

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**GESTANTES PORTADORAS DE DIABETE:
características e vivências durante a gestação**

Virgínia Leismann Moretto

Porto Alegre, outubro de 2001

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO
NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

M 845g Moretto, Virgínia Leismann

Gestantes diabéticas : características e vivências durante a gestação / Virgínia Leismann Moretto ; Orientação de Liana Lautert. – Porto Alegre, 2001.

119 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Gestantes diabéticas. – 2. Gravidez: Diabetes. – I. Título.

CDD 610.7365

**Bibliotecária responsável Lucia V. Machado Nunes
CRB 10/193**

Virgínia Leismann Moretto

**GESTANTES PORTADORAS DE DIABETE:
características e vivências durante a gestação**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Liana Lautert

Porto Alegre, outubro de 2001

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Liana Lautert(Orientadora)

Profª Drª Janine Schirmer

Profª Drª Dulce Maria Nunes

Profª Drª Clarice Maria Dall'Agnol

Profª Drª Ana Lúcia Lourenzi Bonilha

*Dedico esta dissertação aos meus filhos, **Renata e Arthur**, razões de minha vida. Muito tempo dividi com eles para concretizar este objetivo.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Liana Lautert, pelo incentivo constante, apoio e dedicação em todos os momentos deste caminho.

À minha mãe, Imelda, que esteve presente em vários momentos desta, e outras jornadas da minha vida dando seu apoio para minha família e, sempre acreditou que o estudo é o único caminho para alcançarmos a igualdade social.

Ao meu marido, Vitor Hugo, por mais esta empreitada que conseguimos ultrapassar juntos, uma gestação, um puerpério, mudanças profissionais de ambos, e este mestrado.

As bolsistas voluntárias desta pesquisa, Alessandra Abreu, que passou muitas horas auxiliando e trabalhando em todas etapas deste trabalho e Raquel Bauer .

À minha colega Líliam que sempre está presente em momentos importantes da minha vida.

À minha colega Anne Marie que gentilmente fez a tradução do resumo para o inglês.

Às minhas colegas de disciplina do Cuidado à mulher, pelo incentivo naqueles momentos difíceis em que compartilhei com vocês.

À Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial à Direção e à Comissão de Pós Graduação, que se empenham em continuar a garantir este Curso.

A bibliotecária Leonora Bernd Geiss pela revisão da bibliografia e padrões e normas da ABNT.

Agradeço, em especial, às gestantes diabéticas que participaram desta pesquisa, empenhando-se em seus depoimentos.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	8
RESUMO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Objetivos.....	16
2 REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA.....	17
2.1 Diabete Melito.....	17
2.1.1 O metabolismo nas gestantes portadoras de diabete melito.....	19
2.1.2 Fatores de risco do diabete melito na gestação.....	21
2.1.3 Diagnóstico, tratamento e cuidado das gestantes diabéticas.....	22
2.2 A enfermeira na equipe de atendimento à gestante diabética.....	27
3 METODOLOGIA.....	32
3.1 Cenário do hospital.....	33
3.2 A coleta de dados em prontuários.....	36
3.3 O Grupo Focal como técnica para coleta de dados.....	37
3.4 A análise dos materiais.....	42
3.4.1 Análise dos registros dos prontuários.....	42
3.4.2 Análise dos materiais das sessões do Grupo Focal.....	42
3.5 Considerações éticas.....	43
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	44
4.1 Características das gestantes diabéticas atendidas no hospital.	44
4.2 Apresentação das discussões do Grupo Focal.....	66
4.2.1 Caracterização das gestantes diabéticas que participaram do Grupo Focal.....	66
4.2.2 Temáticas do Grupo Focal.....	67
4.2.3 Síntese do Grupo Focal.....	90
4.3 A convergência dos achados.....	91

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
6	RECOMENDAÇÕES.....	98
	ABSTRACT.....	100
	RESUMEN.....	102
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
	ANEXOS.....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da idade da gestante, segundo o diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	45
Tabela 2 – Distribuição do estado conjugal das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	46
Tabela 3 – Distribuição da procedência das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	47
Tabela 4 – Distribuição do grau de instrução das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	48
Tabela 5 – Distribuição das gestantes portadoras de diabetes segundo o diagnóstico materno de diabetes e idade gestacional, na primeira consulta de pré-natal. Porto Alegre, RS – 2001.	49
Tabela 6 – Distribuição das gestantes portadoras de diabetes, segundo sua história obstétrica Porto Alegre, RS – 2001.	51
Tabela 7 - Distribuição do tipo de parto relacionado ao diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	53
Tabela 8 – Distribuição do peso do recém-nascido das gestantes portadoras de diabetes segundo o diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	54
Tabela 9 – Distribuição dos apgares dos recém-nascidos das gestantes portadoras de diabetes, em relação ao diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	56
Tabela 10 – Distribuição da idade gestacional em que ocorreu o parto das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	57
Tabela 11 – Distribuições das coletas do perfil glicêmico das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	58
Tabela 12 – Distribuições das coletas do perfil glicêmico de jejum das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	60
Tabela 13 – Distribuições das coletas do perfil glicêmico pós-prandial das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	61
Tabela 14 – Distribuição do uso de insulina por gestantes, segundo o tipo de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	62
Tabela 15 – Distribuição do número de internações hospitalares das gestantes portadoras de diabetes segundo o tipo de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.	63
Tabela 16 – Distribuição da frequência das gestantes portadoras de diabetes às consultas com a equipe de saúde. Porto Alegre, RS – 2001.	64

RESUMO

Estudo de caráter exploratório e descritivo, que tem como objetivos descrever as características das gestantes portadoras de diabetes melito atendidas em um hospital universitário de referência para atendimento de gestantes de alto risco e conhecer como essas mulheres vivenciam o tratamento e cuidado do diabetes na gestação. O caminho metodológico escolhido envolveu duas etapas: levantamento de dados de prontuários para descrever as características das gestantes diabéticas atendidas no hospital e o desenvolvimento de Grupo Focal para conhecer como as mulheres vivenciam o tratamento e cuidado do diabetes melito na gestação. Nesta pesquisa, estão apresentados os dados de identificação das gestantes atendidas no hospital, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2001, as condições em que ocorreu o parto, as condições do bebê e os valores do perfil glicêmico durante a gestação. Nas discussões do Grupo Focal as gestantes relataram o medo que estavam vivenciando durante toda a gestação em relação à saúde do bebê e em relação ao seu futuro. Questionam também a sistemática de atendimento das gestantes diabéticas, no que se refere ao tempo que necessitam dispor para o tratamento, o qual acarreta o afastamento da família e da atividade profissional.

Observa-se uma forte convergência entre os dados coletados nos prontuários e os temas abordados nas discussões do Grupo Focal, os quais se complementam. Os resultados desta pesquisa permitem conhecer as principais preocupações das gestantes diabéticas, ao mesmo tempo que apresentam informações sobre o desfecho das gestações das mulheres diabéticas que

realizam seu pré-natal no hospital. Este conhecimento proporciona subsídios importantes para a equipe de saúde que atende esse grupo de gestantes, trazendo segurança para a atuação da equipe e, conseqüentemente, para as gestantes.

1 INTRODUÇÃO

A gestação, quando desejada, é um momento ímpar na vida de uma mulher e geralmente traz muita felicidade e emoção. Porém, nem todas as gestações são cercadas desta felicidade. Existem aquelas consideradas de alto risco, que muitas vezes geram apreensão e medo nas mulheres, devido aos danos irreversíveis que podem causar à mãe e ao bebê. Um dos tipos de gestação considerada de alto risco é aquela em que a mulher apresenta diabetes melito (DM). Segundo a experiência de Schirmer (1995), as mulheres que desenvolvem diabetes na gravidez sofrem um impacto emocional importante, ocorrendo um aumento do nível de estresse, ansiedade e medo e levando essas gestantes a mostrarem-se cansadas, desconfiadas e, muitas vezes, arredias ao tratamento.

O diabetes melito é uma patologia que causa muita preocupação para as gestantes, assim como para suas famílias, principalmente quando são conhecidas as conseqüências da doença na gestação, pois está associada a altos índices de morbimortalidade perinatal, principalmente macrossomias e malformações fetais. Além disso, o tratamento do diabetes na gravidez é um momento difícil para a mulher, pois modifica seus hábitos e costumes e, sobretudo, afeta diretamente a vida familiar, profissional e emocional da gestante, o que torna extremamente importante a atenção a essa clientela por

parte de profissionais empenhados em trabalhar nessa área específica, principalmente no que se refere ao cuidado e à educação em saúde.

A necessidade de atenção especial à gestante com diabetes melito justifica-se, ainda, quando se verifica que dois a cinco por cento das gestantes brasileiras desenvolvem diabetes melito gestacional (DMG), segundo dados apresentados por Kruse e Abeche (1992), índices semelhantes aos americanos, que variam em torno de 4% (American Diabetes Association-ADA, 1999).

Apesar da alta incidência do problema, a ênfase governamental direcionada aos programas de atenção a essa clientela ainda é pequena, assim como os estudos na área da enfermagem que abordam o cuidado à gestante portadora de diabetes melito. Da mesma forma, nota-se que o cuidado de enfermagem a essas mulheres é padronizado, reproduzindo modelos de assistência propostos por esferas governamentais e entidades estrangeiras, que algumas vezes não são compatíveis com a nossa realidade, contribuindo para a falta de êxito da assistência prestada.

Assim, os programas de acompanhamento dessas gestantes, muitas vezes, ficam limitados ao atendimento médico centrado apenas no controle metabólico do diabetes, o que leva à experiência de uma gestação acompanhada por ansiedades e inseguranças, decorrentes da falta de atenção específica de um profissional que deveria orientar a mulher sobre os demais cuidados com sua saúde e a do bebê, o parto e seu futuro após o parto.

Nesse sentido, destaco minha experiência, ao atuar durante quatorze anos como enfermeira obstétrica em um hospital universitário de referência

para o atendimento de gestantes de alto risco, no qual atendia gestantes com diabetes durante a internação hospitalar. Nessa época, o número de internações desse tipo de clientela era muito elevado, e praticamente todas gestantes diabéticas permaneciam internadas durante certo período para aprendizado dos cuidados necessários para a boa condução do diabetes durante a gravidez, pois não havia um programa específico de atendimento a esta grávidas. Em função disso, tomei a iniciativa de orientar as gestantes internadas para o autocuidado, visando a alta hospitalar.

Concomitantemente, alguns profissionais interessados na área realizavam estudos e trabalhos com as gestantes diabéticas, mas de forma independente. Tentando agregar as atividades desses diversos profissionais de saúde, iniciou-se um trabalho de equipe e, aos poucos, evidenciou-se, na prática, a diminuição do número de internações hospitalares e os bons resultados dos partos das gestantes atendidas.

Com a equipe estruturada para atender especificamente gestantes diabéticas, o número de pacientes encaminhadas ao hospital aumentou. Em função disso, passei a atender as gestantes no ambulatório, tanto em consultas individuais como em grupos, integrada à equipe de atenção à gestante diabética. A equipe era formada por uma médica obstetra, uma endocrinologista, uma enfermeira e uma nutricionista. No entanto, cada profissional trabalhava com objetivos específicos. As duas médicas atendiam as consultas no ambulatório, a nutricionista acompanhava e adaptava a dieta das pacientes, e eu, a enfermeira, era responsável pela educação da gestante em relação à doença e ao autocuidado. Os quatro profissionais atendiam as

pacientes no mesmo dia, mesmo horário e na mesma área do ambulatório de ginecologia e obstetrícia, facilitando a comunicação entre a equipe e o atendimento à clientela.

Porém, com minha saída do hospital no ano de 1998, não houve reposição de outra enfermeira obstétrica para a vaga. Foram deslocadas enfermeiras de outros programas para atender apenas as gestantes encaminhadas pelas médicas e que necessitassem orientações sobre autocuidado e o uso de insulina.

Com isto, muitas gestantes diabéticas passaram a ser atendidas apenas pela equipe médica, deixando de receber orientações específicas sobre sua saúde, a gestação e o diabetes.

Com essa sistemática, observa-se um hiato entre o atendimento prestado à gestante e o posterior acompanhamento pós-parto, uma vez que muitas mulheres, após darem à luz, não procuram por assistência à saúde, voltando para o atendimento somente em situações de doença ou nova gestação. Assim, sem o cuidado com sua saúde, a mulher fica exposta a riscos, muitas vezes passíveis de prevenção, por absoluta falta de orientação.

Por outro lado, a falta de informações específicas sobre o perfil da clientela atendida nos diferentes serviços de saúde dificulta a possibilidade de traçarem-se programas específicos, bem como de atender-se as demandas desse grupo. Por isso, urge a discussão sobre a temática que se examina nesta dissertação, a fim de que se possa prestar assistência de qualidade, direcionada a essas mulheres, considerando o potencial de morbidade da doença tanto para a gestante como para o bebê.

Frente a isso, optei por realizar este estudo, visando responder algumas questões, quais sejam: quem são as gestantes com diabetes melito atendidas no ambulatório de um hospital universitário de referência para alto risco? Como a mulher vivencia o tratamento e o cuidado do diabetes melito durante a gestação?

1.1 Objetivos

Descrever as características das gestantes portadoras de diabetes melito atendidas em um hospital universitário de referência para atendimento de gestantes de alto risco quanto a sua identificação, condições do parto e do bebê e perfil glicêmico durante a gestação.

Conhecer como as mulheres vivenciam o tratamento e cuidado do diabetes melito na gestação.

2 REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

2.1 Diabete melito

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), no Brasil, 7,6% da população está com diabete melito, sendo que Porto Alegre é a segunda capital em prevalência da doença, com 8,89% (SBD,2000b). Este mesmo relatório aponta, ainda, que o diabete é a sexta maior causa de internação hospitalar e contribui de forma significativa para internações de indivíduos com outros problemas de saúde como hipertensão, cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais, uma vez que desencadeia problemas circulatórios, além de metabólicos. O diabete é a principal causa de amputações de membros inferiores e a maior causa de cegueira adquirida; também o responsável por cerca de 26% dos pacientes que ingressam nos programas de diálise e cerca de 30% dos casos de internação com dor pré-cordial nas unidades coronarianas.

A Sociedade Brasileira de Diabetes considera o diabete melito (DM) uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos no organismo. Caracteriza-se por um quadro de hiperglicemia crônica, acarretando distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas (SBD, 2000a).

Considerando que o diabetes melito tem etiologia múltipla, a SBD elaborou uma classificação que permite identificá-lo segundo sua etiologia. Os critérios dessa classificação foram revisados no ano de 2000 e divulgados com o teor apresentado a seguir .

Segundo a SBD (2000a), o diabetes melito tipo 1 caracteriza-se pela destruição das células betas pancreáticas e, em consequência disto, ocorre a deficiência total de insulina. O diabetes melito tipo 2 caracteriza-se por graus variados de resistência à insulina e deficiência relativa da secreção de insulina pelo pâncreas.

Outros tipos de diabetes melito são aqueles decorrentes de defeitos genéticos associados a outras doenças ou ao uso de fármacos diabetogênicos. É nessa classificação que se encontra o diabetes melito gestacional (DMG) que, segundo esses mesmos critérios, caracteriza-se pela diminuição da tolerância à glicose, em magnitude variável, diagnosticado pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após a gestação (SBD, 2000a).

O Ministério da Saúde (Brasil,2000) adota a classificação proposta pela SBD e apresenta uma classificação específica para o diabetes na gestação, classificando-o como pré-gestacional, quando se trata de diabetes do tipo 1 ou tipo 2, e diabetes gestacional.

2.1.1 O metabolismo nas gestantes portadoras de diabetes melito

A gestação, por si só, é considerada uma situação diabetogênica para a mulher, pois os hormônios produzidos pela placenta tanto interferem na produção de insulina quanto modificam a utilização da glicose materna.

No primeiro trimestre de gestação, a mulher sofre períodos de hipoglicemia devido a níveis crescentes de estrógeno e progesterona. Esses dois hormônios provocam hiperplasia das células beta pancreáticas e, com isso, o aumento da produção de insulina e, conseqüentemente, diminuição da glicose circulante.

No segundo trimestre, os níveis de lactogênio placentário humano aumentam, modificando a utilização materna da glicose, determinando a chamada resistência à insulina (Landon e Gabbe, 1993). Também outros hormônios estão relacionados a tal resistência, tais como a progesterona, o cortisol e a prolactina, acarretando a hiperglicemia materna (Kuhl,2000; Rocha e Reichelt,1997). A resistência tecidual à insulina aumentada vem a ser o DMG.

Além da produção de hormônios associados à gravidez, a placenta tem a função de nutrir o feto. O transporte de glicose para o feto, através da placenta, ocorre por difusão facilitada, logo, o crescimento fetal é diretamente proporcional aos níveis de glicose materna (Landon e Gabbe,1993). A hiperglicemia fetal pode, por sua vez, estimular o pâncreas do feto a produzir insulina, em resposta ao aumento de glicose. Esse fato, denominado de hiperinsulinismo, pode acarretar hipoglicemia fetal. O hiperinsulinismo fetal é

citado por Rocha e Reichelt (1997) como responsável pelo retardo de produção de surfactante pulmonar e pela hipóxia fetal crônica, o que explica as imaturidades pulmonares dos bebês e mortes fetais repentinas.

O DMG também é considerado como fator de risco para as mulheres desenvolverem DM em um futuro próximo (SBD, 2000a), assim como a mulher pode repetir um DMG em outras gestações (Kühl, 2000 ; ADA, 1999).

Rotondo e Coustan (1996), citando o trabalho de Sullivan¹, mencionam que de 35% a 50% das mulheres que apresentaram DMG na gestação desenvolverão a doença nos próximos quinze anos subsequentes à gestação.

Schirmer (1989) considera o binômio diabete e gravidez um problema que está longe de ser restrito à gravidez, porque a mulher que desenvolveu o DMG pode tornar-se uma diabética clínica, e seus filhos podem sofrer as conseqüências no futuro. Pois, segundo Bohrer (1997), os fetos de mães diabéticas podem apresentar anomalias congênitas, como deformidades no sistema nervoso central, cardiopatias congênitas e deformidades osteomusculares. Além disso, nas gestantes com DMG, o número de partos traumáticos é grande, em função das macrosomias, podendo ocorrer, nos recém-nascidos, fraturas de clavícula, céfalo-hematoma, lesões do plexo-braquial, paralisia diafragmática, hemorragias oculares e sub-durais. Dentre as alterações clínicas mais comuns nos bebês, estão as hipoglicemias e as imaturidades pulmonares (*ibidem*, 1997). Algumas dessas complicações podem gerar danos irreversíveis aos filhos das pacientes, tornando-os adultos com comprometimento físico ou mental permanente. Por isso, o acompanhamento

¹ O'SULLIVAN, J.B.; MAHAN, C.M. Criteria for the oral glucose tolerance test in pregnancy. *Diabetes*, v.13,p.278,1964.

do pré-natal por uma equipe especializada é fundamental para o desenvolvimento satisfatório da gestação e a minimização dos riscos materno e fetais.

2.1.2 Fatores de risco do DM na gestação

Há um consenso entre a associação de diabetes americana (ADA,1999), a brasileira (SBD,2000a) e o Ministério da Saúde do Brasil (Brasil,2000) quando expõem os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes melito na gestação. Segundo essas instituições, são apontados como fatores de risco a idade superior a vinte e cinco anos, a história familiar com diabetes melito, antecedentes obstétricos como DMG em gestação passada, fetos anteriores macrossômicos (acima de 4000g), história de aborto anterior ou morte fetal ou perinatal sem explicação razoável e malformações fetais como fatores de risco. Portanto, uma anamnese, com a gestante, que aborde os fatores mencionados anteriormente é fundamental para iniciar o rastreamento do DMG. Além da identificação dos fatores de risco, é importante a pesquisa através de exames laboratoriais, físicos e obstétricos, pois o diabetes melito, na gestação, acarreta complicações materno-fetais e perinatais, podendo levar à morte materna e fetal (ADA, 1999; Landon e Gabbe, 1993; SBD,2000a; MS,2000; Rocha e Reicheilt,1997; Rotondo e Coustan,1996) .

2.1.3 Diagnóstico, tratamento e cuidado das gestantes diabéticas

Os critérios para o diagnóstico do diabetes na gravidez não são consenso entre os estudiosos do assunto no mundo. Neste estudo, optou-se por utilizar o esquema recomendado pelo Ministério da Saúde, uma vez que esse é amplamente utilizado nos serviços de saúde do Brasil.

O esquema recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil,2000), para fins de diagnóstico do diabetes melito na gestação, inclui a solicitação de glicemia de jejum para todas as pacientes, na primeira consulta de pré-natal, se essa ocorrer antes de 20 semanas de gestação. Se a paciente não tiver nenhum fator de risco, ou apenas um fator e sua glicemia de jejum não ultrapassar 90mg/dl, a investigação é encerrada nesse momento. As pacientes com dois ou mais fatores de risco e com idade gestacional superior a 20 semanas, devem realizar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), com sobrecarga de 75g de glicose, para avaliação de seu metabolismo, pois esse é o momento em que os níveis de lactogênio placentário humano e outros hormônios aumentam, ocasionando a resistência à insulina utilizada pela mulher.

O TOTG de 2 horas consiste em coletar amostras de sangue para dosar a glicemia em jejum e duas horas após a ingestão de 75g de glicose.

Os valores normais desse exame para a glicemia de jejum e duas horas após a ingestão de glicose são, respectivamente, de até 90mg/dl e 140mg/dl (Brasil, 2000). É importante orientar a paciente que irá coletar o

exame para não mudar seus hábitos, a fim de evitar resultados falsos. Durante o teste, a gestante deve permanecer em repouso e não fumar.

O Ministério da Saúde recomenda que, no exame físico obstétrico de toda gestante, é importante avaliar o ganho de peso excessivo, altura uterina maior que a esperada de acordo com a idade gestacional, assim como o crescimento excessivo do feto e a presença de polidrâmnio. (Brasil,2000)

O tratamento do diabetes e o acompanhamento pré-natal eficiente têm por objetivo dar condições para a paciente ter uma gestação que oportunize uma evolução normal da gravidez e parto, com um bebê sadio.

O tratamento do diabetes na gestação é o mesmo tanto para pacientes com DM pré-gestacional quanto para as mulheres com DMG. Porém, é recomendado que as portadoras de diabetes pré-gestacional realizem um acompanhamento anterior à concepção (Rotondo e Coustan,1996), pois sabe-se que a hiperglicemia materna prévia está associada a malformações fetais. O controle glicêmico, em tais casos, faz-se importante, tanto prévio à gestação como durante o primeiro trimestre (Landon e Gabbe,1993; Rocha e Reichelt,1997). Essas pacientes, assim como as gestantes com diagnóstico de DMG, devem ser encaminhadas para centros de referência de atendimento a pacientes de alto risco para iniciarem imediatamente o tratamento e cuidado específico (Brasil, 2000).

Parece ser consenso entre as entidades que se dedicam ao estudo do diabetes melito que a educação em saúde é a estratégia mais adequada e, portanto, recomendada como forma de tratamento da doença (SBD, 2000a; Joslin Diabetes Center, 2000b; ADA, 2000).

Acredita-se que é através da educação para a saúde que os cuidados referentes a essa patologia podem ser implementados pelas gestantes, ao mesmo tempo em que são esclarecidas sobre o desenvolvimento da gestação. Os cuidados e tratamento do DMG incluem a monitorização da dieta, prática de exercícios regulares e, em muitos casos, o uso de medicações, entre outros procedimentos.

O Ministério da Saúde estabelece que o tratamento inicial do diabetes melito deva incluir a prescrição de uma dieta balanceada e recomenda que a mesma deva permitir o ganho de peso adequado, de acordo com o estado de nutrição individual da paciente, avaliado pelo índice de massa corporal pré-gravídico (Brasil,2000).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) adota os mesmos critérios do Ministério da Saúde em relação à prescrição da dieta, a qual é supervisionada e prescrita por uma nutricionista. No entanto, é importante que todos os profissionais da equipe de saúde tenham noções básicas a respeito da dieta para gestantes diabéticas, a fim de intervirem, se for o caso. A dieta recomendada é fracionada, ou seja, quatro a cinco refeições diárias, composta por 50% de carboidratos, 30% de proteínas e 20% de gorduras, aproximadamente.

Quando o controle alimentar não consegue reduzir os níveis glicêmicos, faz-se necessário introduzir a insulino-terapia (Rocha e Reichelt, 1997). Os valores glicêmicos considerados normais e recomendados pelo Ministério da Saúde para a glicemia de jejum são de até 105mg/dl. Para a glicemia de duas horas pós-prandiais, o MS recomenda índices não superior a

120mg/dl. Estudos têm demonstrado que valores acima desses estão associados à morte fetal intra-uterina e neonatal (Langer,1999). Para as pacientes com DM pré gestacional, é recomendada a utilização de insulina durante toda a gestação.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), o uso de hipoglicemiantes orais na gravidez, até o momento, está contra-indicado, pois existem alguns estudos que os associam a malformações fetais. Oppermann e Reichelt (2001) descrevem um estudo randomizado com glyburida (hipoglicemiante oral) versus insulina no tratamento do diabete gestacional, realizado com pacientes que não conseguiram manter-se normoglicêmicas. O estudo mostrou resultados glicêmicos maternos e perinatais semelhantes nos dois grupos. As autoras destacam que todas as pacientes desse estudo já haviam passado o primeiro trimestre de gestação quando iniciaram o tratamento.

No HCPA, é prescrita e utilizada a insulina humana, principalmente em pacientes que não faziam uso de insulina e provavelmente não a utilizarão após o parto, pois essa não estimula o desenvolvimento de anticorpos anti-insulina (Oppermann e Reichelt,2001).

O controle do nível glicêmico é fundamental para todas as pacientes com diabete melito na gestação, podendo ser realizado através do perfil glicêmico e/ou da glicemia capilar. No HCPA, é utilizada a glicemia capilar diária e o perfil glicêmico semanal ou quinzenal, de acordo com a prescrição médica . Para realização do primeiro perfil glicêmico, é necessário que a gestante tenha iniciado a dieta recomendada há aproximadamente 14 dias. Colhem-se cinco glicemias: jejum; duas horas após o café da manhã; duas

horas após o almoço; antes do jantar; e duas horas após o jantar (Oppermann e Reichelt, 2001).

Para as pacientes que utilizam insulino terapia, é importante prescrever-se a glicemia capilar com fitas reagentes (HGT) antes das principais refeições.

A Joslin Diabetes Center (2000c) acredita que o controle metabólico, através do autocuidado, associado ao aprendizado sobre o diabetes, permite o controle da doença, pois a paciente consegue fornecer dados importantes sobre sua situação de saúde e tratamento para equipe que a trata. Os exercícios físicos podem fazer parte da estratégia de tratamento (Brasil, 2000).

A Associação Americana de Diabetes também recomenda os exercícios físicos, especialmente para pacientes com diabetes melito tipo 2, porém, orienta que a paciente discuta com sua equipe a iniciação de exercícios na gestação, pois, caso ela venha a apresentar problemas cardíacos, hipertensão ou problemas visuais, a atividade física é contra-indicada. Ressalta que entre os exercícios recomendados para grávidas, estão as caminhadas, a aeróbica com baixo impacto, a natação e a hidroginástica (ADA,2000).

O controle obstétrico deve ser semanal ou a cada duas semanas. Porém, após 36 semanas da gestação, as consultas médicas devem ser semanais, para avaliação do bem-estar fetal e identificação de eventuais alterações hipertensivas na gestação, comuns em pacientes com diabetes melito, a fim de propiciar seu manejo adequado (Brasil,2000).

A Sociedade Brasileira de Diabetes considera o diabetes melito como um problema de saúde pública, porque está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos,

além do fato de seu tratamento e complicações gerarem altos custos para o Estado (SBD, 2000a).

Em função disso, acredita-se que a melhor forma de diminuir os índices de complicações decorrentes do diabetes e conseqüentes custos para o Estado é investir em programas de educação ao portador de diabetes melito para prevenção das complicações e manutenção da saúde. Na gestação, a mulher deve ter acesso a centros de atendimento de referência, com serviços estruturados e equipes preparadas. Para isso, cada local deve conhecer a realidade das gestantes que atende e estruturar-se adequadamente, pois só assim poderá desenvolver programas específicos nos quais as pacientes tenham condições de realizarem o autocuidado, participarem de forma ativa do seu tratamento e atuar em decisivamente na prevenção do diabetes ou diminuindo suas complicações.

2.2 A enfermeira na equipe de atendimento à gestante diabética

O trabalho em equipe multiprofissional é recomendado em várias publicações de organizações que trabalham com portadores de DM, tais como a Associação Americana de Diabetes, a Sociedade Brasileira de Diabetes e o Joslin Diabetes Center .

A Joslin Diabetes Center é uma clínica pioneira no tratamento, pesquisa e educação em diabetes melito. Foi fundada em 1898 e é vinculada à Faculdade de Medicina de Harvard. O objetivo maior desse centro é a educação em saúde através do treinamento de profissionais e de pacientes

para o autocuidado (Joslin, 2000d). Sua equipe de trabalho é constituída por médicos, enfermeiras, nutricionistas e fisiologistas do exercício² assim como, uma equipe de apoio com psicólogos, assistentes sociais e oftalmologistas.

A enfermeira é responsável pela parte de educação para o autocuidado, fornece orientações quanto à aplicação de insulina, ao uso correto de seringas e materiais utilizados na aplicação de insulina, ao controle metabólico através da glicemia capilar, ao reconhecimento e tratamento de hipoglicemia e hiperglicemias (Joslin, 2000e). Pelos resultados que tem alcançado, a metodologia adotada nessa instituição serve de exemplo para os profissionais que trabalham com pacientes diabéticos em várias partes do mundo .

Da mesma forma, a Associação Americana de Diabetes (ADA, 1999) orienta que a equipe de saúde deva ter médicos obstetra e endocrinologista, nutricionista, pediatra, neonatologista e destaca a importância da enfermeira no grupo.

A Sociedade Brasileira de Diabete (1997) menciona que o tratamento do diabete deve ser acompanhado por uma equipe treinada para essa finalidade. No entanto, não nomeia os profissionais que devem integrá-lo.

Schirmer (1989) também concorda que o atendimento deve ser feito por equipe multidisciplinar e multiprofissional, sendo que cada membro da equipe de saúde tem uma contribuição e que, por fim, devem complementar-se. Prossegue, destacando que a participação da enfermeira obstétrica em equipes “impõe um novo e total desafio, exigindo dessa profissional,

² Profissional com atuação similar ao fisioterapeuta e professor de educação física

conhecimento profundo da entidade clínica representada pelo diabetes e preparo especializado na área obstétrica” (ibidem, p.20).

Concordo com Schirmer (1989) quando recomenda a enfermeira obstétrica para trabalhar com essas gestantes, devido às especificidades da gestação acompanhada por essa patologia e, principalmente, porque, dentro da equipe de saúde, é essa profissional quem tem a formação voltada para o programa de educação em saúde.

Schirmer (1989,p.20-21) acredita que a assistência da enfermeira à gestante diabética consiste em:

”um conjunto de ações para a saúde, visando a conscientização e mudança de comportamento frente à sua problemática, a finalidade é levá-la a atuar preventivamente, diminuindo os agravos provenientes da evolução natural da doença, investindo no desenvolvimento da capacidade e das habilidades que indivíduo possui para o autocuidado”.

A autora acredita que, assim, a paciente possa ter uma vida independente, reduzindo o número de internações por complicações decorrentes do diabetes melito.

Da mesma forma, Grossi (1999,p.137) destaca o enfermeiro educador em diabetes como um profissional fundamental dentro da equipe, caracterizando-o como "um elemento de referência e suporte ao paciente e seus cuidadores, caracterizando um novo espaço de atuação na sociedade". A autora atua como enfermeira na equipe de diabetes da Liga de Controle de Diabetes Mellitus do Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e acredita que, sendo o diabetes melito uma doença crônica, requer do paciente uma vida com comportamento especial, voltado para o

autocuidado. Refere que a meta da equipe é que o paciente consiga manter seu controle metabólico o melhor possível (id,1999).

Orientar a paciente para o auto-cuidado, no caso a automonitorização do controle glicêmico com fitas reagentes, é o que recomendam Homko, Sivan e Reece (1999). Os autores descrevem que esse método é econômico e diminui a morbimortalidade fetal, assim como reduz o número de internações hospitalares e retarda o início do uso da insulino terapia.

Baseando-se nesses mesmos pressupostos é que atua a equipe de saúde do HCPA. Nessa instituição, a enfermeira realiza orientações para grupos de gestantes portadoras de diabetes melito. A gestante é orientada para controlar a glicemia através de fitas reagentes (HGT); para a auto-aplicação de insulina, envolvendo a manutenção correta da insulina, o manuseio da seringa com técnica asséptica; para o rodízio dos locais para aplicação subcutânea da insulina; para a identificação de sinais de hipoglicemias e seu tratamento imediato. A paciente também é instruída para avaliar o bem-estar fetal através da movimentação do bebê. Todas as gestantes que consultam com a equipe de atenção às gestantes diabéticas são orientadas para anotarem as intercorrências e os valores das glicemias nos cadernos dos diabéticos³.

Isso posto, verifica-se que a ênfase do trabalho da enfermeira, tanto em instituições internacionais quanto na instituição onde se realiza o presente estudo, visa à educação em saúde, voltada para o autocuidado com a saúde e com o diabetes na gestação, enfocando o tratamento para obtenção do controle metabólico a fim de diminuir os riscos maternos e fetais. Além disto, a

³ São cadernetas de anotações, idênticas aos diários recomendados pelos programas da Joslin Diabetes Center (Joslin, 2000a), para registro de dados da gestante diabética.

enfermeira obstétrica também aborda os aspectos relacionados com a gestação, parto e puerpério, pois acredita-se que quanto mais a gestante conhecer a respeito de sua saúde e a patologia, melhor desenvolverá o seu cuidado e, em conseqüência, melhor será seu prognóstico.

3 METODOLOGIA

A presente investigação teve carácter exploratório e descritivo, segundo a classificação apresentada por Talbot (1995).

É exploratória porque uma vez que possibilitou identificar as características das gestantes diabéticas atendidas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de 2000/2001, elaborando um *design* dessa demanda, o qual serve para apontar alguns elementos a serem considerados em programas de intervenção. É descritiva à medida em que sistematicamente é descrito como as mulheres vivenciam o tratamento e o cuidado do diabete melito na gestação.

Para concretizar esta investigação, o caminho metodológico escolhido envolveu duas etapas. Na primeira, foi utilizada a pesquisa quantitativa para descrever as características das gestantes diabéticas atendidas no hospital, e, na segunda, foi utilizada a pesquisa qualitativa para conhecer como as mulheres vivenciam o tratamento e cuidado do diabete melito na gestação, pois este tipo de pesquisa salienta os aspectos holísticos e individuais da experiência humana (Polit e Hungler, 1995).

3.1 O cenário do hospital

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital público de ensino, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O tipo de assistência que desenvolve possibilita que, em diversas áreas, a instituição seja reconhecida como “centro de excelência”. Igualmente na área de alto risco em obstetrícia, o HCPA é considerado de referência. Atende pacientes procedentes de todo o estado do Rio Grande do Sul e também de estados vizinhos como Santa Catarina e Paraná. O HCPA é reconhecido nacional e internacionalmente pelo trabalho que desempenha junto à comunidade.

O Hospital possui 93.770,40 m² de área física construída, divididos em 13 andares, sendo cada andar subdividido por duas alas, norte e sul, oferecendo 725 leitos. Diariamente, circulam aproximadamente 16 mil pessoas pelo hospital (HCPA, 1999).

Entre as áreas em que o hospital é conhecido como centro de excelência, encontra-se o Centro de Referência em Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no qual está inserido o Programa de Assistência à Gestante Diabética. Para o desenvolvimento desse programa, é necessária a estrutura de várias áreas da instituição.

É na Unidade de Centro Obstétrico (UCO), localizada na ala norte do 12º andar, que as gestantes diabéticas permanecem, nas quartas-feiras, para coleta do perfil glicêmico. É importante salientar que estas pacientes não ficam no Centro Obstétrico na condição de internadas, ou seja, elas permanecem

durante cerca de dez horas em uma sala denominada Sala de Deambulação, aguardando as coletas de glicemias, juntamente com outras gestantes não diabéticas que também aguardam algum exame para avaliação obstétrica.

Essa sala possui uma dimensão aproximada de 30m² e, atualmente, está destinada à permanência de gestantes em observação ou que aguardam algum atendimento ou tratamento de urgência, para posteriormente terem alta e serem encaminhadas ao pré-natal ou à internação. No local, existem seis (06) cadeiras reclináveis, quatro (04) cadeiras comuns e uma televisão fixada no alto da sala para distração das gestantes. Em um recanto da sala, com dimensão aproximada de 4m² e separado por paredes divisórias, está instalado o aparelho de ecografia, assim como uma maca. Contíguo à sala de deambulação, existe um banheiro para uso de todas as pacientes que aguardam exames ou procedimentos. A sala de deambulação não tem acesso direto à rua, a luz é artificial e para entrar ou sair desta deste recinto, passa-se pelo corredor de acesso interno à Unidade de Centro Obstétrico.

A média de pacientes que coletam o perfil glicêmico nas quartas feiras, é de dez pacientes.

As gestantes que realizam perfil glicêmico chegam ao hospital por volta das 7 horas e 30 minutos, acomodam-se na sala de deambulação, são pesadas e aguardam a primeira coleta de glicemia de jejum. Após a coleta, elas descem sozinhas, de elevador, para o refeitório, localizado no andar térreo do hospital, para tomarem seu café da manhã. Cada uma recebe seu desjejum conforme a dieta prescrita. Em seguida, voltam à sala de deambulação no Centro

Obstétrico, para aguardarem próxima coleta de glicemia, a qual é realizada duas horas após café.

As pacientes deslocam-se dentro do hospital com auxílio de alguma gestante que conheça a rotina de atendimento do perfil e a área física do hospital. Acredito que, por isso, elas andam sempre em grupos, pois devem sentir-se mais seguras e protegidas.

Às doze horas, todas descem novamente ao refeitório para almoçarem, retornando ao Centro Obstétrico para aguardarem a coleta da glicemia de duas horas pós almoço. Após essa coleta, as gestantes descem novamente ao térreo, para o café da tarde. Retornam à sala de deambulação para aguardar a coleta de glicemia antes do jantar e descem ao refeitório para a janta por volta das 18 horas. Sobem novamente ao Centro Obstétrico para aguardarem a última coleta de glicemia, às 20 horas, duas horas após o jantar. Após essa coleta, as pacientes são liberadas para casa, com retorno agendado para consultas com as médicas endocrinologista e obstetra para avaliação dos resultados do perfil glicêmico, acompanhamento do pré-natal e controle metabólico.

As consultas de todas as gestantes são marcadas para a sexta-feira subsequente à coleta do perfil glicêmico, sendo atendidas pela ordem de chegada. Além das pacientes encaminhadas para avaliar o perfil glicêmico de quarta-feira, são atendidas no mesmo dia as gestantes com consultas marcadas na agenda por encaminhamento interno e/ou externo do hospital.

Algumas gestantes são encaminhadas para as enfermeiras para orientação em grupo sobre o autocuidado, orientações sobre exames de

glicemia capilar e utilização de insulina. As consultas médicas são realizadas no ambulatório do hospital (zona 6) que se localiza no térreo.

Nos intervalos entre as coletas e as refeições, as pacientes assistem televisão, lêem revistas e livros que trazem de casa, realizam trabalhos manuais, assim como realizam exames de avaliação de bem-estar fetal (ecografias, monitorização ante parto (MAP), perfil biofísico fetal (PBF). É comum elas presenciarem cenas de urgências obstétricas, pois trata-se de um hospital de referência para atendimento de gestações de alto risco e emergências.

3.2 A coleta de dados em prontuários

A fim de conhecer as características das gestantes diabéticas que procuram ou são encaminhadas ao ambulatório do HCPA para realizarem o acompanhamento de sua gestação, realizou-se um levantamento de dados nos prontuários de todas as pacientes atendidas no período entre janeiro de 2000 a janeiro de 2001. Ao todo, foram consultados 332 prontuários dos quais cento e cinco referiram-se às gestantes diabéticas que tiveram sua situação gestacional resolvida no período em questão. A revisão dos prontuários foi realizada pela pesquisadora e duas bolsistas. Os dados foram registrados em uma planilha (Anexo A) para posterior transcrição e análise estatística.

3.3 O Grupo Focal como técnica para coleta de dados

Para coleta dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica de Grupo Focal, tipo de abordagem que possibilita pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, segundo Westphal, Bógus e Faria (1996). Para esses autores, o Grupo Focal prevê a obtenção de dados a partir de discussões planejadas, onde as pessoas que participam das sessões expressam suas opiniões, crenças, valores e atitudes. Carey (1994) considera o Grupo Focal uma técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais semi-estruturadas, moderadas por um líder. Carlini-Cotrim (1996) descreve que o Grupo Focal pode ser considerado uma entrevista de grupo e que a essência desse método de pesquisa permite a interação entre seus participantes.

Acredito que, após estabelecer-se a interação, é que os integrantes do grupo dividem suas experiências a respeito de determinado fato. Nesse sentido, concordo com Kitzinger (1994) quando diz que o pesquisador não pode ser uma figura passiva durante as sessões do Grupo, mas deve promover uma máxima interação entre os participantes. Debus (1997) diz que a interação entre as pessoas traz respostas mais ricas e idéias novas e originais ao grupo. Oliveira (2001) afirma que o Grupo Focal, além de proporcionar momentos agradáveis para os participantes da pesquisa, pela interação que as sessões proporcionam, motiva as participantes a discutir, principalmente quando o assunto em pauta faz parte do dia-a-dia de suas vidas. Concordo com a autora, uma vez que a interação à qual se refere destacou-se nas discussões desenvolvidas pelo grupo de participantes desta pesquisa.

Trabalho com grupos de gestantes há aproximadamente quatorze anos e, especificamente com gestantes diabéticas, há seis. Acredito que tal experiência tenha facilitado a utilização da técnica de Grupo Focal, permitindo a minha interação com as gestantes nas sessões. O uso dessa técnica permitiu o envolvimento das pessoas de um jeito tão profundo que as participantes, além de trocarem experiências e opiniões a respeito do propósito desta pesquisa, também ajudaram-se mutuamente, pois os problemas discutidos faziam parte de suas vidas, naquele momento ou para sempre. Concordo com Carlini-Cotrim (1996), quando considera Grupo Focal uma técnica relativamente simples e fácil, que parece responder à nova tendência de educação para a saúde.

Após a qualificação do projeto e aprovação pelo Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, fiz contato com as gestantes diabéticas no dia em que colhiam perfil glicêmico.

Fui muito bem recebida por algumas pacientes que ali estavam, pois em gestações anteriores, elas haviam sido atendidas por mim em consultas de enfermagem. Essas gestantes me apresentaram às outras nas três visitas prévias que realizei. Nas visitas, expus o projeto de pesquisa e os objetivos, convidando as pacientes para participarem do Grupo Focal.

Após o aceite das gestantes, marcamos uma data e local para a primeira sessão. Para todas as sessões do Grupo Focal, encontrava com as pacientes no refeitório do hospital, e de lá nos encaminhávamos para a sala onde ocorreria a reunião. Para a tranquilidade delas, comunicava o Centro Obstétrico e o pessoal responsável pela coleta de sangue onde estaríamos na próxima

hora. Com isso, nossos encontros não interferiram no tratamento das pacientes.

Antes de iniciar cada sessão, sempre apresentava os objetivos da pesquisa e lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), solicitando que aquelas que quisessem participar do encontro o assinassem. Comunicava, também que as sessões seriam gravadas em fita cassete e transcritas para análise, após cinco anos as fitas seriam destruídas.

Foram realizadas seis sessões de Grupo Focal. O critério usado para definir o número de sessões do Grupo foi a repetição dos temas, seguindo a recomendação de Debus (1997), Dall'Agnol e Ciampone (1999).

A primeira sessão foi realizada à tarde, após o café, quando participaram nove gestantes diabéticas. Porém, as participantes sugeriram que as sessões fossem transferidas para o turno da manhã, pois à tarde elas costumavam realizar um maior número de exames relacionados com a avaliação da gestação e do diabetes. Assim, todas as demais sessões foram realizadas pela manhã.

As sessões tiveram duração máxima de uma hora. Combinou-se que este seria o tempo máximo do encontro, devido ao calor intenso da época do ano, ao desconforto causado pela própria gestação e, sobretudo, para não atrasar as coletas do perfil glicêmico, ecografias e outros exames marcados.

Era muito comum algumas pacientes continuarem na sala após o encerramento da sessão, para conversar e esclarecer dúvidas em relação à gestação e ao tratamento.

O número de participantes variou em cada sessão do grupo. Foram compostas por quatro a nove participantes, tipicamente o que a literatura recomenda quanto à dimensão de participantes das sessões do Grupo Focal, de acordo com os mais diversos autores (Dall'Agnol; Ciampone, 1999; Debus, 1997; Westphal; Bógus; Faria, 1996).

Participaram do Grupo Focal, ao todo, vinte e nove gestantes diabéticas que estavam agendadas para coletar perfil glicêmico e que, como já mencionei, livremente aceitaram participar do estudo. Do número total de participantes, vinte e duas apresentavam diabetes gestacional e sete, diabetes prévio à gestação.

Em todas as sessões do Grupo Focal havia pacientes novas, porém, em todos os encontros, pelo menos duas pacientes já haviam participado anteriormente de, pelo menos, uma sessão. As seis sessões do Grupo Focal tiveram nove, sete, seis, quatro, seis e cinco participantes respectivamente.

Notou-se que as sessões com menos participantes foram mais ricas, permitindo que todas gestantes falassem, argumentassem e discutissem sobre o assunto em pauta, o que não aconteceu nas sessões com um número maior de mulheres. A sessão com quatro mulheres foi rica em informações, permitindo aprofundar a discussão.

Na primeira sessão do Grupo Focal, estiveram presentes como observadoras duas acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFRGS, as quais auxiliaram principalmente na parte técnica, ou seja, na preparação da sala, nas acomodações, preparação para gravação do encontro, cuidado com o gravador e troca de fitas cassetes. Nas demais sessões, apenas uma acadêmica de

enfermagem atuou como observadora, uma vez que se julgou ser esse o número suficiente de auxiliares para a atividade.

Para garantir um ambiente de privacidade e comodidade, as sessões do Grupo Focal foram realizadas em uma sala no andar inferior ao do Centro Obstétrico, ou seja, no 11º andar, ala norte do hospital. Foi utilizada a sala de reuniões da equipe de enfermagem da Unidade de Internação Neonatal, com capacidade para até quinze pessoas. Essa sala dispõe de cadeiras estofadas e ventilador de teto. É de fácil localização e comunicação. Em frente a essa sala, está o Banco de Leite Humano e, quando a equipe necessitava chamar alguma das gestantes para exames, avisava esse setor, e a funcionária imediatamente nos comunicava.

3.4 A análise dos materiais

3.4.1 Análise dos registros dos prontuários

Os dados coletados nos prontuários das gestantes diabéticas atendidas no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2001 foram digitados em uma planilha do programa estatístico EPI Info e posteriormente foram realizadas análises estatísticas a fim de identificar as medidas de tendência central e estabelecer correlações.

3.4.2 Análise dos materiais das sessões do Grupo Focal

Para análise dos dados qualitativos, recolhidos através das sessões de Grupo Focal, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Assim, as fitas das gravações dos encontros do grupo foram transcritas em sua integralidade e posteriormente analisadas.

Em um primeiro momento, foi realizada a leitura flutuante das transcrições de todos os encontros. Após essa leitura, iniciou-se a identificação dos diferentes conteúdos surgidos nas gravações e relacionados à temática abordada nas discussões, os quais foram agrupados para posterior categorização e análise, possibilitando a realização da síntese dos debates em grupo. Dessa forma, foi possível identificar as preocupações e expectativas das mulheres em relação a sua vivência de gestação.

Para a síntese das discussões do Grupo Focal, foram identificados os elementos constantes que surgiram em relação à área temática, bem como aqueles mencionados apenas eventualmente. Para entender algumas posturas

das participantes do Grupo Focal, foram utilizados o que Debus (1997) denomina de dados ambientais do grupo, ou seja, algumas informações sócio-demográficas das gestantes diabéticas, as quais permitem conhecer um pouco mais dessas mulheres.

3.5 Considerações éticas

As questões bioéticas estão sendo amplamente discutidas nas pesquisas que envolvem seres humanos, a fim de preservar e proteger os participantes de todos os passos de um estudo.

A fim de garantir a segurança das gestantes diabéticas que participarem desta pesquisa e atender a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que descreve as diretrizes e normas para pesquisa em seres humanos, foi usado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi apresentado em duas vias, ficando uma com a pesquisador e outra com a participante da pesquisa (Clotet, Goldim e Francisconi, 2000).

Todas as participantes foram questionadas a respeito de sua disposição de participar na pesquisa e esclarecidas quanto ao objetivo desta. Elas foram igualmente informadas de que seria mantido sigilo quanto à sua identificação e de que poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que isto interferisse no atendimento que recebiam regularmente no HCPA. Após o aceite, foi solicitado que assinassem as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Cada participante ficou com uma

cópia do documento e a pesquisadora ficou com uma cópia do Termo assinado por cada uma das participantes desta pesquisa.

Foi utilizado, também, um termo de responsabilidade para o uso dos dados que foram coletados nos prontuários guardados no Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde (SAMIS) do hospital em tela (Anexo C), sendo que a autora se comprometeu a manter o sigilo sobre os dados que pudessem identificar as participantes.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Grupo de Pesquisa e de Pós Graduação e ao Comitê de Pesquisa e Ética em Saúde da instituição onde foram coletados os dados, sendo que somente após sua aprovação nesta instância, iniciou-se a coleta de dados. (Anexo D).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

A sistemática adotada para a exposição e discussão dos achados desta investigação consta de duas etapas. Na primeira, são apresentados os dados coletados nos prontuários das gestantes diabéticas atendidas no hospital, e, na segunda etapa, os materiais das discussões do Grupo Focal. Ao final dessas exposições, é realizada uma síntese integradora dos achados.

4.1 Características das gestantes diabéticas atendidas no hospital

Os dados que compuseram a amostra dessa primeira etapa do estudo foram coletados em cento e cinco (105) prontuários de gestantes portadoras de diabetes melito atendidas em um hospital de referência para atendimento de gestantes de alto risco que tiveram sua situação gestacional resolvida no período compreendido entre janeiro de 2000 à janeiro de 2001.

A fim de descrever as características das mulheres desse grupo, optou-se por apresentar dados na seguinte seqüência: dados demográficos das gestantes, condições do parto e do bebê, informações relativas ao perfil glicêmico e controle do diabetes durante a gestação.

Tabela 1 – Distribuição da idade da gestante, segundo o diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Diagnóstico Idade	Diabete prévio à gestação		Diabete gestacional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 19 anos	02	1,90	03	2,87	05	4,77
20 - 35 anos	12	11,44	50	47,61	62	59,05
36 anos ou mais	07	6,66	31	29,52	38	36,18
Total	21	20,00	84	80,00	105	100

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

Entre as cento e cinco pacientes estudadas, vinte e uma gestantes (20%) apresentaram diabete prévio à gestação e oitenta e quatro (80%) tiveram o diagnóstico de diabete melito gestacional.

Acredita-se que algumas das pacientes com diagnóstico de diabete melito gestacional desconheciam sua condição de diabéticas anterior à gravidez. Na prática, observa-se que pacientes encaminhadas à equipe têm história clínica de diabete anterior à gravidez, mas, por razões das mais diversas, não procuram serviços de saúde para diagnóstico e acompanhamento.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabete, no seu último relatório de estatísticas, 46,5% da população de diabéticos do Brasil desconheciam seu diagnóstico (SBD,2001).

Por isso, a gravidez, com o devido acompanhamento de pré-natal, pode ser um momento que propicia a identificação de alterações da saúde, uma vez que são realizados vários exames de saúde rotineiramente.

Em relação à idade das gestantes diabéticas, observa-se que a maioria das pacientes (59%) encontraram-se em um período de vida adequado para

gestação, ou seja, entre vinte e trinta e cinco anos; cinco grávidas (4,8%) tiveram idade até dezenove anos; e trinta e oito mulheres (32,8%) apresentaram idade superior a trinta e seis anos.

Segundo Aumann e Baird (1996), a idade materna é relacionada a resultados gestacionais há muito tempo. A idade ótima para ter filhos, segundo esses autores está entre vinte e trinta e cinco anos de idade, pois os filhos de mulheres com menos de dezenove anos tem maior risco de nascerem prematuros, e, nos das mulheres com mais de trinta e cinco anos os riscos estão relacionados a síndromes e defeitos congênitos, assim como doenças específicas da gestação. Por isso, adotamos esta classificação de idade, visto que, na obstetrícia, ainda é a mais utilizada para caracterizar os extremos da vida reprodutiva.

Tabela 2 – Distribuição do estado conjugal das gestantes portadoras de diabete. Porto Alegre, RS – 2001.

Estado Conjugal	n	%
Casadas e/ou com companheiro	74	70,5
Solteira	25	23,8
Divorciada	02	1,9
Viúva	02	1,9
Não Informado	02	1,9
Total	105	100,0

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

Como pode ser observado na Tabela 2, a maioria das gestantes (70,5%) são casadas e/ou têm companheiro, fator que pode ser considerado positivo, pois muitas vezes os companheiros estimulam e auxiliam as gestantes durante o tratamento e gestação. Na vivência com gestantes diabéticas, freqüentemente pode-se observar o comprometimento dos companheiros das

mulheres que participaram do grupo e das consultas, servindo de apoio à gestante e demonstrando sua preocupação com a saúde da sua companheira e do bebê.

Tabela 3 – Distribuição da procedência das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Procedência	n	%
Porto Alegre	43	41,0
Grande Porto Alegre	46	43,8
Interior	12	11,4
Não Informado	4	3,8
Total	105	100,0

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

Nota: Segundo IBGE (2001), são consideradas cidades da grande Porto Alegre: Alvorada, Araricá, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Charqueadas, Dois Irmãos, Eldorado do Sul, Estância Velha, Esteio, Glorinha, Gravataí, Ivoti, Montenegro, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Parobé, Portão, São Jerônimo, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Taquara, Triunfo e Viamão.

Se somarmos as pacientes procedentes da grande Porto Alegre e as do interior, vamos ver que 55,2% gestantes provém de fora de Porto Alegre.

Esses dados levam a inferir que provavelmente esses locais não estão preparados para atender gestantes de alto risco. Para Schirmer (1995), se os profissionais da equipe de saúde fossem treinados para prestarem atendimento aos pacientes diabéticos no nível primário, custos com o tratamento poderiam ser reduzidos. Lembrando que 7,6% da população brasileira é diabética e que Porto Alegre é a segunda capital no *ranking* brasileiro (8,89%), o treinamento seria uma boa forma de capacitar os profissionais do nível primário de atendimento à saúde para rastrearem as mulheres com risco para desenvolver diabetes no futuro.

A partir dessas informações, os profissionais poderiam atuar na prevenção do diabetes, diminuindo os custos aos cofres públicos, pois seriam evitados deslocamentos das pacientes e diminuiria a lotação dos hospitais da capital.

Tabela 4 – Distribuição do grau de instrução das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Grau de Instrução	n	%
Analfabeta	02	1,9
Ensino Fundamental Incompleto	32	30,5
Ensino Fundamental Completo	18	17,1
Ensino Médio Incompleto	11	10,5
Ensino Médio Completo	20	19,0
Ensino Superior Incompleto	03	2,9
Ensino Superior Completo	05	4,8
Não Informado	14	13,3
Total	105	100,0

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

O baixo índice de analfabetismo do grupo constitui-se um elemento importante para a equipe de saúde, uma vez que o ensino e aprendizagem sobre os cuidados com o diabetes envolvem muitos controles e anotações praticamente diárias sobre a glicemia capilar, descrição de momentos de hipoglicemia e hiperglicemia, assim como controle de movimentação fetal. Observa-se na prática que, quanto menor o grau de alfabetização da gestante, mais difícil o controle e adesão ao tratamento e cuidados propostos.

A grande maioria das gestantes (51,4%) atendidas no hospital em questão declararam dedicar-se às atividades do lar, vinte e duas (21%) realizam atividades profissionais não especializadas, como, por exemplo, a de empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais ou faxineira. Da amostra, doze gestantes (11,4%) exercem função especializada a nível médio, como,

por exemplo, técnicas de laboratório. O mesmo índice de 11,4%, ou seja, doze mulheres estavam registradas no prontuário com a categoria estagiárias ou estudantes. Apenas duas gestantes são autônomas (1,9%), e uma (1%) servidora pública.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes portadoras de diabetes segundo o diagnóstico materno de diabetes e idade gestacional, na primeira consulta de pré-natal. Porto Alegre, RS – 2001.

Diagnóstico Idade Gestacional	Diabetes prévio à gestação		Diabetes gestacional		Total	
	n	%	n	%	n	%
1º trimestre	05	4,76	15	14,28	20	19,04
2º trimestre	10	9,53	32	30,48	42	40,01
3º trimestre	02	1,90	33	31,43	35	33,33
Não Informado	04	3,81	04	3,81	08	7,62
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

Para classificar a idade gestacional, decidiu-se utilizar o critério de trimestres de gestação. De acordo com Saunders (2000), o primeiro trimestre compreende da primeira semana de gestação até a décima terceira, o segundo trimestre inicia na décima quarta semana e termina na vigésima sexta, e o terceiro trimestre vai da vigésima sétima semana até o termo, ou seja, quadragésima semana de gestação.

A maior parte de procura pelo serviço de pré-natal foi no segundo trimestre de gestação, quando quarenta e duas pacientes (40,01%) buscaram atendimento. Sabe-se que é nesse trimestre que geralmente acontecem os diagnósticos de diabetes gestacional e, por conseguinte, os encaminhamentos aos serviços que atendem alto risco na gestação. Observa-se que a maioria

das gestantes com diabetes melito prévio à gestação procuraram atendimento no segundo trimestre de sua gestação, enquanto que as grávidas com diabetes gestacional 30,48% encaminharam-se ao atendimento de pré-natal no segundo trimestre da gravidez, e 31,43% das pacientes, no terceiro trimestre da gestação. Apenas vinte mulheres (19,04%) consultaram no primeiro trimestre de gestação, sendo que cinco (23,80%) gestantes dessas vinte eram grávidas com diabetes prévio à gestação. Esse dado constitui um alerta para as autoridades de saúde do Estado, pois as mulheres com diabetes melito prévio à gestação deveriam procurar serviços especializados em gestação de alto risco antes de engravidarem.

Muitas vezes, o diagnóstico de diabetes acontece tardiamente na gestação. Uma das causas prováveis desse atraso é a dificuldade de conseguir consulta de pré-natal na rede pública de saúde. Na vivência prática, a pesquisadora, por vezes, observou gestantes consultando com a equipe no termo da gestação, momento em que pouco ou quase nada pode ser feito para que sejam evitadas complicações decorrentes do diabetes melito na gestação. Em oito prontuários, não havia registro da data da primeira consulta de pré-natal.

Tabela 6 – Distribuição das gestantes portadoras de diabetes, segundo sua história obstétrica Porto Alegre, RS – 2001.

Número de eventos	Gestações		Parto vaginal		Cesárea		Aborto espontâneo		Filhos vivos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	21	20,00	32	30,41	28	26,66	19	18,09	35	33,33
2	21	20,00	07	6,66	09	8,57	04	3,80	20	19,04
3	29	27,61	12	11,42	03	2,85	02	1,90	11	10,47
4	11	10,46	06	5,71	-	-	01	1,00	09	8,55
5	15	14,23	01	1,0	-	-	-	-	02	1,90
6	06	5,70	-	-	-	-	-	-	-	-
7	01	1,00	01	1,0	-	-	-	-	01	1,00
8	01	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Nenhum	-	-	46	43,80	65	61,92	79	75,21	27	25,71
Total	105	100	105	100	105	100	105	100	105	100

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

- Valor igual a zero.

Em relação ao número de gestações, das cento e cinco mulheres que compuseram a amostra desta pesquisa, vinte e uma (20%) estavam em sua primeira gestação. Também para vinte e uma mulheres (20%), aquela era a segunda gestação, e a maioria delas vinte e nove mulheres (27,61%), estava na terceira gestação.

Entre as cento e cinco pacientes pesquisadas, trinta e duas gestantes (30,41%) já haviam tido anteriormente um parto vaginal; sete mulheres (6,66%) tiveram dois partos vaginais; doze mulheres (11,42%) tiveram três partos vaginais. De todas as pacientes estudadas, quarenta e seis nunca tiveram parto vaginal, pois, para vinte e uma aquela era a primeira gestação, e as demais vinte e cinco sofreram cesariana ou aborto nas gestações anteriores.

Quanto ao número de cesáreas realizadas anteriormente à esta gestação, vinte e oito mulheres (26,66%) tiveram uma cesárea; nove gestantes (8,57%) tiveram duas cesáreas; e três (2,85%) já haviam realizado três

cesáreas anteriormente. Nenhuma mulher teve mais do que três cesáreas anteriormente e sessenta e cinco gestantes (61,92%) nunca realizaram nenhuma cesárea em sua vida obstétrica.

A maioria das pacientes (75,21%) não tiveram abortos espontâneos; dezenove (18,09 %) tiveram pelo menos um; quatro (3,80%) passaram por dois abortos; duas mulheres (1,90%) tiveram três abortos e apenas uma paciente (1%) teve quatro abortos espontâneos.

Das cento e cinco gestantes do grupo estudado, setenta e três (69,52%) não apresentaram diabetes melito em gestações anteriores, enquanto dezoito (17,14%) apresentaram-no. Em quatorze prontuários não havia registro dessa informação. Cabe salientar que, nesta pesquisa, vinte e uma pacientes (20%) estavam em sua primeira gestação. Considerando esses dados, pode-se afirmar que, no mínimo, cinquenta e duas gestantes (49,52%) já haviam tido gestação(ões) anterior(es) sem apresentar diabetes.

Autores como Oppermann e Reichelt (2001), a Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (1997), assim como a American Diabetes Association - ADA (1999), consideram história de diabetes gestacional prévio como fator de risco para rastreamento de diabetes em uma próxima gestação. Acredita-se que algumas mulheres desconheciam sua condição de diabéticas antes da gestação.

Apenas dezessete gestantes (16,19%) com diabetes nesta gestação tiveram filhos anteriores com 4000g ou mais. A grande maioria das grávidas (72,4%) não tiveram fetos macrossômicos anteriormente. Das dezessete gestantes cujos filhos anteriores tiveram peso superior a 4000gr, seis (5,71%)

apresentaram diabetes prévia à gestação e onze (10,47%) foram de pacientes com diabetes gestacional. Considerando que, no grupo estudado, vinte e uma mulheres (20%) estavam na primeira gestação, e, em doze prontuários (11,43%), esse dado não estava registrado, acredita-se que o percentual de mulheres com bebês macrossômicos possa ser maior.

É considerado fator de risco para desenvolver diabetes em outras gestações os filhos macrossômicos, pesando mais de 4000g, inclusive para a Sociedade Brasileira de Diabetes, em suas últimas recomendações para os profissionais de saúde que trabalham com pacientes diabéticos (SBD, 2000a).

Tabela 7 - Distribuição do tipo de parto relacionado ao diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Diagnóstico Tipo de parto	DM prévio à gestação		DMG		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vaginal	06	5,71	35	33,33	41	39,04
Cesárea	12	11,44	46	43,82	58	55,26
Não Informado	03	2,85	03	2,85	06	5,7
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

Nesta tabela, observa-se que as cesáreas predominaram em relação ao parto vaginal nas gestantes em questão. Foram quarenta e um partos vaginais (39,1%) e cinquenta e oito cesareanas (55,2%). Observa-se também que, tanto no grupo de gestantes com diabetes prévio à gestação como no com diabetes gestacional, a cesárea prevaleceu sobre o número de partos vaginais realizados.

O diabetes não é indicação de cesareana, mas, segundo Rotondo e Coustan (1996), as complicações provenientes do diabetes é que elevam as

taxas de cesáreas. Oppermann e Reichelt (2001) descrevem que a cesareana pode alcançar índices de 70% em bons centros de primeiro mundo. Justificam como complicações para realização da cirurgia a macrosomia, falha de indução do trabalho de parto e pelo mau controle metabólico. As autoras acreditam que a normalização do peso fetal não diminui o índice de cesareanas, e que esse índice está associado ao conhecimento antecipado do diagnóstico de diabetes. Tal diagnóstico é o provável fator que eleva os índices de cesareana com a finalidade de antecipar o parto, uma vez que, no final da gravidez, a elevação dos níveis de glicose do feto estimulam seu pâncreas e, de acordo com Rotondo e Coustan (1996), isso provoca hiperplasia das células beta pancreáticas, conseqüentemente, hiperinsulinemia fetal. Esses autores dizem que a combinação de hiperglicemia e hiperinsulinemia contribui muito para elevar as taxas de morbidade e mortalidade nos filhos de gestantes diabéticas.

Tabela 8 – Distribuição do peso do recém-nascido das gestantes portadoras de diabetes segundo o diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Diagnóstico Peso do recém-nascido	DM prévio à gestação		DMG		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 2500g	04	3,81	07	6,66	11	10,47
2500g - 3000g	01	0,96	13	12,38	14	13,34
3001g - 4000g	12	11,43	45	42,86	57	54,29
Mais de 4000g	02	1,90	16	15,24	18	17,14
Não Informado	02	1,90	03	2,86	05	4,76
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

Para classificar os recém-nascidos segundo o peso, foi utilizada a recomendação de Olds (1995) que estabelece os pesos extremos, considerando baixo o peso a 2500g e sobrepeso o superior a 4000g. Lopes (1997) classifica o peso do bebê ao nascer em três faixas, quais sejam: baixo peso, menor que 2500g; peso inadequado, de 2500g até 3000g; e peso adequado, acima de 3000g .

A tabela em pauta apresenta a relação entre o peso do bebê com o diagnóstico materno de diabetes, podendo-se observar que, dos dezoito bebês que nasceram com mais de 4000g, em dezesseis (15,24%) a mãe tinha diagnóstico de diabetes gestacional. Esse fato é citado pela literatura (ADA, 1999), quando afirma que os bebês de gestantes com diabetes gestacional podem nascer macrossômicos, o que deve merecer atenção especial das equipes junto aos berçários de referência.

Observa-se que, dos bebês que nasceram nesse hospital, a grande maioria (54,29%) nasceu com peso considerado adequado e somente 10,47% nasceu antes de alcançar 2500g. e 17,14% foram macrossômicos. O menor peso de bebê foi de 1709g, e o maior peso foi de 5110g.

Quanto à dieta recomendada pela equipe de atendimento às gestantes do grupo em estudo, ela obedeceu aos critérios consagrados na literatura, ou seja, dietas mantidas entre 1800 e 2000 calorias.

Do grupo, 26,66% usou uma dieta de 1800cal, 10,47% dieta de 1900cal, 25,71% dieta de 2000cal e 12,38% 2100cal. Cabe salientar que o valor calórico das dietas é calculado individualmente para cada paciente, considerando-se a atividade física, o peso da paciente e seu metabolismo, e a dieta é reavaliada a

cada consulta. Assim, foram encontrados valores calóricos mínimos de 1500cal para 0,95% das pacientes e máximos de 2500cal para 1,90% delas.

E, pelo peso do bebê ao nascer, pode-se inferir que as gestantes procuravam seguir a recomendação dietética. O nascimento de bebês macrossômicos de gestantes com diabetes melito gestacional pode ser relacionado ao momento, muitas vezes tardio, em que estas gestantes procuram atendimento de saúde. No grupo pesquisado, 31,43% das mulheres com diabetes gestacional, buscaram o acompanhamento da gestação com diabetes, apenas no terceiro trimestre da gestação.

Tabela 9 – Distribuição dos apgares dos recém-nascidos das gestantes portadoras de diabetes, em relação ao diagnóstico materno de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Apgar	1º minuto						5º minuto					
	Diabete prévio à gestação		Diabete gestacional		Total		Diabete prévio à gestação		Diabete gestacional		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	01	0,95	01	0,95	02	1,90	-	-	-	-	-	-
3	-	-	02	1,90	02	1,90	-	-	-	-	-	-
4	01	0,95	01	0,95	02	1,90	-	-	-	-	-	-
5	-	-	01	0,95	01	0,95	-	-	-	-	-	-
7	02	1,90	14	13,34	16	15,24	-	-	02	1,90	02	1,90
8	06	5,72	30	28,57	36	34,29	01	0,95	04	3,81	05	4,76
9	08	7,62	20	19,05	28	26,67	09	8,57	40	38,10	49	46,67
10	-	-	10	9,53	10	9,53	09	8,57	33	31,43	42	40,00
Não Informado	03	2,86	05	4,76	08	7,62	02	1,90	05	4,76	07	6,66
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

- = valor ou percentual igual a zero.

A grande maioria dos bebês (85,71%) nasceu em boas condições, ou seja, no primeiro minuto de vida noventa crianças receberam apgar entre 7 e 10. É importante salientar que, de oito bebês (7,6%), não obtivemos tais informações. Observa-se que nenhum dos bebês desta amostra nasceu sem vida.

O apgar no quinto minuto confirma as boas condições da maioria dos bebês de mães diabéticas nascidos no HCPA. Como vê-se na Tabela 9, nenhuma criança teve apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida; quarenta e nove bebês (46,7%) tiveram apgar 9, e quarenta e duas crianças (40%) tiveram apgar 10. Entre apgar 9 e 10, observou-se noventa e uma crianças (86,7%). Esses dados, juntamente com o peso ao nascer, evidenciam as condições favoráveis de nascimento dos bebês dessas mulheres diabéticas.

Tabela 10 – Distribuição da idade gestacional em que ocorreu o parto das gestantes portadoras de diabete. Porto Alegre, RS – 2001.

Diagnóstico Idade Gestacional do Parto	DM prévio à gestação		DMG		Total	
	n	%	n	%	n	%
Antes de 37 semanas	03	2,86	12	11,43	15	14,29
Após 37 semanas	14	13,33	68	64,76	82	78,09
Não Informado	04	3,81	04	3,81	08	7,62
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre- RS, Mar./Jun. 2001.

Nota: Considera-se que o parto a termo é aquele que ocorre após 37 semanas de gestação.

A maioria dos bebês das gestantes diabéticas conseguiu chegar ao termo da gestação, pois 78,09% das gestantes tiveram seus partos após 37 semanas de gestação. Somente quinze mulheres (14,29%) tiveram seus partos antes de 37 semanas de gestação, não havendo diferença estatisticamente

significativa entre o número de ocorrências no grupo de mulheres com diabetes prévio à gestação, e no grupo daquelas que apresentavam diabetes melito gestacional, ou seja, 14,28% das gestantes em ambos os grupos tiveram seus bebês prematuros. Não se encontrou registro desse dado em oito prontuários (7,6%).

Oppermann e Reichelt (2001) dizem que o maior indicador de sucesso na condução da gestação com diabetes é o parto de um recém-nascido a termo, pois, nesse momento da gestação, as complicações e mortalidade equivalem ao da população em geral. E, considerando os apgares dos bebês no primeiro e quinto minuto de vida, evidenciam-se as condições favoráveis de saúde desses bebês ao nascer.

Tabela 11 – Distribuições das coletas do perfil glicêmico das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Glicemias	Normal		Hipoglicemia		Hiperglicemia		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Jejum	218	71,5	17	5,6	70	22,9	305	100
Pós-prandial	901	75,2	61	5,1	236	19,7	1.198	100
Total de Coletas	1.119	74,4	78	5,2	306	20,4	1.503	*

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./ 2001.

= Valor superior a 100%

Em relação aos valores do perfil glicêmico, foram analisados os resultados de todas as glicemias de jejum, as quais foram classificadas em glicemia normal⁴, hipoglicemia e hiperglicemia. Quanto às glicemias pós-prandiais, foram consideradas aquelas coletadas duas horas após o café da

⁴ Para classificação das glicemias, foram utilizados os padrões de referência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, segundo os quais é considerada normal a glicemia de jejum com valores entre 60 a 105 mg/dl e as glicemias pós-prandiais de 2 horas até 120mg/dl.

manhã, após o almoço, após o lanche da tarde e após a janta e foram classificadas da mesma forma que as anteriores.

Notou-se que tanto os resultados de coletas de jejum 71,5% quanto as coletas pós-prandiais 75,2% estão dentro das normalidades esperadas para o tratamento. Dessa constatação, pode-se inferir que o bom controle metabólico, observado através dos perfis glicêmicos, refletiu-se na idade gestacional a termo em que ocorreu o parto das gestantes, bem como no peso adequado e em um bom apgar dos bebês.

Entre as glicemias que saíram da faixa considerada normal, obteve-se um maior número maior de hiperglicemias em relação às hipoglicemias.

Das coletas de jejum, setenta glicemias (22,9%) foram acima do valor considerado de bom controle metabólico, ou seja, fizeram hiperglicemia; e apenas dezessete (5,6%) ficaram abaixo desses valores, fazendo hipoglicemias. Entre as coletas de glicemias pós-prandiais, sessenta e uma (5,1%) fizeram hipoglicemia, e duzentos e trinta e seis coletas (19,7%) foram de hiperglicemia.

Tabela 12 – Distribuições das coletas do perfil glicêmico de jejum das gestantes portadoras de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Glicemia Perfil	Normal		Hiperglicemia		Hipoglicemia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º Perfil	63	70,00	23	25,56	04	4,44	90	100
2º Perfil	58	84,06	06	8,69	05	7,25	69	100
3º Perfil	43	82,69	08	15,39	01	1,92	52	100
4º Perfil	26	70,27	06	16,22	05	13,51	37	100
5º Perfil	12	75,00	03	18,75	01	6,25	16	100
6º Perfil	10	76,92	03	23,08	-	-	13	100
7º Perfil	07	70,00	03	30,00	-	-	10	100
8º Perfil	06	75,00	02	25,00	-	-	08	100
9º Perfil	04	57,14	03	42,86	-	-	07	100
10º Perfil	01	50,00	01	50,00	-	-	02	100

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre- RS, Mar./Jun. 2001.

Optou-se em comparar o primeiro perfil glicêmico com os subseqüentes para avaliar o comportamento dos perfis em função do tratamento do diabetes. Verificou-se que todas gestantes diabéticas coletaram pelo menos um perfil glicêmico na gravidez, e apenas uma gestante coletou mais que dez perfis.

Pode-se observar que foram poucas as pacientes que coletaram mais do que cinco perfis glicêmicos. Anteriormente, já foi descrito que a maioria das gestantes com diabetes gestacional procuram atendimento somente no terceiro trimestre da gravidez. Observa-se exatamente o contrário em relação às mulheres com diabetes prévio à gestação, das quais apenas (1,90%) procurou o serviço no final da gestação.

Observou-se também que as gestantes que realizaram mais coletas de glicemia de jejum, para o perfil glicêmico, percentualmente apresentaram índices menores de normalidade dos valores glicêmicos. Pode-se inferir que a

gestante com maior número de perfis prescritos deveria ter maior dificuldade para se manter normoglicêmica.

Observa-se, ainda, que, em relação às coletas de jejum, os valores, quando não são normais, são de hiperglicemias. Os valores da glicemia de jejum refletem a dieta ingerida no dia anterior, isto é, a dieta cotidiana de cada gestante.

Tabela 13 – Distribuições das coletas do perfil glicêmico pós-prandial das gestantes portadoras de diabete. Porto Alegre, RS – 2001.

Glicemia Perfil	Normal		Hiperglicemia		Hipoglicemia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1º Perfil	280	77,13	73	20,11	10	2,76	363	100
2º Perfil	215	78,47	44	16,06	15	5,47	274	100
3º Perfil	150	75,00	39	19,50	11	5,50	200	100
4º Perfil	106	64,63	50	30,49	08	4,88	164	100
5º Perfil	44	68,75	11	17,19	09	14,06	64	100
6º Perfil	32	66,67	13	27,08	03	6,25	48	100
7º Perfil	27	72,97	08	21,62	02	5,41	37	100
8º Perfil	23	79,30	03	10,35	03	10,35	29	100
9º Perfil	16	61,54	07	26,92	03	11,54	26	100
10º Perfil	01	16,67	01	16,67	04	66,66	06	100

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

Em relação às coletas de glicemias pós-prandiais, é importante lembrar que são quatro coletas após refeições. Algumas pacientes, em concordância com as médicas, não realizavam a última coleta de glicemia às 20horas.

Observa-se que a maior parte de coletas concentrou-se até o quarto perfil glicêmico, nos quais houve predominância de glicemias normais seguidas

pelas hiperglicemias. Apenas no oitavo e décimo verificou-se predominância de hipoglicemia. Os valores das coletas pós-prandiais referem-se aos resultados da alimentação oferecida no hospital em questão, a qual é rigorosamente controlada pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

Tabela 14 – Distribuição do uso de insulina por gestantes, segundo o tipo de diabete. Porto Alegre, RS – 2001.

Diagnóstico Uso de insulina	DM prévio à gestação		DMG		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	17	16,19	31	29,52	48	45,71
Não	04	3,81	53	50,48	57	54,29
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

A Tabela 14 evidencia que quarenta e oito pacientes (45,7%) utilizaram insulina durante a gestação, enquanto cinquenta e sete mulheres (54,3%) atendidas no programa não a utilizaram.

Observa-se que das vinte e uma pacientes com diagnóstico de diabete prévio à gestação, apenas quatro (3,81%) não fizeram uso de insulina, levando a inferir que sua diabete era do tipo 2. Esse fato foi inverso nas grávidas com diagnóstico de diabete gestacional. Das oitenta e quatro gestantes com este diagnóstico, a maioria 61,25% não necessitou utilizar insulina no seu tratamento. A insulina somente é recomendada para portadoras de diabete gestacional quando elas não conseguem realizar o controle metabólico apenas com a dieta a fim de reduzir o risco de macrosomia fetal.

Tabela 15 – Distribuição do número de internações hospitalares das gestantes portadoras de diabetes segundo o tipo de diabetes. Porto Alegre, RS – 2001.

Diagnóstico Internações	DM prévio à gestação		Diabetes gestacional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	13	12,38	16	15,24	29	27,62
Não	08	7,62	68	64,76	76	72,38
Total	21	20,00	84	80,00	105	100,00

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

A maioria das gestantes 72,38% atendidas neste programa não necessitou internação hospitalar, apenas vinte e nove mulheres (27,62%) internaram-se para algum tipo de tratamento, sendo que a incidência foi maior entre as portadoras de diabetes prévio à gestação, com 61,90%, enquanto que entre as gestantes com diabetes gestacional foi de 19,04%.

O intervalo de tempo de internação hospitalar para estas gestantes com diabetes prévio à gestação foi de onze à vinte dias, sendo que dez (76,92%) destas pacientes tiveram este tempo de internação, duas gestantes internaram vinte e um dias e vinte e cinco dias e uma paciente necessitou internar por oitenta e seis dias.

Das gestantes com diabetes gestacional, apenas dezesseis (19,05%) internaram e dessas, treze (81,25%) não ultrapassaram dez dias de internação hospitalar. Uma gestante internou onze dias, outra vinte e um dias e somente uma oitenta e dois dias.

Do total de vinte e nove pacientes que necessitaram internação, para 68,96% o motivo foi a descompensação metabólica; 17,24% internou por hipertensão; 6,90% para tratar trabalho de parto prematuro e polidrâmnio;

3,45% para investigação de retardo de crescimento intra-uterino; e 3,45% por depressão.

O que se observa é que o tempo de internação hospitalar é inversamente proporcional ao tipo de diabetes materna, ou seja, as grávidas com diabetes prévio à gestação necessitaram tempo maior de internação, comparado ao tempo das mulheres com diabetes gestacional. Na prática, o que se observa é que as gestantes com diabetes prévio à gestação têm maior dificuldade para manterem suas glicemias dentro dos padrões recomendados, o que se evidencia no grupo pesquisado, onde o principal motivo de internação hospitalar foi a descompensação metabólica.

Tabela 16 – Distribuição da frequência das gestantes portadoras de diabetes às consultas com a equipe de saúde. Porto Alegre, RS – 2001.

Consultas Médicas	n	%
Sem Faltas	79	75,2
1 Falta	15	14,3
2 Faltas	08	7,6
3 Faltas	02	1,9
4 Faltas	01	1,0
Total	105	100,0

Fonte: Pesquisa Direta: Moretto, Virgínia Leismann. Coleta de dados em prontuários. Porto Alegre, Mar./Jun./2001.

A maioria das gestantes (75,2%) não faltou às consultas durante o tratamento do diabetes na gravidez. O alto índice de presença demonstra a adesão dessas mulheres ao tratamento, evidenciando o vínculo estabelecido entre as médicas e as pacientes ou o medo do que representa o diabetes na gestação para essas mulheres.

Das cento e cinco gestantes atendidas pelas médicas da equipe de atendimento à gestante diabética, no período da coleta de dados, quarenta (38,1%) também foram atendidas em consultas por outras especialidades, além das consultas com a obstetra e a endocrinologista. Destas, vinte e nove pacientes fizeram consulta com a nutricionista; sete com o oftalmologista; duas consultaram com a psicóloga e apenas duas com a enfermeira.

Observou-se um baixo número de consultas, registradas no prontuário, com a nutricionista e a enfermagem, pois, a princípio, todas gestantes diabéticas deveriam avaliar e ajustar suas dietas com a nutrição, bem como serem acompanhadas pela enfermeira para educação em saúde. A bibliografia especializada em diabetes descreve que o tratamento do diabetes está intimamente ligado à educação, principalmente no período da gestação. Nessa época, ocorrem mudanças metabólicas importantes tanto nas portadoras de diabetes prévio como nas demais gestantes, o que pode ocasionar problemas tanto para a gestante como para seu bebê. Em função disso, essas mulheres deveriam ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional para avaliação periódica, uma vez que a educação em saúde é um processo contínuo que deveria ser reforçado, ainda mais por tratar-se de um grupo em especial, em que tanto as gestantes com diabetes prévio como as com diabetes gestacional necessitam de um acompanhamento próximo uma vez que constituem grupo de risco tanto no presente como no futuro. Portanto, deveria ser aproveitada a oportunidade da gestação para alertar as mulheres sobre os riscos do diabetes no futuro e para orientá-las sobre o monitoramento de sua saúde.

4.2 Apresentação das discussões do Grupo Focal

Seguindo a recomendação de Debus (1997, p.90) de que a apresentação dos conteúdos discutidos no Grupo Focal “*contiene una descripción de los resultados fundamentales de la investigación y un análisis a fondo de dichos resultados*”, optou-se por inicialmente caracterizar as gestantes que participaram do grupo e, após, apresentar os temas que emergiram durante as discussões, possibilitando o conhecimento das protagonistas do Grupo Focal e o entendimento do fio condutor que permeou as discussões em grupo.

4.2.1. Caracterização das gestantes diabéticas que participaram do Grupo Focal

Todas as gestantes participantes do Grupo Focal freqüentaram o programa de atenção à gestante diabética do hospital em estudo e realizaram o perfil glicêmico por recomendação médica. A maioria delas veio encaminhada de outro serviço ao hospital, para o acompanhamento de sua gestação. Algumas já conheciam o programa e o procuraram espontaneamente.

Participaram das sessões do Grupo Focal vinte e nove gestantes, sendo que vinte e duas tinham diagnóstico de DMG e sete de DM prévio à gestação. A idade delas variou entre vinte e quarenta e três anos. Apenas cinco gestantes tinham idade inferior a vinte nove anos, doze tinham idade entre trinta e trinta e nove anos e doze mulheres estavam entre quarenta e quarenta e três anos de idade. Quanto à procedência das participantes do Grupo Focal,

dezesesseis eram da grande Porto Alegre e interior e treze gestantes eram de Porto Alegre.

Todas participantes foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, de maneira geral, pertenciam à classe social baixa, o que pode justificar o baixo grau de escolaridade dessas mulheres, uma vez que dezenove não completaram o Ensino Fundamental. Por isso muitas vezes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido teve que ser lido e explicado às gestantes, que tinham dificuldade inclusive para assinarem seu nomes quando queriam participar do Grupo.

4.2.2 Temáticas do Grupo Focal

A apresentação dos materiais do Grupo Focal, segundo Debus (1997), deve conter a descrição dos resultados fundamentais da investigação e uma análise aprofundada dos dados. A autora sugere que os dados sejam agrupados de acordo com as áreas temáticas principais e possibilitem ao pesquisador identificar as diferentes dimensões que surgiram em relação ao tema debatido

Assim, optou-se por organizar a apresentação dos achados de acordo com os temas principais que apareceram nas discussões do grupo, quais sejam: **o medo; impacto da notícia do diagnóstico; dificuldades das gestantes diabéticas; dúvidas em relação ao sistema atual de tratamento do diabete na gestação; e relacionamento de confiança com a equipe.** Dentro de cada tema, foram apresentados os subtemas.

Seguindo a orientação de Debus (1997), para ilustrar os temas, foram extraídas algumas falas que representam otimamente as idéias do grupo.

➤ O medo

O evento da gestação faz parte do processo normal de desenvolvimento na vida de uma mulher, sendo considerado um período de transição para alguns autores, tais como Maldonado (1997), em virtude das funções que a mulher passará a assumir em decorrência da gravidez e nascimento do bebê. Paralelamente, essa fase acarreta uma série de mudanças no cotidiano da mulher, as quais incluem as alterações físicas, sócio-econômicas, de identidade e, sobretudo, mudanças emocionais. Por isso, Maldonado (1997) considera a gestação como momento de crise, e Ávila (1998) a descreve como um momento de desorganização emocional temporária na vida das mulheres. Essa crise não acaba no momento do parto. Muitas vezes permanece durante o puerpério e até se agrava, devido às mudanças desencadeadas pelo parto e nascimento do bebê (Maldonado, 1997).

Muitas são as preocupações das mulheres grávidas. Segundo Ávila (1998), as preocupações geralmente giram em torno dos diferentes momentos da gravidez nas suas vidas; das questões financeiras que a gestação e o bebê acarretarão; da relação com o marido, que poderá ficar afetada em virtude do ciúme ou alteração na sexualidade que a gestação desencadeia; do medo de gerar um bebê com problemas de saúde ou malformado; e do medo em relação ao momento do parto.

Ávila (1998), Maldonado (1997) e Soifer (1992) mencionam a instabilidade emocional como característica marcante de toda gestante e, conseqüentemente, essa instabilidade poderá provocar sentimento de medo para algumas mulheres em alguns momentos da gravidez.

Esse sentimento de medo também foi evidenciado no grupo de gestantes que participaram de estudo. Referiram preocupações comuns a todas grávidas, tais como: medo do parto devido à dor; insegurança em relação à maternidade. Verificamos esses temores nos seguintes depoimentos: *“eu tenho medo de como é que eu vou ser mãe”* (DPA); insegurança quanto ao tipo do parto: *“medo de fazer a cesária, eu tenho essa preocupação, meu sonho era ganhar de parto normal”* (DEL).

No transcorrer das sessões do Grupo Focal, conseguiu-se captar e perceber muito bem esses medos e a instabilidade emocional das gestantes, já que a palavra mais utilizada entre as participantes das sessões foi “medo”. Em todas as sessões, apareceu essa expressão, tornando-se um elemento constante de discussão do Grupo.

O medo aparece de forma diferente nas falas das mulheres do Grupo, dependendo de seu diagnóstico: diabetes prévio à gestação ou diabetes gestacional.

Na presença de diabetes na gestação, o medo, considerado normal pelos autores, se acentua, principalmente quando as gestantes conhecem as conseqüências da doença na gestação, o prognóstico a médio e a longo prazo na vida, bem como as conseqüências que podem acarretar na saúde do bebê. O medo foi identificado no relato das gestantes quando estas diziam que

“...sabendo dos casos de diabetes de pessoas que ficaram cegas, de casos mais graves, ela deve tá com medo...”(DNE).

A maioria dos acontecimentos da vida são muito complexos e extremamente influenciados pelo contexto onde estão inseridos. Quando um acontecimento vem acompanhado por incerteza, tem um potencial maior para criar medo no indivíduo. Nesse sentido, a gestação traz muitas incertezas, principalmente quando se trata de uma gestação acompanhada por diabetes.

O medo, segundo a literatura especializada, geralmente vem associado à ansiedade. Isso se verificou também no grupo de gestantes aqui investigado. Quando elas relataram seus medos, observou-se que são relativos às incertezas que esta gestação de alto risco produz. Neste estudo, optou-se por usar a definição de Ferreira (1986, p.1110), para quem o medo significa “sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça...”.

Esse conceito torna-se claro nas falas das gestantes quando se referem a acontecimentos futuros, os quais poderão ou não ocorrer. Entre os medos que foram abordados nas discussões do Grupo, apareceram como subtemas o medo em relação ao bebê e medo do diagnóstico .

- O medo em relação ao bebê

O medo em relação ao bebê foi tema de todas as sessões do Grupo, sendo expresso de diferentes formas pelas gestantes.

Durante as sessões do Grupo, lembrei-me do bebê imaginário e do bebê real, pois sempre era referido um medo em relação a algo desconhecido,

mesmo pelas pacientes nas quais os exames obstétricos mostravam normalidades físicas do feto. Raphael-Leff (1997) descreve que, nas gestações, o ventre materno torna-se um receptáculo de esperanças, vontades, desejos e ansiedades. O mesmo autor diz que a história interior difere para cada gestação, uma criança imaginária é posta ao lado do embrião já implantado no ventre da mãe e, muitas vezes, mesmo antes da concepção, o bebê é delineado na realidade psíquica da mãe. Então, quando existe falta de conhecimento sobre o seu bebê, o ventre torna-se um receptáculo para fantasias, desejos, temores e esperanças das mulheres. Ávila (1998) descreve que as gestações que vêm acompanhadas de algum problema que coloque a mãe e o bebê em risco são vividas com maior ansiedade pela gestante, principalmente pelo temor de estar gestando um bebê com problemas. Por isso concordo com Raphael-Leff (1997) quando afirma que a mulher pode focalizar aspectos positivos ou negativos de seu processo de duas vias, ou seja, vê em si um ser passivo, uma generosa armazenadora, uma envenenadora ou uma hospedeira explorada. Por outro lado, pode imaginar seu filho um hóspede inocente, um parasita consumindo suas energias, um intruso contaminando seu íntimo. Pode-se perceber isso quando DPA se pronunciou ao grupo colocando suas dúvidas em relação ao bebê.

"...será que vai nascer perfeito?

Será que vai nascer com algum problema físico? (enquanto participava do Grupo Focal, a gestante acariciava o ventre delicadamente e conversava com seu bebê sobre esta dúvida que lhe acarreta medo)

Tu tens algum defeito?

Como te sentes aí dentro?

Sabe, não sei se é por causa que já está chegando no final...

(DPA)"

Essa preocupação esteve presente entre muitas gestantes quando expressaram medo "...do nenê nascer com algum defeito..."(DLN), quando diziam que "...espero que a criança nasça saudável..."(DLI), ou mesmo quando declaravam que "...a gente fica com medo do nenê nascer bem..".(DRO).

O medo e a ansiedade por parte das gestantes que já tiveram experiência anterior com diabetes apareceu claramente e com bastante intensidade nas discussões do grupo. Acredito que isso se deveu ao fato de as gestantes conhecerem mais detalhadamente os riscos que o diabetes acarreta à gestação, como aparece na fala de DAN.

*"...estou com medo porque eu já tenho diabetes, estou com medo desta gestação ... (chorando)
Tenho medo dele nascer doente, e eu não aceitar..."(DAN)*

Para Maldonado (1997) e Ávila(1998), o medo de ter um filho malformado é comum nas mulheres. Para Maldonado (1997), ter filhos sadios representa um grande prêmio, a nível emocional, e ter filhos doentes ou malformados representa um castigo. Quando a autora se refere ao medo de ter filhos sadios ou não, ela reporta-se a mulheres com gestações sem intercorrências. Agora, se transpormos esse medo para as gestantes diabéticas, as quais estão expostas ao perigo real de terem filhos malformados ou com outros problemas, pode-se tentar imaginar a dimensão de todo esse medo.

Da mesma forma, aquelas pacientes que experenciam o diabetes como algo novo na gestação ou em suas vidas e que já têm orientação detalhada da equipe de saúde sobre a doença e suas repercussões mostram-se extremamente preocupadas com o bebê, como verbalizado por DEU a seguir:

*"...a médica disse que tem vários riscos, né?
Com o nenê, por causa do diabetes, que é muito perigoso,
assim como ele está bem, outra hora ele pode até morrer..."*

Outra integrante do Grupo relatou o seguinte *"...Eu fiquei no desespero, porque ela(médica) disse que poderia ter se formado mal..."(DEL)*. Nesse momento, houve silêncio. Ao prosseguir sua fala, DEL chegou a afirmar *"...poderia ter que tirar o feto!"* Este não foi o caso de DEL, pois os exames sempre mostraram normalidade fetal, apesar da glicose ser de difícil controle. Provavelmente por conhecer sua dificuldade em permanecer normoglicêmica é que a gestante mostrava-se preocupada e fez declarações tão fortes para todas as presentes naquela sessão.

- Medo do diagnóstico

O diagnóstico de diabetes na gestação causa incertezas nas mulheres, e isto também desencadeia medo nessas gestantes. Normalmente, ao ser diagnosticado diabetes, as gestantes são encaminhadas para uma equipe especializada que trata exclusivamente de gestantes diabéticas, uma vez que não se trata de uma gestação como as demais. Se essa conduta, por um lado, serve para o acompanhamento especializado da gestação, por outro fornece um elemento a mais para a constelação de preocupações da gestante. Da mesma forma, as gestantes com diabetes prévio à gestação sentem medo devido ao conhecimento das consequências do diabetes na gravidez.

Isto ficou demonstrado quando uma paciente falou em uma das sessões do Grupo Focal, que *"... no começo fiquei apavorada, com medo por causa do diabetes, tenho medo de faltar, tenho medo de morrer..." (DLO)*.

Notou-se que as mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional, mas com esclarecimentos sobre gestação e diabetes, demonstraram medo em relação às conseqüências desta patologia "...tenho medo de ficar diabética.." (DTE) (essa gestante chorava muito durante seu depoimento). A paciente demonstrou o medo que sentia em relação ao perigo real que representa o diabetes na gestação pois sabia que poderia vir a tornar-se diabética no futuro.

Do mesmo modo que o medo de ficar diabética, também a esperança da doença desaparecer após a gestação se evidencia:

"...espero que depois que eu ganhar o bebê o diabetes vai embora, assim como a médica disse, porque pode que ele(diabete) fique ou que ele vai, espero que ele saia de mim..." (DFA)

Observa-se que as pacientes com diabetes prévio à gestação têm outras preocupações e, conseqüentemente, outros medos quando comparadas às mulheres com diabetes gestacional. Conhecem, de alguma forma, as conseqüências da doença em relação à gestação e possuem informações mais detalhadas da patologia. Em alguns momentos do Grupo, isto ficou evidenciado, como a seguir:

"... a gente não pode esquecer nunca que é diabética porque toda hora tem que fazer um testezinho, toda hora tem que tomar insulina, a gente não esquece nunca..." (DRG)

Essa gestante tem experiência prévia de outra gestação, o que a leva a expressar sua preocupação "...do medo de tudo que tem que passar..."(DRG) em relação ao diabetes na gravidez. Outra preocupação que ela relatou foi o medo das internações hospitalares, principalmente pelo longo período que normalmente duram, pois esse evento significa o afastamento de suas famílias. Outras gestantes fizeram relato semelhante: "...o meu maior medo é internar e

deixar minha filha..."(DEL); ou também "...tenho medo de ficar baixada aqui e ficar longe delas (filhas)..."(DAN).

Associado ao medo do diagnóstico, apareceu o medo de usar insulina por parte de algumas mulheres com diabetes gestacional. Em um dos depoimentos, a paciente disse que *"...eu tenho medo de ter que tomar insulina..." (DLI)*. Em outra fala, mais contundente, a gestante relata: *"...eu fiquei apavorada, cheguei a chorar, mas agora eu comecei a tomar consciência, se eu tiver que me picar, eu vou fazer de tudo..." (DNE)*.

Apesar de relatar o pavor que sentia de fazer insulina injetável, DNE tinha consciência de que a medicação reduziria os riscos materno-fetais, pois diminuiria as hiperglicemias maternas.

➤ **O impacto da notícia do diagnóstico**

Quando se fala em gestação, é comum lembrar de momentos felizes e bebês lindos. A notícia de um diagnóstico que pode causar dúvidas em relação à saúde, tanto do bebê quanto da mãe, gera grande impacto em algumas gestantes. Tivemos momentos muito difíceis durante as sessões do Grupo Focal, quando as pacientes relataram que o momento do diagnóstico, tanto do diabetes, quanto da gravidez, causou um grande impacto nas suas vidas, sendo que algumas ainda não haviam elaborado esse fato, como a seguir fica demonstrado.

"...eu choro muito, estou supernervosa, eu estou com vontade de não fazer pré-natal nem nada, não ir em hospital, não fazer nada, depois chegava a hora de ganhar... eu ganhasse...(DAN).

Essa paciente, com diabetes prévio à gestação e duas filhas, conhecia o programa, pois em gestação anterior havia sido acompanhada pela equipe. Ela chorava muito durante seu relato. Disse que esta gestação não foi planejada e seus níveis glicêmicos estavam muito altos desde a concepção até o momento do depoimento (seis semanas de gestação). Ela estava visivelmente transtornada com a situação e muito ansiosa. Esse quadro gerou um clima de muita apreensão em todas presentes. Como eu já conhecia DAN, aproximei-me dela e, segurando-lhe a mão, contei às outras gestantes presentes que DAN é diabética há vários anos, e as outras gestações que teve correram bem, pois ela fez o tratamento preconizado, e suas filhas nasceram sem problemas.

Essa situação evidencia o sofrimento que algumas gestantes vivem durante a gestação com diabetes e a necessidade de receberem suporte adequado durante esse período tão delicado de suas vidas.

Para as gestantes que descobriram o diabetes na gestação, a notícia do diagnóstico veio como *"... uma novidade..."(DRO)*, e foi um momento *"...horrível, pois nunca imaginei que tivesse isso..."(DSA)*. Para outras pacientes que desconheciam a doença, o momento do diagnóstico gerou pavor, como mostram os relatos: *"...estou apavorada com isto aí, porque eu nunca tive, nem sei o que é diabetes..."(DMA)* e *"...quando eu soube que estava com diabetes, eu pensava que já ia morrer..."(DMC)*.

Sem dúvida, muitas mudanças ocorrem na vida das mulheres que tem o diagnóstico de diabetes na gravidez, sendo que a primeira é em relação à dieta. De uma hora para outra essas mulheres se vêem obrigadas a iniciar uma dieta fora dos padrões convencionais de uma grávida, pois a dieta para gestantes

diabéticas precisa garantir um ganho de peso materno adequado e um aporte também adequado de nutrientes ao feto (Opperman e Reichelt, 2001).

A mudança na dieta, então, tornou-se outro impacto junto com o diagnóstico, quando elas relataram "...*eu comia muito doce, no começo eu chorava, eu via as coisas e não podia comer, eu chorava...*"(DRL), ou "...*eu gosto de comer doce e tomar refrigerante, e essas coisas a gente não pode comer...*"(DJU).

Apesar do sacrifício relatado por algumas gestantes, em vários momentos, quando diziam "...*eu sinto fome sempre (...) se eu não fosse obrigada fazer dieta, mas por causa do nenê...*"(DCM), elas referiram que entendiam a importância de observar a dieta, principalmente devido à saúde do bebê. Por outro lado, outras mulheres esboçaram claramente as dificuldades que sentiam para manter-se dentro dessa nova realidade "...*hoje eu fiquei com fome e comi uns três pães...*"(DTE).

O impacto da diagnóstico do diabetes é tão grande para algumas mulheres que, após o sucesso da gestação, elas não retornam para acompanhamento no puerpério.

As diabéticas necessitam acompanhamento endocrinológico sempre, e as diabéticas gestacionais, até confirmarem que o diabetes foi apenas na gestação. Para isso, é importante que recebam orientações sobre a realização de testes de tolerância à glicose pós-parto e outros exames anuais para avaliar os níveis glicêmicos. No entanto, não foi isto que se notou, pois algumas mulheres mostraram exatamente o contrário: "...*eu não sei se não tinha(diabete), quando ganhei a minha(filha) de quatro anos, eu deveria ter*

voltado e não voltei...”(DMA); “...depois que eu ganhei a menina, nunca mais fui no médico, três anos, nunca mais...”(DAN). Com esses depoimentos, ficou evidenciada a falta de autocuidado de algumas gestantes, pois mesmo tendo recebido orientação anterior, como relatou DMA, elas não seguiram o acompanhamento de sua saúde.

Durante os encontros, algumas gestantes mencionaram ser diabéticas apenas na gestação, o que causou surpresa para a pesquisadora, pois os resultados dos exames diagnósticos, a idade e a história anterior de algumas gestantes pareciam não concordar com o que é descrito na literatura. Mas, ao adotar-se o conceito de diabetes gestacional da Sociedade Brasileira de Diabetes, vamos ver que essas tiveram o diagnóstico pela primeira vez durante a gravidez, então são consideradas diabéticas gestacionais. Acredita-se que, se estas gestantes seguirem as orientações da equipe quanto à importância dos testes no puerpério, provavelmente confirmarão, em exames pós-parto, o diagnóstico de diabetes.

➤ **Dificuldades das gestantes diabéticas**

A necessidade de um tratamento criterioso para evitar problemas com a mãe e o bebê impõe às gestantes uma nova rotina nas suas vidas, pois ocorrem mudanças radicais neste período. Dieta rigorosa, consultas médicas semanais ou no máximo quinzenais e o exame do perfil glicêmico são responsáveis por várias dificuldades relatadas pelas pacientes durante as sessões do Grupo Focal.

As dificuldades relatadas pelas gestantes foram agrupadas em dois subtemas bem diferenciados, o primeiro relacionado à conciliação do tratamento com a vida familiar e o segundo relacionado à conciliação do tratamento com a atividade profissional.

- Dificuldade para conciliar o tratamento com a vida familiar

A principal dificuldade é conciliar o tratamento e as freqüentes idas ao hospital com suas vidas e famílias, principalmente quanto aos filhos. Essa dificuldade é relatada por várias participantes: *"...eu tenho um nenê de três anos, e ele tem que ficar com a menina de doze anos...aí fica ruim..."(DLO)*. Essa dificuldade é comum para as mulheres com filhos pequenos, pois *".. eu tenho que deixar a minha filha com alguém...esta tem sido a minha maior preocupação que eu tenho tido até hoje, e se eu tenho que internar?..."(DRG)*.

Às vezes, a família é obrigada a modificar sua rotina para poder permitir a participação da mulher no programa de atendimento à gestante diabética, como aparece na fala de DMA: *"...tenho uma(filha) de dois anos, daí a minha guria falta no colégio para eu poder vir..."*.

Mesmo as mulheres com filhos maiores demonstram a mesma dificuldade, sempre relacionados com sua ausência do lar, seja por algumas horas ou pelos períodos longos de internação hospitalar.

"...o médico me examinou e disse que teria que ficar umas seis semanas no hospital. Eu tenho uma filha recém-separada em casa, sozinha, com problemas de depressão, imagina a minha cabeça na hora em que recebi a notícia que ia ter que deixá-la sozinha, sabendo que um dia já é problema ela ficar sozinha..."(DNE).

As pacientes com internação de curto período também expressaram a mesma dificuldade, devido ao fato de experimentarem uma situação nova e ficarem afastadas da família, como a seguir:

"...duas vezes eu já me interno aqui, o diabete estava dando pulo e a minha pressão também, tudo desregulado. Quatro dias eu fiquei, como se fosse quatro meses, foi a primeira vez, horrível, mas foi..."(DMA).

Acredito que as dificuldades foram encontradas, principalmente, porque a maioria das participantes são donas de casa, ou seja, dedicam-se exclusivamente às tarefas domésticas e aos filhos. No momento em que necessitam ausentar-se de casa, precisam organizar toda estrutura doméstica para o seguimento normal da casa. Já as gestantes que trabalham também precisam reformular as suas rotinas devido às dificuldades impostas pelo tratamento.

- Dificuldade para conciliar o tratamento com a atividade profissional

Outra dificuldade que apareceu foi conciliar atividade profissional com o tratamento, pois esse requer afastamentos constantes do local de trabalho e, segundo a maioria delas, *"... atrapalha, né?..."(DCA)*.

As gestantes com vínculo empregatício demonstraram preocupação de perder o emprego, uma vez que a falta ao trabalho é inevitável, como observado no depoimento a seguir.

"...eu fiquei uma semana no hospital e agora, quase toda quarta-feira, eu tenho que vir para cá o dia todo e sexta-feira tenho que vir de manhã e ficar, sei lá, até de tarde. Eu posso até perder o emprego e não posso..."(DCR)

Foi amplamente discutido pelas participantes os direitos da empregada durante a gestação, mas as conseqüências de faltas ao trabalho foram resumidas por uma gestante quando disse: "... *funcionário só é bom enquanto trabalha...*"(DTE).

Já as mulheres que realizam trabalhos como autônomas mostraram a mesma preocupação quando falam "...*a única coisa difícil é a gente largar tudo e vim para cá...*"(DRG), porque seus honorários dependem da produção e "...*se eu não trabalho, não ganho...*"(DRG).

Notou-se também que, com o passar do tempo, a gestante diabética apresentava maiores dificuldades para desenvolver sua atividade no trabalho devido ao crescimento fetal e ao ganho de peso. Isso se evidencia no relato a seguir:

"... Eu estudava e trabalhava, agora estou só em casa. Estou de férias no colégio e trabalhar eu tive que sair por causa do bebê, por causa da barriga, não dá mais para mim trabalhar, porque eu trabalhava em uma farmácia e ficava de pé muito tempo, aí eu pedi as contas..."(DRL).

Algumas participantes não sentiram dificuldade no seu local trabalho. Isso ficou caracterizado em algumas falas, principalmente quando as diabéticas gestacionais mencionaram um certo auxílio por parte dos colegas, ou transferências internas para melhorar o desempenho .

"...no trabalho tá bom, todo mundo entende, eu não faço coisa pesada mais, eu trabalho em escritório aí tem que levantar e sentar toda hora, e agora eu quase não levanto, tem um guri lá que está me ajudando, então está tudo normal..."(DED).

“...eu não tenho que me queixar, eu ficava num lugar muito quente, eles me tiraram, agora tenho que ensacar roupa, e é pesado colocar no saco e se torna muito pesado, mas eu vou pedir para tirar uns dias, porque eu já estou me sentindo..., sei lá, dói os pés, dói as pernas, eu sinto falta de ar e...”(DJU).

➤ **Dúvidas em relação ao atual sistema de tratamento do diabetes na gestação**

Como foi descrito na metodologia deste estudo, atualmente as pacientes passam as quartas-feiras inteiras na sala de deambulação para coleta do perfil glicêmico e retornam na sexta-feira para resultado desse exame, com consulta agendada por ordem de chegada com a médica obstetra e a endocrinologista.

Já na primeira sessão do Grupo Focal, algumas gestantes com diabetes prévio à gestação expressaram dúvidas em relação à validade do sistema de coleta do perfil glicêmico, porque *“...quarta-feira inteirinha aqui e não resolver nada, porque meu dia-a-dia é diferente...”(DRG)* e *“...a gente passa o dia inteiro aqui de barriga cheia, sem caminhar nem nada ...”(DNA)* então *“...eu duvido que alguma dessas aqui tenham a mesma glicose de quarta-feira do que outro dia que estão em casa...”(DRG)*.

Elas argumentaram que suas rotinas diárias eram muito diferentes, pois trabalhavam, caminhavam e realizavam tarefas domésticas. Por outro lado, não atrasavam na realização das glicemias e ingeriam refeições mais saborosas, mesmo seguindo a dieta prescrita. Por esses motivos, contestavam a forma como o perfil era realizado no hospital.

Em relação às coletas de glicemias nas quartas-feiras, uma queixa forte foi a falta de pontualidade quanto ao momento da coleta sanguínea, pois,

segundo as gestantes, *"...tem quartas que a coleta vem cedo e tem quartas que elas se atrasam..."(DEL)*. Em virtude disso, apareceram as explicações sobre alterações de resultados como *"... semana passada eu fiz o perfil e deu alterado, porque a coleta se atrasou, ela chegou lá às 20h30min..."(DFA)*.

Esse fato pode ser vivenciado pela pesquisadora, pois algumas vezes atrasava a primeira coleta sanguínea e, em conseqüência, atrasava o café da manhã, o que determinava que os próximos horários de coleta fossem revisados. No entanto, essa revisão não ocorre, pois as coletadoras cumprem o que está escrito na requisição do exame. A conseqüência dos atraso foi resumida por uma gestante com diabetes tipo 1:

"...daí a gente vai lá em cima e faz a coleta e aparece errado, dá alterado, e leva para drª, e ela manda voltar de novo, mas está errado, pois atrasou tudo(...)A moça lá da coleta se atrasa, aí, se tu fala alguma coisa, ela fica brava"(DCR).

Essa reclamação procede, pois as sessões do Grupo foram sempre realizadas em horário intermediário a qualquer procedimento com as gestantes e, por duas vezes, fomos interrompidas pela funcionária da coleta. Após esses episódios, a pesquisadora ligava para a central de coleta de sangue para avisar o próximo horário, pois na central existem horários fixos de coleta, que nem sempre conferiam com os horários das refeições. Da mesma forma, as refeições também atrasavam.

Estive presente em um desses momentos. Como a atendente de nutrição não me reconheceu porque eu estava sem uniforme e sentada junto com as gestantes aguardando o café, ela foi extremamente ríspida e agressiva porque o grupo chegou atrasado para o café. As gestantes ficaram mudas. Tive

que interferir e conversar com a moça. Notei que as gestantes sentiram-se protegidas. Essa situação é relatada por DCR, quando diz: *"aí tu desce para tomar um café, tu já está quase tendo uma hipo ou outra coisa, e aí as mulheres lá da cozinha ficam chateadas porque a gente se atrasa...."*

Quem experencia o perfil glicêmico pela primeira vez e ainda está sob o impacto do diagnóstico considera que *"...passar a quarta-feira, treze horas, aqui dentro, é um "stress" total, porque tem hora que não tem mais assunto, o assunto é... pegar tua bolsa e ir embora..."*(DAS). Essa participante mostrou-se sempre muito assustada com o ambiente hospitalar. Após um café da manhã, quando subíamos todas juntas no elevador para mais uma sessão do Grupo, as demais gestantes perguntavam para DAS se ela participaria da sessão, pois, em dois encontros anteriores, ela não quisera participar. Disse que podia ser, mas, no momento, precisava falar com alguém do hospital que conhecia e depois iria ver os bebês. Uma das gestantes disse a ela que estaríamos em uma sala próxima ao berçário. Para nossa surpresa, durante a metade da quinta sessão, DAS entrou na sala e pediu para participar .

Em relação às consultas médicas nas sextas-feiras, a maioria questiona a necessidade de obedecer a esse modelo de assistência, pois *"... às vezes a gente sai daqui 13:30h esperando as consultas..."*(DPA). As consultas são marcadas por ordem de chegada das pacientes que realizaram perfil glicêmico, mais as pacientes novas encaminhadas para o programa e ainda as puérperas que vêm para controle do diabetes pós parto. As consultas são sempre atendidas simultaneamente pelas duas médicas, a obstetra e a

endocrinologista. O tempo de atendimento é de aproximadamente vinte minutos para avaliação obstétrica e endocrinológica das gestantes diabéticas.

Por isso as pacientes apresentam algumas sugestões, como:

".. Não tem como marcar de meia em meia hora? Porque, por exemplo, são doze (pacientes), digamos, as doze chegam às oito horas da manhã, depois vai por ordem de chegada. Às vezes a que chegou oito e vinte vai ser atendida meio-dia e pouco, porque chegou depois."(DRG)

O que algumas gestantes contaram que acontece após a consulta com a endocrinologista e com a obstetra, nas sextas-feiras, muitas vezes não é relatado para a equipe, provavelmente porque as gestantes desconhecem a importância do fato para o tratamento, como por exemplo:

"...não tinha lanchado, aí deu essa hipo, dentro do ônibus . Eu senti um mal-estar, fiquei toda mole, toda tremendo. O PM me pegou e botou dentro do carro dele, pensou que estava ganhando nenê, eu disse que não, e aí expliquei para ele que era diabética e que estava passando mal, lá no fim da linha do meu ônibus, daí eu mandei ele comprar um refrigerante para mim. Achei que iria morrer..."(DLO).

"...eu estava saindo, acho que era perto do meio-dia, eu não lembro de nada, passei a manhã toda ali , sai dali sem perceber, e quando veio a Ecco Salva para me atender, estava com 17 de glicemia. Meu marido ligou e falou com minha filha, foi quando percebeu meu estado e orientou minha filha chamar.."(DRG).

"...A gente sai daqui uma hora, e a gente tem insulina e às vezes só traz uma fruta de lanche das dez. Mas que nem sexta passada, saímos daqui meia hora, ainda tive que fazer um exame de urina, daí sai daqui e até eu chegar em casa é duas, duas e meia..."(DEL).

Essas são situações importantes, que toda equipe deveria saber, pois pode alterar detalhes do tratamento de uma paciente.

Já as pacientes que iniciavam o tratamento queixaram-se da falta de orientação quanto à rotina para realizar o perfil glicêmico, porque *"...ninguém explica nada..."(DTE)* e com isto *"...a gente fica totalmente perdida..."(DTE)*, o que deixa as gestantes *"...mais perdida do que cego em tiroteio..."(DMA)*, e também *"... quando eu cheguei, parecia uma barata tonta..."(DLE)*. Com o passar dos dias e do tratamento, *"...eu me adaptei com tanta facilidade que às vezes até eu me admiro..."(DTE)*. Essa adaptação a que DTE se referiu está relacionada com o entrosamento e o espírito de ajuda que as gestantes desenvolvem com os encontros das quartas-feiras. Notei, desde o início de minhas atividades, esse espírito de solidariedade entre as gestantes diabéticas, pois juntas formam um grupo coeso, no qual trocam experiências e compartilham ansiedades, amenizando as dificuldades vivenciadas nessa situação de gestação de risco.

Outro fator que contribui para as pacientes terem queixas em relação a como o atendimento no hospital está estruturado relaciona-se com a dieta servida no dia do perfil glicêmico. A queixa é verbalizada por DEL, quando diz *"...a comida é horrível, vem fria, depois a dieta da gente não é sem sal, a gente sabe que não está num hotel cinco estrelas, mas pelo menos..."*.

É visível o constrangimento de DEL ao falar da comida, porque ficou claro durante as discussões que as gestantes não reclamavam da qualidade da dieta, mas sim de alguns detalhes com a mesma, porque *"...a comida é boa, mas o que é ruim é que vem gelada..."(DRG)*. Sabe-se que, para essas pacientes, a dieta é uma parte muito importante do tratamento, e , caso elas

não consigam se alimentar de acordo com as devidas recomendações, repercussões desastrosas podem ocorrer com sua saúde e a do feto.

O ambiente onde normalmente são coletados as dosagens do perfil glicêmico também foi alvo das discussões do Grupo, principalmente porque ficam expostas à realidade do Centro Obstétrico. As participantes do Grupo Focal conseguiram captar tudo isso quando expressam *"...a coisa que acho diferente lá em cima (no Centro Obstétrico), é que deixa a gente muito nervosa..."(DPA)*. Essa gestante se referia aos casos de urgência que presenciam e aos gritos das parturientes. Mas foi a estrutura física da sala onde permanecem, aguardando as coletas glicêmicas, o motivo de maior discussão, porque *"...Às vezes não tem lugar para sentar, imagina a gente chega às sete e meia..."(DJU)*. Frente às limitações impostas pela atual estrutura, as próprias gestantes tentam se organizar dentro do espírito de solidariedade *"...tem umas que fazem soro, a gente tem que deixar elas sentadas..."(DRL)*. Porém, algumas vezes,

"...quando mandam tu levantar para outra, mal ou bem tu também está gerando um bebê, tu também é mãe, tu tens que levantar para dar lugar para outra, aí tu fica mal acomodada, aí tu já fica irritada..."(DPA).

Como a sala têm dimensões pequenas, e as gestantes permanecem juntas as doze horas de coleta do perfil, fazem brincadeiras e conversam muito, o que é normal, pois, conforme as próprias gestantes:

"...o que acontece ali é que é muita mulher junta o dia inteiro, às vezes a gente está comentando um assunto, conversando porque passando o dia inteiro ali em cima a gente tem que conversar e fazer alguma brincadeira..."(DNE).

As gestantes referiram que algumas vezes suas conversas e brincadeiras atrapalham o andamento normal do Centro Obstétrico, porque outras pacientes que não são diabéticas também utilizam a sala, e as equipes de plantão realizam ecografias no mesmo espaço. Expressaram que *"...a gente estava em quinze, como é que a gente iria ficar quieta, a gente está grávida, não está morta..."(DNE).*

Por todos esse motivos, as gestantes diabéticas questionaram o sistema atual de coleta do perfil glicêmico e até sugeriram que *"...Eles podiam marcar assim, para a gente não precisar vir aqui..."(DNA)*, e outras reforçaram a sugestão de DNA, resumindo toda a questão com os seguintes dizeres:

"...é muito mais vantagem pegar os testes que eu trago de casa na correria do serviço, porque aqui eu fico sentada o dia inteiro, e em casa eu caminho o dia todo, e até nos temperos com a minha comida, em casa eu sei que eu vou comer aquela quantidade inteira de comida que eu tenho que comer, então eu acho que é mais válido..."(DRG).

➤ **Relacionamento de confiança com a equipe**

Esse tema também apareceu em algumas sessões do Grupo, quando as gestantes deixaram muito claro a importância de serem acompanhadas por profissionais que gerem confiança. Algumas das participantes já haviam tido outras gestações e foram tratadas pela mesma equipe, o que fez com que voltassem e procurassem a equipe novamente.

"...Quando eu fiquei grávida, eles queriam me mandar para o outro hospital, eu disse que não iria, eu mesma vim aqui e falei com a Dr^a(obstetra), até que levei um xixi da Dr^a (endocrinologista), porque eu deveria ter continuado a fazer tratamento para diabete depois que eu ganhei minha menina e eu não vim...(DEL)

A gestante deixa transparecer que sente-se segura com a equipe. Até no momento em que diz que foi "xingada" pela médica, ela reconhece a advertência como uma preocupação da profissional com a sua saúde. De uma forma geral, elas expressam a segurança que a equipe lhes inspira, pois sempre são atendidas pelas mesmas profissionais, no ambulatório. Assim, conseguem estabelecer uma relação de confiança com a equipe, o que se traduz pela segurança que sentem.

Certa vez, em um dia de perfil glicêmico, as gestantes tiveram um desentendimento com uma médica residente, como DRL relata *"... a gente estava conversando, e ela (residente) olhando um médico fazer ecografia, aí ela abriu a porta e disse: vocês querem fazer o favor de calar a boca, e olhou bem para a minha cara..."*.

Essa residente se referiu as gestantes com a palavra "diabólicas", em vez de diabéticas, segundo as participantes, o que causou espanto e, ao mesmo tempo, a reação das mesmas, como aparece no relato a seguir

"... Em primeiro lugar sou paciente da Dr^a (obstetra), a senhora me respeite porque eu cuido bem de mim, eu não fujo da raia, se tiver que não comer eu não vou comer, se ela chegar e disser assim que eu tenho que ficar em repouso, eu ficarei em repouso, mas a senhora não grite porque pode me dar um troço aqui, e a senhora vai se incomodar..."(DLU).

A mesma participante que fez essa declaração deixou claro que *"...eu não tenho queixa da equipe..."(DLU)*. Esse foi um momento único de descontentamento relatado pelas participantes. A confiança na equipe sempre destacou-se nas discussões e, neste caso especial, verifica-se que a confiança na sua médica fez com que a paciente respondesse para a residente em

questão. O momento de desentendimento com a médica residente, provavelmente deveu-se ao fato da sala, naquele dia, estar lotada de pacientes, com as gestantes diabéticas conversando e fazendo brincadeiras, como já haviam declarado anteriormente. Finalmente, uma gestante encerrou dizendo: "...*Aquele dia foi o dia, né ? Foi o guarda lá embaixo, foi a ascensorista, e foi a doutora lá em cima...*"(DRL).

Poucas gestantes diabéticas relataram ter tido experiência com a enfermagem, apenas em um momento uma paciente mencionou que teve orientação da enfermeira no ambulatório "...*eu saí às 11h:15min por causa das enfermeiras que ensinam a gente a tomar a insulina, até foi bom, pois eu estava tomando errado...*"(DEL). Isso acontece porque atualmente não existe o acompanhamento individual para essas pacientes por parte das enfermeiras do ambulatório nem por parte das enfermeiras do Centro Obstétrico nos dias do perfil glicêmico.

4.2.3 Síntese do Grupo Focal

Após a análise dos temas discutidos nas sessões do Grupo Focal, Debus (1997) recomenda que se realize síntese global sobre os objetivos da investigação e os principais decisões que emergiram durante as discussões.

Assim pode-se evidenciar que o medo permeia a gestação das mulheres com diagnóstico de diabete, constituindo-se um sentimento gerador de tensão e incerteza. Claramente, em todas as sessões do Grupo Focal, as pacientes demonstraram este medo de diversas formas, mas sobretudo quando

expressaram incertezas quanto à saúde do bebê e repercussões do diabetes em seu futuro.

O esquema atual de atendimento e tratamento do diabetes impôs mudanças na rotina das pacientes, o que trouxe dificuldades para conciliar a vida familiar e profissional dessas mulheres. Por isso, durante as discussões do Grupo surgiram questionamentos em relação ao sistema vigente de tratamento do diabetes na gestação, e até sugestões de mudanças na dinâmica do atendimento, principalmente no que se refere às consultas médicas pós-perfil glicêmico e às acomodações da sala de coleta do perfil glicêmico. Uma contribuição importante surgiu das gestantes com diabetes prévio, que levantaram a possibilidade de realizarem o controle glicêmico domiciliar com glicosímetros e trazerem os aparelhos para conferência da equipe de saúde. Essa sugestão foi levantada em função dos cuidados que normalmente elas já desenvolvem em relação à doença. Dessa forma, realizariam o perfil glicêmico durante seu cotidiano, sem precisarem dispor de um dia da semana para tal.

A confiança na equipe que trata as gestantes diabéticas, principalmente nas figuras das médicas obstetra e endocrinologista, ficou evidenciado no Grupo Focal.

4.3 A convergência dos achados

Observou-se uma forte convergência entre os dados retrospectivos coletados nos prontuários das gestantes e os que emergiram durante as discussões do grupo focal. Portanto optou-se por realizar uma síntese integradora desses achados.

Quanto às características das gestantes atendidas no programa, evidenciou-se que o maior número 80% são de gestantes com diabetes gestacional, enquanto que, entre as integrantes do Grupo Focal, o índice foi de 76%. Com o diagnóstico de diabetes prévio à gestação os dados também ficaram próximos: 20% foi nos achados na busca dos prontuários e 24% das participantes do Grupo Focal.

Dentre as idades das mulheres, pode-se verificar que em ambos os achados as pacientes estavam em um período de vida adequado para a gestação, entre vinte e trinta e cinco anos, 59% na amostra dos dados retrospectivos e 65,52% no Grupo Focal.

A procedência das mulheres atendidas no programa de atenção à gestante diabética foi, em sua maioria, da grande Porto Alegre e interior, sendo que 55,2% foram nos achados nos prontuários e 55% das pacientes do Grupo Focal.

Em ambos os grupos, as gestantes atendidas no programa, em sua maioria, não concluíram o ensino fundamental.

Observou-se, nos dados dos prontuários, que a assiduidade é uma característica desse grupo de pacientes; 75,2% das gestantes diabéticas não faltavam às consultas marcadas. Acredita-se que esse fato vincula-se ao medo, pois praticamente todas as gestantes que participaram do Grupo Focal relataram o medo em relação ao bebê e em relação ao diagnóstico, principalmente no que se refere ao futuro.

A assiduidade às consultas médicas pode também ser associada ao relacionamento de confiança com a equipe, uma vez que, nas discussões do

Grupo Focal, várias gestantes questionaram o grande número de consultas e exames marcados, o que lhes trazia dificuldades profissionais e familiares, mas, mesmo assim, não deixaram de estar presentes nas consultas. A confiança na equipe de atendimento também se destaca quando algumas gestantes com diabetes prévio à gestação expressaram, durante os encontros do Grupo Focal, que voltaram a procurar as médicas da equipe naquela e em outras gestações, ou seja, conheciam a sistemática de atendimento, reclamaram do número de consultas, mas não faltaram ao tratamento proposto.

Por meio dos dados coletados nos prontuários, verificou-se que as gestantes com diabetes prévio à gestação internam mais e por mais tempo que as diabéticas gestacionais. Esse fato também evidenciou-se no relato das pacientes com diabetes prévio à gestação durante as discussões no Grupo Focal, onde relataram o medo das internações, o qual constitui preocupação constante para essas mulheres, pois isso afasta-as do convívio familiar, impondo mudanças radicais em suas vidas .

Foi constatado, nos dados retrospectivos, que a maioria das gestantes com diabetes gestacional 50,48% não utilizam insulina como forma de tratamento para o diabetes. Nas sessões do Grupo Focal, verificou-se que justamente as mulheres com DMG é que referiram medo de utilizar a medicação, provavelmente por desconhecê-la.

Chama atenção neste estudo a complementaridade e semelhança entre os dados quantitativos e qualitativos, o que leva a concordar com Minayo e Sanches (1993, p.240) quando descrevem que “ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda

realidade observada. Portanto, elas podem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares.”

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa permitem afirmar que os objetivos propostos para este trabalho foram contemplados, pois, no momento, se conhecem as características das gestantes diabéticas atendidas em um hospital universitário de referência para atendimento de gestantes de alto risco e também como as mulheres vivenciam o tratamento e cuidado do diabetes melito na gestação.

Verificou-se que a maioria das grávidas deste estudo tiveram diagnóstico de diabetes gestacional, exerciam atividades relacionadas ao lar e eram casadas.

Geralmente as gestantes com diabetes prévio à gestação são encaminhadas ou procuram por tratamento pré-natal, no segundo trimestre da gestação. Quanto às gestantes com diabetes gestacional, a procura ocorre entre o segundo e terceiro trimestre da gravidez. Em sua maioria são pacientes procedentes da grande Porto Alegre e do interior do Estado. A grande maioria não concluiu o ensino fundamental, e, para 60% delas, esta é no mínimo, sua terceira gravidez.

O que surpreendeu nesta pesquisa foi o fato de que a maior parte das pacientes deste programa não apresentaram diabetes em gestações passadas. Acredita-se que algumas gestantes desconheciam seu diagnóstico de diabetes

prévio à gestação. Em sua maioria, as gestantes não tiveram fetos macrossômicos em gestações anteriores. Outro dado evidenciado foi de que, apesar dos bebês nascerem com pesos adequados, o tipo de parto realizado nas gestantes foi predominantemente a cesareana, conduta preconizada com a finalidade de prevenir a morbidade e mortalidade dos recém nascidos em decorrência de hipoglicemias fetais.

As internações hospitalares entre essas mulheres foram pouco freqüentes, sendo que as gestantes com diabetes prévio à gestação internam mais e por maiores períodos de tempo, tendo como causa as descompensações metabólicas.

As pacientes em questão têm uma característica marcante, que é a assiduidade às consultas médicas marcadas. Porém, consultas com outros profissionais como a enfermeira e a nutricionista foram raramente marcadas e registradas nos prontuários.

Pode-se constatar que o tratamento médico na condução da gestação com diabetes obteve sucesso, pois a maioria das gestantes chegaram ao termo da gestação, o peso de nascimento dos bebês foi, para grande maioria, adequado e os apgares demonstram bons resultados, pois nenhum bebê nasceu com apgar abaixo de sete no quinto minuto.

Por meio das discussões realizadas no Grupo Focal, evidenciou-se que o medo acompanha toda a gestação das mulheres com diagnóstico de diabetes, principalmente em relação à saúde dos seus bebês e às repercussões do diabetes em seu futuro. Mesmo acreditando e confiando na equipe de atendimento, as gestantes com diabetes mostraram que o tratamento da doença

impôs mudanças em suas rotinas profissionais e domésticas, trazendo muitas dificuldades para conciliar a vida familiar e profissional com o esquema de atendimento do hospital.

O impacto da notícia do diagnóstico tanto de gravidez, quanto de diabetes, gerou muitas dúvidas em todas as gestantes, tanto em relação à saúde do bebê quanto ao seu futuro, porque, a partir desse diagnóstico, ocorreram muitas mudanças na vida dessas grávidas. Dúvidas essas que freqüentemente eram trazidas durante as sessões do Grupo e discutidas com a pesquisadora. Essas dúvidas fazem parte das preocupações das gestantes diabéticas que realizam o pré-natal neste hospital. Atualmente, as gestantes diabéticas estão sem acompanhamento de um profissional especializado e de referência para esclarecimento de dúvidas que as pacientes normalmente têm em relação à gravidez e ao diabetes melito, um profissional que discuta, oriente e minimize algumas questões importantes para as gestantes diabéticas e suas famílias.

6 RECOMENDAÇÕES

Ao final desta dissertação, acredita-se que possam ser feitas algumas recomendações.

A principal delas refere-se à indicação de uma enfermeira obstétrica para trabalhar integrada à equipe de atenção à gestante diabética, atuando como uma referência para esse grupo de pacientes e sua família. Para tanto, pode-se adaptar a proposta apresentada no *Primary Nursing*. Esse modelo de atendimento constitui-se em um novo conceito no trabalho da enfermagem. Segundo Magalhães e Juchem (2000), o *Primary Nursing* é um modelo de cuidado centrado na figura da enfermeira, onde essa é a responsável direta e presta contas pela direção dos cuidados de um cliente ou de um grupo de pacientes. Para as autoras, esse modelo permite resgatar a relação da enfermeira com a paciente.

Transpondo esse modelo para o atendimento das gestantes diabéticas, sugere-se a enfermeira obstétrica como referência para essas grávidas, pois ela trabalharia com todas as pacientes do programa, durante todos os momentos da gestação com diabetes. Sua atuação iniciaria com a introdução da paciente no programa, atendendo-as imediatamente após as consultas médicas, quando as gestantes teriam consulta com a enfermeira para

orientações sobre o programa, a doença e suas implicações na gestação. Acredita-se que, para desempenhar essas funções a profissional deva ser especializada tanto na área de obstetrícia como possuir conhecimentos aprofundados na área clínica. Acredita-se que, estando engajada na orientação e educação das pacientes, a enfermeira poderia diminuir o impacto da notícia do diagnóstico e suas repercussões na vida das gestantes. A enfermeira obstétrica também ficaria responsável pela estrutura do programa, organizando o atendimento nos dias do perfil glicêmico e agendando as consultas pós-perfil.

Outra recomendação que surgiu durante esta pesquisa refere-se ao local onde as gestantes diabéticas permanecem para realizar as coletas do perfil glicêmico, ou seja, seria recomendável providenciar junto à administração do hospital um local adequado para as coletas do perfil glicêmico, podendo constituir-se em hospital-dia para alto risco.

Com a estrutura montada e organizada, a enfermeira obstétrica estaria sempre próxima das gestantes diabéticas. Nos dias de perfil glicêmicos, em que todas diabéticas permanecem doze horas aguardando as coletas de glicemias, a enfermeira poderia realizar grupos de discussão com as mulheres e convidar a nutricionista para participar dos encontros, proporcionando uma integração dessa profissional com a equipe e esclarecendo as gestantes sobre dúvidas relacionadas à dieta.

Acredita-se que a enfermeira obstétrica, ao aproximar-se das pacientes, conhecendo-as e avaliando-as, pode dar sugestões e contribuições ao tratamento de diabete, principalmente através da coleta domiciliar do perfil glicêmico com glicosímetros .

ABSTRACT*

This is an exploratory study, of the descriptive kind that aims to describe the characteristics of pregnant women with diabetes mellitus who attend a University Hospital which is a reference for high risk pregnancy and to find out how these women experience the treatment and care of diabetes during pregnancy. The methodological path chosen involved two steps: searching for data at hospital records and files to describe the characteristics of the diabetic pregnant women attended at the hospital and the development of Focus Groups to find out how these women experience the treatment and care of diabetes mellitus in pregnancy. In this research, we present the identification data of the pregnant women attended at the hospital from January 2000 to January 2001, the conditions in which the birth happened, the baby's condition at birth, and the values of the glycaemic profile during the pregnancy. On the Focus Groups meetings, the women expressed the fear they experience throughout the pregnancy in relation to the baby's health and about their future. They also question about the attendance system of the diabetic pregnant women, relating to the time they need to dispose for the treatment, which leads to separation from their families and professional activity. It is observed a strong convergence

between the data collected from the files and the themes approached at the meetings of the Focus Groups, which complement each other. The results of this research allow us to know the main concerns of diabetic pregnant women, and at the same time give information about the disclosure of the pregnancies of these diabetic women that received pre-natal care at the hospital. This knowledge is of main importance to subsidize the health team that cares for this specific group of pregnant women, bringing confidence to staff and, therefore, to the women.

RESUMEN*

Tratase de un estudio descriptivo que tuvo dos objetivos: describir las características de las mujeres, que tuvieron gestación con diabetes y fueron atendidas en lo hospital de la universidad, lo cual es específico para atendimento de mujeres con gestaciones de alto riesgo y conocer su experiencia acerca del tratamiento y de los cuidados con el diabetes, durante la gestación. La recogida de informaciones fue realizada en dos etapas: levantamiento de datos retrospectivos en las carpetas de las mujeres con gestación y diabetes, atendidas en lo hospital en el período entre enero de 2000 y enero de 2001, para describir sus características; y el uso de la técnica de Grupo Focal para conocer como esas mujeres viven el tratamiento y cuidado del diabetes en la gestación. Por lo tanto, estan presentados los datos de identificación de las mujeres con gestación y diabetes; descripción delas condiciones del parto; las condicines de salud del bebé y los valores del los perfiles de la glicemia durante la gestación. En las discusiones en el Grupo Focal, las mujeres refirieran el miedo que sienten durante toda la gestación. El miedo esta relacionado a la salud del bebé y a su futuro. Hacen cuestionamientos a cerca de la sistemática de atendimento en el hospital, lo

tiempo largo que necesitan para hacer el tratamiento y los exámenes, causandoles distanciamiento de la familia y de su actividad profesional. Comparando los datos recolectados en las carpetas con los temas de las discusiones en grupo, se observó se complementan. Los hallazgos permiten conocer las principales preocupaciones dese grupo de mujeres, al mismo tiempo que presentan informaciones sobre las condiciones del término de las gestaciones de mujeres con diabetes, que hacen su acompañamiento en lo hospital. Los datos proporcionan informaciones importantes para el equipo de salud que acompaña las gestaciones añadidas de diabetes, que proporcionan seguridad y en consecuencia, tranquilidad para las mujeres.

* Tradução Liana Lautert.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. *Why worry about gestacional diabetes*. Disponível em: < <http://www.diabetea/ada/backup> >. Acesso em: 08 dez. 1999.
- 2 _____. *Diabetes and pregnancy*. Disponível em: < <http://www.diabetes.org/ada/backup> >. Acesso em: 07 jun. 2000.
- 3 AUMANN, Gretchen M. E; BAIRD, Margaret M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPEL, Robert A.; DRUKKER, Joan E. *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 13-36.
- 4 ÁVILA, Angela Amâncio. *Socorro atrás da barriga tem gente!* São Paulo: Ateneu, 1998.
- 5 BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- 6 BOHRER, Mauro Silva de Athayde. Filho de mãe diabética. In: MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renato S. *Neonatologia*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 119-122.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco*. 3.ed. Brasília, 2000.
- 8 CAREY, Martha Ann. The group effect in focus group: planning, implementing, and interpreting focus group research. In: MORSE, Janice. *Qualitative nursing research*. Thousand Oaks: Sage Publication, 1994. p. 225-241
- 9 CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre abuso de substâncias. *Revista Saúde Pública*, [S.l.] v.30, n.3, p. 285-293, 1996.

- 10 CLOTET, Joaquim; GOLDIM, José Roberto (Org); FRANCISCONI, Carlos Fernando. *Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- 11 DALL'AGNOL, Clarice Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 5-25, jan. 1999.
- 12 DEBUS, Mary. *Manual para excelência em la investigação mediante grupos focales*. Washington: Academy for Educational Development, 1997. 96p.
- 13 FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 21.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- 14 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br.html> >. Acesso em: 18 abr. 2001.
- 15 GROSSI, Sônia Aurora Alves. *Avaliação de dois esquemas de monitorização domiciliar em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1*. São Paulo: USP, 1999. Tese (Doutorado de Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.
- 16 HOMKO, Carol J.; SIVAN, Eyal; REECE, Albert E. *Is self – monitoring of blood necessary in the management of gestacional diabetes?* Disponível em: < <http://www.diabetes.org/diabetescare/supplement298/b118htm> >. Acesso em: 08 dez. 1999.
- 17 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). *Relatório Anual de 1999*. Porto Alegre, 2000.
- 18 JOSLIN DIABETES CENTER. *Blood glucose monitoring your tool for diabetes control*. Disponível em: < <http://joslin.harvard.edu/educacion//library/monitor.html> >. Acesso em: 30 mar. 2000a.
- 19 ____ *Education center*. Disponível em: < <http://www.joslin.harvard.edu/educacion/index.html> >. Acesso em: 30 mar. 2000b.
- 20 ____ *Managing diabetes*. Disponível em: < <http://www.joslin.harvard.edu/managing/index.html> >. Acesso em: 30 mar. 2000c.
- 21 ____ *Joslin programs in Boston*. Disponível em: < <http://www.joslin.harvard.edu/jboston/index.html> >. Acesso em: 21 set. 2000d.

- 22 _____ *Self Management training*. Disponível em: < <http://www.joslin.harvard.edu/educacion/index.html> >. Acesso em: 21 set. 2000e.
- 23 KITZINGER, Jenny. The methodology os focus group: the importance of interaction between researchs participants. *Sociology of Health & Illness*, [S.l.] v.16, n.1, p.103-120, 1994.
- 24 KRUSE, Wilson; ABEICHE, Alberto Mantovani. *Assistência pré-natal*. Porto Alegre, Ed. Universidade/UFRGS, 1992.
- 25 KÜHL, Claus. *Etiology and pathogenesis of gestacional diabetes*. Disponível em: < <http://diabetes.org/diabetescare/supplement298/b19html> >. Acesso em: 07 jun. 2000.
- 26 LANDON, Mark B.; GABBE, Steven G. Diabete melito. In: BARRON, William M.; LINDHEIMER, Marshall D. *Complicações médicas na gravidez*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 49-67.
- 27 LANGER, Oded. *Maternal glycemc criteria for insulin therapy in gestacional diabetes mellitus*. Disponível em: < <http://www.diabetes.org/diabetescare/supplement298/691html> >. Acesso em: 08 dez. 1999.
- 28 LOPES, Luis Anderson. Nutrição e crescimento. In: *Tetraciclo em pediatria*. Resumos. Porto Alegre, 1997.
- 29 MAGALHÃES, Ana Maria Müller; JUCHEM, Beatriz Cavalcanti. Primary Nursing: Adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.21, n,1, jan. 2000.
- 30 MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da gravidez*. 14.ed. São Paulo: Saraiva,1997.
- 31 MALDONADO, Maria Tereza; DICKSTEIN, Júlio; NAHOUM, Jean Claude. *Nós estamos grávidos*. 10.ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- 32 MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul./set. 1993.
- 33 OLDS, Sally B. *Maternal-newborn nursing clinical handbook*. Califórnia: Addison-Wesley Nursing, 1995. p.131.

- 34 OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de. *Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS: reconceptualizing risky sex what implication for health promotion?* London, 2001. Thesis (Doutorado- PhD in Philosophy) Institute of Education, University of London.
- 35 OPPERMANN, Maria Lúcia Rocha; REICHELT, Angela Jacob. Diabetes melito e gestação. In: FREITAS, Fernando et al. *Rotinas em obstetrícia*. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 407-428.
- 36 PARSE, Rosemarie Rizzo et al. *Nursing research qualitative methods*. Baltimore: Brasy Communication, 1985.
- 37 POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 38 RAPHAEL-LEFF, Joan. *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 39 ROCHA, Maria Lúcia; REICHELT, Angela Jacob. Diabetes melito na gestação. In: FREITAS, Fernando et al. *Rotinas em obstetrícia*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 294-307.
- 40 ROTONDO, Lee; COUSTAN, Donald R. Diabetes melito na gestação In: KNUPEL, Robert A.; DRUKKER, Joan E.. *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 424-439.
- 41 SAUNDERS Rebecca Burdette. Nursing care during pregnancy. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. *Maternity & Women's*. 17.ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2000. p.380-428.
- 42 SCHIRMER, Janine. *Participação da enfermeira obstetra na equipe de assistência à gestante diabética*. São Paulo: EPM, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, 1989.
- 43 SCHIRMER, Janine. *Fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus e tolerância à glicose diminuída em mulheres após diabetes diagnosticado na gravidez*. São Paulo: UNIFESP, 1995. Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, 1995.
- 44 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE (SBD). *Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. Disponível em: < <http://www.diabetes.org/Diabetes/cons1.html> >. Acesso em: 09 jun. 2000a.
- 45 _____. *Estatísticas da diabetes no Brasil*. Disponível em: < <http://diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat0.html> >. Acesso em: 08 jun. 2000b.

- 46 ____ *Estatísticas da diabetes no Brasil*. Disponível em: < <http://diabetes.org.br/Diabetes/estatisticas/Estat0.html> >. Acesso em: 02 ago. 2001.
- 47 ____ *Consenso sobre diabetes e gravidez* (versão preliminar). Porto Alegre, 1997. p. 35-37.
- 48 SOIFER, Raquel. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 49 TALBOT, L. A. *Principles and practice of nursing research*. St. Louis Mosby: 1995. 700p.
- 50 WESTPHAL, Márcio Faria; BÓGUS, Cláudia Maria; FARIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanitária Panamericana*, [S.l.] , v.120, n.6, p. 472-481,1996.

ANEXOS

ANEXO A

FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº do prontuário-_____

Diagnóstico- DM () DMG ()

Idade- _____

Estado conjugal-_____

Procedência- POA () GPOA () INTERIOR ()

Grau de instrução-_____

Profissão-_____

Idade gestacional na 1ª consulta-_____ semanas

2 DADOS OBSTÉTRICOS

Nº de gestações-_____ Paridade-_____ Cesáreas-_____ Filhos-_____

DM em gestações anteriores- SIM () NÃO ()

Filhos anteriores com mais de 4000g- SIM () NÃO ()

3 CONDIÇÕES DO PARTO E DO BEBÊ

Tipo de parto- Vaginal () Cesárea ()

Peso do bebê ao nascer- _____gramas

Apgar- _____

Capurro-_____

Idade gestacional do parto - Antes de 37 semanas() Após 37 semanas ()

4 PERFIL DE SAÚDE DA GESTANTE

4.1 DIETA (N° de Calorias)-_____

4.2 PERFIL GLICÊMICO

GLICEMIA	DATA	DATA	DATA	DATA
Jejum				
2h após café				
2h após almoço				
Antes do jantar				
2h após o jantar				

4.3 CONTROLE DE PESO E CRESCIMENTO FETAL

Data					
Kg					
Altura uterina					

4.4 USO DE INSULINA- SIM () NÃO ()

4.5 INTERNAÇÃO HOSPITALAR- SIM () NÃO ()

Em caso positivo, quantas ? _____

HCPA () OUTRO HOSPITAL ()

Motivo(s) da(s) internação-_____

Tempo de internação-_____dias.

4.6 FREQUÊNCIA A CONSULTAS NA EQUIPE DE OBSTETRÍCIA

FREQÜÊNCIA CONSULTAS	SEM FALTAS	1 F	2 F	3F	4F	TOTAL
MÉDICA						
GRUPO						

4.7 OUTRAS CONSULTAS DURANTE A GESTAÇÃO

SIM () NÃO () - Em caso positivo :

Motivo_____

Especialidade_____

HCPA () OUTRO LOCAL ()

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Esta pesquisa tem como objetivos descrever o perfil das grávidas portadoras de diabetes melito atendidas em um hospital de referência para atendimento de alto risco e conhecer como um grupo de mulheres vivencia o tratamento e cuidado do diabetes na gestação. Trata-se de um projeto de dissertação do Mestrado em Enfermagem da UFRGS.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecida dos objetivos deste projeto de pesquisa e de que terei como benefício esclarecimento de dúvidas acerca de minha gestação, parto e puerpério, bem como de cuidados com minha saúde e do bebê. As discussões em grupo serão gravadas em áudio, as fitas guardadas por cinco anos e após destruídas. Também fui igualmente informada de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas em relação à pesquisa, assim como da liberdade de retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento que desejar e terei segurança de que não serei identificada e tampouco terei despesas.

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a professora e enfermeira Virgínia Leismann Moretto (fone 3612372), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição de atenção à saúde em ___/___/___ .

Pesquisadora responsável: _____

Professora orientadora: _____

Dra. Liana Lautert- (telefone) 316-5089

Nome e assinatura da gestante voluntária: _____

ANEXO C

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE DADOS

A autora do projeto de pesquisa intitulado "GESTANTES DIABÉTICAS: UM OLHAR SOBRE ESTE GRUPO" compromete-se a manter o anonimato sobre os dados coletados referentes às gestantes diabéticas.

As informações serão utilizadas para elaboração da dissertação de mestrado da autora, sendo que ela se compromete a fazer uso único e exclusivo dos dados para fins desta investigação, preservando o anonimato das pacientes.

VIRGÍNIA LEISMANN MORETTO

COREN RS-33711