional, não apareceram em suas falas.

CAPÍTULO 8

Considerações Finais

Para iniciar minhas conclusões a partir deste estudo, vejo importante colocar que em um ambiente de pesquisa não se trabalha apenas com o sujeito ou sujeitos pesquisados, mas com um “mix” das vivências desse ou desses sujeitos com as vivências do pesquisador. A pesquisa também é um ambiente de troca. O jogo de cena sobre o qual produzimos as impressões sobre nós mesmos é esperado e recebido pelo outro para a construção da sua impressão sobre nós. Tradições e posições sociais também conduzem a condutas textualizadas.

Este estudo teve como finalidade principal, o entendimento de como gestantes com o diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Gestacional, hospitalizadas no alto risco de um hospital da rede pública de Brasília, Distrito Federal, enfrentam esta doença desde o impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional.

Analisando os três diálogos, pudemos constatar que a intensidade das emoções, os receios e temores experienciados por estas gestantes são diferentes e revelam a necessidade de uma abordagem psicológica além da abordagem biológica que já é feita durante o acompanhamento pré-natal. Toda a história de vida destas gestantes, o contexto em que vivem, a forma como receberam o diagnóstico de DM Gestacional, a participação das famílias e amigos, o afastamento das atividades do dia-a-dia, tudo, contribuiu, de alguma forma, na construção dos sentidos subjetivos para o atual momento.

Por meio das falas das gestantes, podemos perceber que os sinais e sintomas do DM Gestacional referidos por elas não foram relevantes, o que se torna preocupante, pois, sabemos que a grande maioria das gestantes com DM Gestacional só são identificadas quando

esses sinais e sintomas são aparentes e facilmente diagnosticados. Nas três gestantes aqui estudadas, o DM Gestacional foi diagnosticado em exames de rotina antes da internação, como no caso de Antônia, e, durante a internação, como nos casos de Alessandra e Milena.

Além disso, é possível compreender e descrever como a maternidade atravessa os processos de subjetivação dessas mães, explicitando os enunciados que constituem a maternidade hoje. O entendimento dos processos de subjetivação dessas mulheres não acontece mergulhado somente nas suas histórias individuais, como se ali estivesse a razão ou o sentido último para as suas falas, mas na articulação dessa trajetória com o contexto histórico mais amplo.

Sobre a internação prolongada e analisando as três gestantes deste estudo, pude observar que existe uma falha no acompanhamento pré-natal da rede pública do Distrito Federal. A culpa não seria apenas da rede pública de saúde, mas de todo o contexto: gestante, equipe de saúde, Estado, etc. Um pré-natal atuante, regular e com a participação efetiva da equipe de saúde contando com a colaboração da gestante, pode, eventualmente, dispensar uma possível internação. A gestação, por si só, deixa o sistema imunológico da gestante debilitado, ou seja, a gestante exposta a um ambiente permeado de bactérias, vírus e tantos outros processos de contaminação, facilmente poderia ter uma infecção, por exemplo. E, levando em consideração que a gestação é diabetogênica, ou seja, qualquer gestante pode vir a desenvolver um DM Gestacional no decorrer da gestação, o ideal seria que, durante o pré-natal, as gestantes fossem orientadas desde o início a conseguirem um controle glicêmico para evitar complicações futuras.

Se pensarmos em todos os gastos que uma internação traz ao Estado, podemos concluir o quanto o processo de prevenção e promoção em saúde são importantes durante o

pré-natal. Um pré-natal bem feito pode evitar diversas complicações para a gestante e seu bebê, e, por consequência, diminui os gastos do Estado.

Este estudo nos faz refletir um pouco mais sobre a vulnerabilidade da saúde da gestante diante de um diagnóstico como o de DM Gestacional. As construções subjetivas elaboradas por estas gestantes não podem ser generalizadas e, muito menos, consideradas como verdade absoluta para todas as gestantes com o mesmo diagnóstico. É importante que se prevaleça a individualidade e a subjetividade de cada diálogo.

Concluo aqui que a psicologia continua em constante evolução, e, este estudo é mais uma prova disso. É fato que, possivelmente, nunca conseguimos compreender a fundo a relação da gestante com o diagnóstico de DM Gestacional e o processo de internação e tudo mais que possa envolver essa relação, enquanto unidade psicológica, o que nos remete a González Rey (2010) que diz que, desta forma, a pesquisa nunca se esgota nos mostrando sempre várias novos questionamentos que nos levarão a outros vários novos questionamentos, e assim por diante.

Por fim, este trabalho foi apresentado durante a *VI Convención Intercontinental de Psicología*, realizada em Havana, Cuba, em dezembro de 2013, onde pude trocar várias experiências a respeito deste assunto com psicólogos da área de saúde de outros países.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Accioly, Saunders & Lacerda (2010). *Nutrição em obstetrícia e Pediatria*. 2 Ed – reimpressão revisada e atualizada – Cultura Médica – Rio de Janeiro.
- Almeida, A. B. & Lacerda, D. A. L. (2012). *Extensão universitária na formação de um grupo de gestantes*. Rev. Ciênc. Ext. v.8, n.1, p.152-160.
- Alves, V. S. *Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. (, n. 16, p. 39-52, set 2004/fev 2005.
- Arrais, A. R. (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da UnB. Brasília.
- Arrais, A. R. (2005). *O mito da mãe exclusiva e seus impactos na depressão pós-parto: Para além da padronização patologizante*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (2), 269-276.
- Bertini-Oliveira, A. M., Camano, L. & Delascio, D. (1984). *Diabetes e gravidez*. São Paulo: Sarvier.
- Bezerra, M. G. A., Carvalho, F. A. M., Sobreira, T. T. (2001). *Sentimentos as gestantes diabéticas*. Rev. RENE. Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 97-102, jul/dez.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2006). *Cadernos de Atenção Básica nº 6 Série A*. Brasília, DF: Normas e Manuais Técnicos.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2010). *Caderno Humaniza SUS – Volume 1: formação e intervenção*. Brasília, DF.

BRASIL, Ministério da Saúde (2004). *Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF.

Camon, V. A. A. (2002). *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2004). *Psicossomática e a psicologia da Dor*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Czeresnia, D. (2003). *Esse texto é uma versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.*

Davies, A., Blakeley, A. G. H. & Kidd, C. (2002). *Fisiologia Humana*. Porto Alegre: Artmed.

Debray, R. (1995). *O Equilíbrio Psicossomático e um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dias, A. C. G. & Lopes, R. C. S. (2003). *Representações de maternidade de mães jovens e suas mães*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, num. esp., p. 63-73.

Dias, Am. S., Silva, R. A., Souza, L. D. M., Lima, R. C., Pinheiro, R. T., Moraes, I. G. S. (2008). *Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(12): 2787-2797, dez.

- Dode, M. A. S. O. & Santos, I. S. (2009). *Validade do auto-relato de diabetes mellitus gestacional no pós-parto imediato*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2): 251-258, fev.
- Duarte, S. J. H. & Andrade, S. M. O. (2008). *O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de campo Grande, Brasil*. Saúde Soc., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139.
- Gil, G. P., Haddad, M. C. L., Guarinete, M. H. D. M. (2008). *Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público*. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 29, n. 2, 141-154.
- Gobbi, M. D., Câmara, S. G., Carlotto, M. S., Nakamura, A. P. (2004). *Intervenções psicossociais na comunidade de Canoas: Uma proposta do curso de psicologia da ULBRA*. Aletheia 19, jan-jun, Canoas, p. 89-98.
- González Rey, F. (1997). *Psicologia e saúde: desafios atuais*. Psicologia: reflexão e crítica, v. 10 n. 2, Porto Alegre.
- _____. (1998). *Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social*. Psicologia & Sociedade, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 32-52.
- _____. (2004a). *Personalidade Saúde e Modo de Vida*. São Paulo: Thompson.
- _____. (2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thompson.
- _____. (2005b). *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

- _____. (2006). *As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer*. São Paulo: Psicologia, Teoria e Prática.
- _____. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.
- _____. (2011). *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). *Tratado de Fisiologia Médica*. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier.
- Ismael, S. M. C. (2005). *Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar*. Coleção Especializada em Psicologia Hospitalar v. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ismael, S. M. C., Santos, J. X. A. (2013). *Psicologia Hospitalar: Sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Lafaurie, M. M., Castañeda, K. V., Castroa, D. M. Laverde, S. M., Balanguera, L. Y., López, C. M., Martínez, E. G., Martínez, Y. P., Parra, C. A., Ramírez, N. (2011). *Vivências de gestantes com embarazo de alto riesgo*. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6, Año 6, Págs. 15-28.
- 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 Enfermagem, Porto Alegre, RS, set; 29(3): 374-381.

- Lerário, A. C., Chamane, D. A. F., Mari, J. J., Mendonça, J. S. & Levi, G. C. (2006). *Diagnóstico e Tratamento*. Volume 2. 1ª edição brasileira. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Melo, K. F. S. (2007). *Gravidez menos doce e mais tranquila*. Serviço de endocrinologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, 509-510.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª Ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Miranda, P. A. C. & Reis, R. (2008). *Diabetes Mellitus Gestacional*. Diretrizes em foco. Rev Associação Médica Brasileira 2008; 54(6): 471-86.
- Moreira, L. E. & Nardi, H. C. *Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo o(s) modo(s) de ser mãe*. Fazendo Gênero 8. Corpo, Violência e Poder. Maternidade; Enunciado; Modos de Subjetivação ST 58. Feminino e maternidade: diálogos (im)pertinentes. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.
- Mori, V. (2007). *Projeto de qualificação de doutorado (em minel)*. São Paulo. PUCAMP.
- Moura, S. M. S. R. & Araújo, M. F. *A maternidade na história e a história dos cuidados maternos*. Psicologia, Ciência e Profissão, 2004, 24(1), 44-55.
- Nascimento, C. A. & Radomile, M. E. S. *Gravidez de risco: risco da hospitalização*. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Ago 2006- Jan 2007, Ano 2, n.4.

- Nogueira, A. I. Diabetes Mellitus e Gravidez. In Amaral, C. F. S., Pedroso, E. R. P., Fonseca, J. G. M., Rocha, M. O. C., Couto, R. C., Leal, S. S., Braga, W. R. C. (2001). *Enciclopédia da Saúde – diabetes Mellitus*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.
- Oliveira, M. A. M. (2012). *Gravidez tardia: Bem-estar subjetivo e percepção da gestação*. Dissertação de mestrado. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Pelicione, M. C. F. A educação e a promoção da saúde da mulher e da criança. In Spallicci, M. D. B, Costa, M. T. Z., Malleiro, M. M. (2002). *Gravidez & Nascimento vol. 43*. São Paulo: Ed. Edusp.
- Piccinnini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., Lopes, R. S. *Gestante e a construção da maternidade*. Psicologia em estudo. Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan/mar. 2008.
- Pinho, L. M. O. & Ribeiro, D. F. B. *Diabetes da Gestação: nove meses de uma doçura amarga*. Estudos: Revista da Universidade Católica de Goiás. v.28, n.6, 1199-1210. nov./dez. 2001.
- Quevedo, M. P., Lopes, C. M. C. & Lefèvre, F. *Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco*. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. 2006;16(1):12-21
- _____. (2010). *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. São Paulo.
- Setian, N., Damiani, D. & Dichtchekenian, V. (1995). *Diabetes Mellitus na criança e no adolescente – Encarnado o desafio*. São Paulo: Ed. Savier.

Sícoli, J. L. & Nascimento, P. R. *Promoção em saúde: concepções, princípios e operacionalização*. Health promotion: concepto, principles and practice. Interface - Comunic, Saúde, Educ., v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

Silva, L., Santos, R. C. & Parada, C. M. G. L. *Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas*. Revista Latino-am Enfermagem 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

Vieira, M. S. M. (2005). *A assistência pré-natal prestada a gestante em serviços de saúde de Florianópolis – SC: Buscando a qualidade com foco na normatização preconizada nas necessidades das mulheres*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Zagury, L. & Zagury, T. (2006). *Diabetes sem medo*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Best Seller.

Zanetti, M. L., Biagg, M. V., Santos, M. A., Pérez, D. S., Teixeira, C. R. S. (2008). *O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família*. Ver. Bras. Enferm., Brasília, mar/abr: 61(2): 186-192.

Anexos

Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROJETO	IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL
PESQUISADORA	MARIANA DA SILVA PEREIRA REIS

TERMO DE ESCLARECIMENTO	<p>Eu Mariana da Silva Pereira Reis, Psicóloga mestranda em Psicologia e Saúde pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, tendo como orientador o professor doutor em psicologia pela Universidade de Brasília - UnB Sérgio Henrique de Souza Alves, estou realizando uma pesquisa na área de Psicologia e Saúde, cujo título é “IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL”. O objetivo desse trabalho será investigar como gestantes de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, com acompanhamento pré-natal no Hospital regional da Asa Sul, enfrentam esta doença desde o impacto do diagnóstico até o seu reflexo no autocuidado, na qualidade de vida e no emocional, por meio de atividades em grupo e, caso haja interesse das participantes, entrevistas abertas de caráter individuais, proporcionando assim, um melhor conhecimento sobre o Diabetes Gestacional. Os avanços na área da saúde ocorrem através de trabalhos como este, por isso a sua participação é importante. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.</p> <p>Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade e em casos de danos não previstos cabe indenização nas formas previstas na lei. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado por uma letra. Durante a pesquisa caso ache necessário poderá recorrer a um dos pesquisadores para retirar quaisquer dúvidas.</p>
TERMO DE CONSENTIMENTO	<p>Eu, _____,</p> <p>li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.</p> <p>Eu concordo em participar do estudo e permito a publicação dos dados obtidos, com a garantia do sigilo e privacidade no uso dos mesmos.</p> <p style="text-align: right;">Brasília, _____ de _____ de _____.</p> <p>NOME _____</p> <p>RG _____</p>

Modelo do Termo de Concordância

Aos diretores **Roselle Bugarin Steenfouwer e João Rocha Vilela** do **Hospital Regional da Asa Sul - HRAS** do da **Unidade de Ginecologia e Obstetria** está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa **IMPACTO SUBJETIVO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL**, de responsabilidade do pesquisador **Sérgio Henrique de Souza Alves**, para **dissertação de mestrado em Psicologia e Saúde da orientanda Mariana da Silva Pereira Reis**, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve **realização de dinâmicas de grupo e entrevistas individuais com gestantes de alto risco com o diagnóstico de Diabetes Gestacional**. Tem duração de **1 ano**, com previsão de início para **junho/2012**.

Brasília, _____ / _____ / 2012

Diretor responsável do Hospital: _____
Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade Clínica: _____
Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____
Assinatura