

COMPREENDENDO O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

UNDERSTANDING THE IMPACT OF GESTATIONAL DIABETES DIAGNOSIS

ENTENDIENDO EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

Ivone Maria Martins Salomon¹
Sônia Maria Soares²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender como as mulheres portadoras de diabetes gestacional vivenciam o impacto desse diagnóstico na gravidez e que significado atribuem à doença. A opção metodológica foi a etnografia, na perspectiva da antropologia interpretativa (Geertz, 1989). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação e análise de prontuários. Foram entrevistadas nove gestantes no período de abril a agosto de 2003. As entrevistas foram analisadas segundo o referencial teórico de análise de conteúdo (Bardin, 1977), originando dois descritores culturais: (1) enfrentando o diagnóstico de diabetes na gravidez e (2) compreendendo o significado do diabetes gestacional. As gestantes manifestaram sentimentos como medo, ansiedade e depressão, tanto pelas implicações da gravidez de alto risco, como por experiências pessoais com o diabetes gestacional e familiares com diabetes mellitus. As crenças sobre o diabetes gestacional dificultaram a aceitação do diagnóstico, ou porque o mesmo não foi bem compreendido como doença ou porque foi percebido como doença grave.

Palavra-chave: Diabetes Gestacional; Diabetes Mellitus; Antropologia Cultural

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand how gestational diabetes patients experience the impact of this diagnosis during pregnancy and what kind of significance they attribute to the disease. The methodology used was ethnography (Geertz 1989). The data were collected through semi-structured interviews and nine pregnant women were interviewed from April to August, 2003. These interviews were analyzed based on Bardin's theory of content analysis (1977), producing two thematic units: (1) facing the diagnosis of diabetes during pregnancy and (2) understanding the meaning of gestational diabetes. These women showed feelings such as fear, anxiety and depression, caused both by the aftermaths of the high-risk pregnancy and by their previous personal experiences with the diagnosis of gestational diabetes and previous family experiences with diabetes mellitus. The beliefs about gestational diabetes made it difficult for them to accept the diagnosis, either because it was not really understood as sickness, or, on the contrary, because it was perceived as a serious disease.

Key words: Diabetes Gestational; Diabetes Mellitus; Anthropology Cultural

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue entender cómo las mujeres con diabetes gestacional reciben el impacto del diagnóstico durante embarazo y qué significado le atribuyen a la enfermedad. Se optó por la metodología que enfoca la etnografía dentro de la perspectiva antropológica interpretativa (Geertz, 1989). Los datos se colectaron con entrevistas semiestructuradas, observación y análisis de legajos. Se entrevistaron 9 embarazadas entre abril y agosto de 2003. Para las entrevistas se utilizó el referente teórico de análisis de contenido (Bardin, 1977) que originó dos descriptores culturales (1) enfrentando el diagnóstico de la diabetes gestacional y (2) entendiendo el significado de la diabetes gestacional. Las embarazadas expresaron sentimientos de miedo, ansiedad y depresión tanto por las consecuencias del embarazo de alto riesgo como por experiencias personales con diabetes gestacional y de parientes con diabetes mellitus. Las creencias sobre la diabetes gestacional hicieron más difícil la aceptación del diagnóstico o porque no la entendieron bien como enfermedad o porque la tomaron como enfermedad grave.

Palabras clave: Diabetes Gestacional; Diabetes Mellitus; Antropología Cultural

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial do Serviço Especial de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Ivone Maria Martins Salomon - Rua Dinorah F. Messeder nº 35 Bloco 5 Apto. 403 - Heliópolis - Belo Horizonte/MG - CEP 31760-130
Tel.: (31) 3494-7421. E-mail: ivonemms@ig.com.br

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁾, toda gestação é considerada um fenômeno fisiológico mas, apesar disso, traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número de gestações, esse risco está muito aumentado, o que as inclui entre as chamadas “gestações de alto risco”. O potencial de risco se traduz por características específicas da gestante ou pela ocorrência de algum agravo, que aumentam as probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe, como é o caso das intercorrências clínicas na gravidez.

O diabetes mellitus é a complicação clínica mais comum na gravidez. E estima-se que o diabetes gestacional – intolerância à glicose, de grau variável de intensidade, diagnosticada pela primeira vez na gravidez – represente cerca de 90% de todas as gestações complicadas pelo diabetes mellitus. Os restantes 10% seriam outras formas de diabetes, particularmente o diabetes tipo 1 e o tipo 2, com diagnóstico prévio à gravidez.^(2,3)

Assim, o diabetes gestacional constitui-se em sério problema de saúde pública e, pelos riscos maternos e, principalmente, fetais, muitas tentativas são feitas para detectar precocemente a alteração metabólica, interpretar os testes de tolerância à glicose durante a gestação e determinar a incidência de diabetes gestacional.^(4,5,6)

Segundo a American Diabetes Association⁽³⁾, a prevalência do diabetes gestacional pode variar de 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados. O Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional (EBDG) concluído em 1997 revelou que a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 25 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC 95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez.⁽⁷⁾

A adaptação hormonal normal na gravidez é considerada diabetogênica, devido à produção placentária de hormônios hiperglicemiantes ou contra-insulínicos, ocorrendo, então, maior secreção de insulina pelas células beta do pâncreas para manter a glicemia materna em níveis normais. Nas gestantes em que esse hiperinsulinismo endógeno por alguma razão não ocorre, tem-se como consequência uma hiperglicemia ou intolerância à glicose, que se manifesta geralmente na segunda metade da gestação.⁽⁵⁾

O diabetes gestacional é definido como uma intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de diabetes mellitus e de tolerância diminuída à glicose detectados na gravidez.^(1,8,7,3)

Os riscos maternos decorrentes do diabetes gestacional incluem distúrbios hipertensivos, infecção do trato urinário, parto pré-termo, parto cesáreo, polidrâmnio, além do risco de recorrência do diabetes gestacional em gravidez futura e de diabetes manifesto 16 anos após a gravidez.^(9,6)

Quanto ao prognóstico fetal, o diabetes gestacional pode desencadear morte fetal súbita, Síndrome da Angústia Respiratória (SARI), macrosomia fetal, hipoglicemia fetal,

icterícia, entre outras.⁽⁶⁾ A longo prazo, os filhos de mulheres com diabetes gestacional apresentam risco de obesidade, intolerância à glicose e diabetes ao final da adolescência e no início da fase adulta.⁽¹⁰⁾

A minha atuação no Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética, do Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, proporcionou-me a oportunidade de conviver com gestantes portadoras de diabetes pré-gestacional e gestacional. E durante as atividades assistenciais, em especial nos grupos de orientação para a saúde e o autocuidado, momentos esses caracterizados por compartilhamento, reflexão, aprendizagem e apoio mútuo entre as gestantes, é constante a verbalização de dúvidas, ansiedades e medos motivados principalmente pelo impacto do diagnóstico de diabetes gestacional que, na maioria dos casos, não apresenta sintomatologia, e pela classificação da gestação como de alto risco.

Da mesma forma, as crenças relacionadas ao diabetes gestacional dificultam a compreensão da doença e a adesão ao tratamento, além de desencadear medo e ansiedade. Essa situação pode ser exemplificada por algumas indagações que habitualmente emergem nas reuniões de grupo: “O que significa gravidez de alto risco? É uma doença grave? Meu bebê pode ser prejudicado pelo diabetes? Meu filho vai nascer diabético? Meu parto poderá ser normal ou deverá ser cesareana?”

Ao longo de oito anos de trabalho com essas gestantes, passei a fazer questionamentos relacionados ao impacto do diagnóstico do diabetes gestacional sobre o dia-a-dia dessas mulheres tais como: Como a gestante vivencia a condição de estar diabética? Quais as crenças dessas mulheres sobre o diabetes gestacional?

Segundo a American Diabetes Association⁽¹¹⁾, cada mulher reage ao diagnóstico de diabetes gestacional de acordo com seus hábitos e padrões familiares e culturais relacionados à manutenção da saúde e ao processo de adoecer, os quais são determinados, em parte, por sua personalidade e por sua capacidade de enfrentamento e experiência anterior com o adoecimento. Revela-se, então, a importância de uma abordagem cultural das implicações do diabetes gestacional para que melhor se compreenda esse processo, numa perspectiva interpretativa de seus significados.

Zampieri⁽¹²⁾ salienta que os aspectos culturais e valores das gestantes e familiares são de extrema importância e devem ser valorizados na sistematização da assistência prestada. Porém, é preciso avaliar como esses aspectos interferem no curso do tratamento, ou seja, se podem ser mantidos ou se devem ser esclarecidos e repadronizados, modificados com a concordância das gestantes e dos familiares, caso representem risco para a mãe e para o bebê.

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi compreender como as mulheres portadoras de diabetes gestacional enfrentam esse diagnóstico e que significado atribuem à doença.

3. TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo constou das seguintes etapas: escolha do cenário do estudo, aproximação com o grupo cultural, coleta de dados por meio de entrevistas

semi-estruturadas, observação dos grupos de orientação para o autocuidado e análise documental.

3. 1. A OPÇÃO METODOLÓGICA

A compreensão de como as gestantes portadoras de diabetes gestacional vivenciam e significam o estar diabética constituiu-se no objeto deste estudo, cuja natureza levou-me a optar pela abordagem qualitativa que, segundo Minayo⁽¹³⁾, permite a compreensão das experiências subjetivas. Esta modalidade de pesquisa permitiu-me, então, revelar significados das situações vivenciadas pelas mulheres envolvidas e perceber as vivências sob a ótica dessas gestantes em seu próprio contexto.

Entre as modalidades de pesquisa qualitativa, optei pela etnografia para o desenvolvimento deste estudo. Essa escolha foi baseada na assertiva de que a etnografia é um meio de se obter acesso a crenças e práticas de saúde de uma cultura e permite ao pesquisador observar os fenômenos no contexto no qual eles ocorrem, facilitando a compreensão dos comportamentos, diante do processo saúde/doença.⁽¹⁴⁾ Portanto, a proposta deste estudo foi realizar uma etnografia utilizando alguns pressupostos da antropologia interpretativa, cujo princípio básico preconiza que os significados sociais das ações humanas não podem ser entendidos fora de um contexto cultural.^(15,16)

3. 2. O CENÁRIO CULTURAL

O presente estudo foi realizado no Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG.

O Hospital das Clínicas da UFMG, hospital universitário integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), cumpre papel de referência no sistema municipal de saúde de Belo Horizonte e estadual de saúde de Minas Gerais, atuando no atendimento à clientela universalizada, na formação de recursos humanos e atividades de pesquisa e de tecnologia na área de saúde.⁽¹⁷⁾

O Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia teve suas atividades iniciadas em 1979 com o objetivo de atender pacientes adultos com endocrinopatias. Posteriormente, integrado a esse Serviço, o atendimento das gestantes diabéticas foi estruturado, dando origem ao Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética.

3.2. 1. O Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética

O Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética foi iniciado em 1989, integrado à sistematização do atendimento a gestantes portadoras de endocrinopatias, com a parceria dos serviços de Ginecologia-Obstetrícia e Endocrinologia e tem como objetivo atender gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional e gestacional. A assistência a essa clientela foi estruturada segundo um protocolo de acompanhamento especialmente elaborado, tanto para o atendimento ambulatorial quanto para o hospitalar, visando diminuir a morbimortalidade materna e fetal.⁽⁹⁾

Em função das características próprias dessa clientela, a participação de outros profissionais no Programa foi se fazendo necessária. Em 1997, o atendimento prestado por essa equipe multiprofissional foi sistematizado por meio

de um Projeto de Extensão intitulado “Assistência Sistematizada à Gestante Diabética”, viabilizado pelos Centros de Extensão – CENEX – da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem da UFMG, com o objetivo de atender gestantes portadoras de diabetes gestacional e pré-gestacional em suas principais necessidades de acompanhamento especializado. Outras metas do referido Projeto incluíram definir estratégias de educação para o autocuidado dessa clientela, avaliar o impacto da atuação da equipe multidisciplinar no prognóstico materno, fetal e perinatal e elaborar material educativo, como a cartilha de orientação sobre Diabetes Gestacional e o pôster sobre controle pré-concepcional para mulheres diabéticas, intitulado Mulheres Diabéticas: cuidados para uma gravidez saudável. Atualmente, fazem parte dessa equipe endocrinologista e residentes de endocrinologia, enfermeiras assistencial e docente, nutricionista e psicóloga, em parceria com o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. A média semanal de atendimentos neste Programa varia entre quinze a vinte gestantes diabéticas, e o acompanhamento desta clientela abrange o período desde a admissão da gestante no Serviço até o final da gravidez, incluindo a avaliação pós-parto dos parâmetros glicêmicos e a orientação para o autocuidado.

As atividades assistenciais de enfermagem à gestante diabética incluídas no referido Programa foram se estruturando ao longo dos anos e, no momento, vêm sendo desenvolvidas duas vezes por semana, por meio de atendimento individual e em grupos de orientação para o autocuidado da gestante diabética.

Durante a assistência individual que precede à consulta com o endocrinologista, é realizada, à admissão da gestante, uma entrevista que consta de um levantamento sumário da história do diabetes e da anamnese obstétrica, de orientações gerais sobre o acompanhamento das gestantes no Programa e da realização de exames de glicemia capilar de jejum e glicosúria/cetonúria. Posteriormente, as gestantes são acompanhadas até o término da gestação quanto aos exames complementares mencionados, à orientação e à supervisão de auto-aplicação de insulina e às condutas de adesão ao tratamento no que se refere à dieta prescrita, à insulino-terapia e à atividade física. O Programa dispõe de alguns glicosímetros e fitas reativas para monitorização domiciliar das glicemias capilares. As gestantes que apresentam controle glicêmico precário são devidamente treinadas quanto ao manuseio do aparelho e orientadas quanto aos horários de realização das glicemias capilares.

Nos grupos de orientação para o autocuidado são abordados temas gerais e específicos relacionados ao diabetes e à gravidez, sendo também realizadas, neste momento, as glicemias capilares pós-prandiais. Utilizam-se recursos tais como jogos didáticos, aulas interativas e filmes educativos na abordagem dos temas nos grupos, com ênfase nas principais dúvidas apresentadas pelas gestantes em relação à gravidez complicada pelo diabetes, ao tratamento e às conseqüências para o binômio mãe-filho. Esses grupos se constituem num processo de interação dinâmica entre as gestantes e familiares, enfermeira e demais profissionais da área de saúde, visando à sociali-

zação de conhecimentos e experiências, com intuito de proporcionar maior autonomia e segurança às gestantes que vivenciam uma gravidez de alto risco.

3.3. O GRUPO CULTURAL

Participaram deste estudo nove mulheres com o diagnóstico de diabetes gestacional confirmado e que freqüentavam regularmente o Programa, independentemente da idade gestacional. Essas gestantes foram incluídas gradativamente no processo de pesquisa, até a saturação teórica dos dados, ou seja, até que os dados coletados apresentassem temas recorrentes.

3.4. A COLETA DE DADOS

Segundo Trivinos⁽¹⁸⁾, a entrevista etnográfica é, por excelência, a entrevista semi-estruturada, por possibilitar a obtenção de mais informações, ao longo da entrevista, acerca do tema em estudo.

As questões básicas inicialmente apresentadas às gestantes colaboradoras do estudo foram:

– Como foi para você ser informada durante a gestação que está diabética?

– O que você acredita ser o diabetes gestacional?

Ao término de cada entrevista, procurei registrar minhas impressões acerca dos comportamentos e sentimentos manifestados pelas gestantes durante a entrevista, com vistas a melhor caracterizar o universo vivenciado por este grupo cultural.

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e, em seguida, transcritas na íntegra, objetivando preservar a fidedignidade e confiabilidade do conteúdo. A validação das mesmas foi feita mediante apresentação às gestantes de uma cópia da transcrição da entrevista juntamente com um documento explicativo.

3.5. ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental teve como objetivo a coleta de informações que auxiliaram na definição e caracterização do grupo cultural. Os documentos utilizados para essa análise foram as fichas de admissão das gestantes (história do diabetes e anamnese obstétrica) no Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética e os prontuários das gestantes, acessados para pesquisa no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

3.6. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada com base no referencial de análise de conteúdo Bardin⁽¹⁹⁾, seguindo o detalhamento proposto por Rodrigues e Leopardi.⁽²⁰⁾

No presente estudo, a pré-análise correspondeu à fase de leitura flutuante com a finalidade de sistematizar as idéias e direcionar o desenvolvimento das etapas seguintes. Para tanto, foi necessário observar as seguintes regras: exaustividade (abrangência de elementos explícita e implicitamente contidos no texto), representatividade (o universo estudado), homogeneidade (temática comum) e pertinência (adequação do texto aos objetivos da análise). A partir dessa etapa seguiu-se a organização dos dados, considerando o objetivo do estudo.

A exploração do material iniciou-se com a decomposição do texto, sob a forma de agrupamento de expressões com

mesmo sentido denominadas por isotopias, resultando em um inventário de categorias de base. A partir desse inventário foi feito, então, um reagrupamento semântico desvelando as categorias temáticas denominadas, neste estudo, descritores culturais.

A fase de inferência e interpretação dos dados foi direcionada no sentido de estabelecer relação entre os significados emergidos e o objetivo do estudo.

4. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto de pesquisa foi apresentado à Coordenação Médica do Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia, para conhecimento da natureza e objetivo da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Institucional. Da mesma forma, o referido projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) sendo posteriormente aprovado, conforme documento emitido por esse Comitê, o Parecer n. ETIC 058/03.

Seguiu-se, então, a obtenção da concordância das gestantes convidadas a participar da pesquisa, pela assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, conforme Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.⁽²¹⁾ Todas as gestantes foram previamente esclarecidas sobre a natureza e o objetivo da pesquisa, assim como sobre a manutenção do sigilo quanto à identidade, preservada por nomes fictícios, e à possibilidade de desistência da participação em qualquer fase do estudo.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após leitura e releitura exaustiva para o esquadramento do texto originado das entrevistas semi-estruturadas e da observação de comportamentos das gestantes durante as atividades nos grupos de orientação, a análise seguiu um processo indutivo, no qual temas e categorias emergiram dos dados, não sendo previamente estabelecidos. Por meio de um sistema de codificação e categorização dos dados, foram estabelecidos os seguintes descritores culturais:

- Enfrentando o diagnóstico do diabetes na gravidez;
- Compreendendo o significado do diabetes gestacional.

5.1. ENFRENTANDO O DIAGNÓSTICO DO DIABETES NA GRAVIDEZ

Uma gravidez normal ou de baixo risco já pressupõe desafios adaptativos, caracterizando-se como um período de mudanças profundas e inter-relacionadas no equilíbrio fisiológico e psicológico individuais e nas relações interpessoais. Uma gestação de alto risco então representa e acarreta maiores problemas emocionais e sociais. A mulher tem intensificadas as dificuldades para essas adaptações emocionais diante de uma intercorrência clínica ou obstétrica geradora de riscos, surgindo o medo real em relação a si própria e a seu filho^(22,1).

Segundo Tedesco⁽²²⁾, essas adaptações emocionais geralmente se manifestam por alguns sinais clássicos de luto, devido à perda ou “morte” da gravidez idealizada. Esses sinais se sucedem: (1) o impacto e a descrença iniciais revelam-se mecanismos de defesa utilizados para a autoproteção e a gestante ou o casal pode adotar comportamentos de negação em relação ao diagnóstico

ou ao tratamento; (2) a fase de busca e sensibilização manifesta-se por meio de questionamentos sobre o acometimento da doença, desencadeando sentimentos de culpa, punição, incompetência ou censura, e tenta-se encontrar razões ou atribuir a causa do infortúnio a algo ou alguém; (3) na fase de desorganização e desapego, observa-se insegurança, confusão e desorganização sobre as informações recebidas e as decisões a tomar; e (4) finalmente, a maioria das gestantes de alto risco consegue atingir algum nível de resolução, reorganizando seus planos para a gravidez.

Porém, o processamento desses sentimentos raramente ocorre de forma mecânica ou linear: alguns estágios podem não acontecer ou se sobreporem a outros e, até mesmo, apresentarem-se com intensidades variáveis.⁽²³⁾

Foram identificados nos depoimentos das gestantes vários sentimentos que emergiram tanto com o impacto do diagnóstico quanto no decorrer da gravidez. Os sentimentos mais comumente manifestados por elas foram susto, medo, chateação e aborrecimento, ante um diagnóstico inesperado e desconhecido. Algumas mulheres relacionaram esses sentimentos à falta de informação sobre a doença e suas possíveis complicações, principalmente em relação ao bebê, além da insegurança acerca de um acompanhamento adequado:

“No início, acho que foi um choque, mesmo. Por eu não ter informação [...] a respeito da doença na gestação. [...] E também medo de não ter um acompanhamento melhor [...]” (Rosa)

“Foi um susto, né? Porque muita gente falou que eu podia até perder o neném, né? Ai eu fiquei apavorada... [...] Eu nunca tive diabetes nem problema de pressão nem nada... Agora a pressão está alta, o diabetes está alto também...” (Édite)

“Parecia uma coisa do outro mundo, né? [...] Ah, no início eu fiquei chateada, chorei...” (Iara)

Maldonado, Nahoun e Dickstein⁽²⁴⁾ justificam essa tendência de gestantes de alto risco em se preocupar com a sobrevivência de seu filho, relacionando essa preocupação, principalmente, ao sentimento de culpa que elas trazem consigo por não poderem conduzir a gravidez de forma normal, o que gera medo de provocar danos ou morte ao filho.

Outra manifestação foi um sentimento de culpa expressado pela preocupação com a gravidez tardia:

“Ah... Não gostei muito não... Porque no meu primeiro menino eu não tive nada... Não senti nada, a gravidez normal. Agora essa, aparece diabetes, a pressão alta... Ai eu fiquei muito aborrecida... [...] Por isso que eu fiquei chateada... mas depois, quando eu vi que foi culpa minha mesmo, eu descuidei e engravidei tarde demais depois...” (Sílvia)

É sabido que a idade da mulher pode ser fator de risco na gravidez. Para Zieguel e Cranley⁽⁴⁾, as mulheres nos dois extremos do ciclo reprodutor apresentam maior risco de complicações tanto clínicas quanto sociopsicológicas, no que se refere à concepção. Em se tratando da gestante com idade igual ou acima de 35 anos, o risco de complicações obstétricas, de intercorrências clínicas e de doenças genéticas está aumentado. A idéia de que a idade avançada motivou o aparecimento do diabetes gestacional e da hipertensão arterial, desencadeou nessa gestante o clássico sentimento de culpa, por não poder ter uma gravidez normal, temendo pela saúde do filho e dela própria.

Experiências anteriores de perdas fetais decorrentes de diagnóstico de diabetes gestacional geraram sentimentos relacionados a perda e morte, como relatado a seguir:

“Eu levei um susto... saber na hora porque é a mesma coisa de saber que alguém morreu... porque quando eu perdi as outras [refere-se às perdas fetais anteriores], foi por causa do diabetes; então eu falei assim: ‘Vou perder mais um...’ Ai eu já pensei que eu já ia perder de novo, né?...” (Maísa)

Segundo Schoroeder⁽²⁵⁾ e Zampieri⁽²⁶⁾, o medo da morte do filho torna-se real e palpável para gestantes que perderam seus filhos em gestações anteriores.

É importante observar que as experiências com familiares diabéticos, assim como a experiência pessoal com diabetes gestacional, não amenizaram os temores das gestantes e geraram sentimentos de depressão, revolta e tristeza:

“Eu tomei um susto quando a médica falou, né? Ai eu comecei a chorar porque, apesar de eu ter convivido assim com diabetes, por que meu pai é diabético, tenho tios assim, parentes, eu jamais pensei que fosse acontecer comigo, né? Ai eu fiquei muito triste, eu fiquei muito deprimida... Nossa! Chorei muito mesmo... [...] Meu pai foi sempre um homem assim, muito saudável, muito agitado... Depois que deu o diabetes nele, ele começou a ficar triste... começou amputando o dedinho, e hoje ele está sem as duas pernas, então eu fui convivendo com aquilo, vendo o sofrimento da pessoa... Nossa! É muito triste! Então, quando eu vi que estava com isso, desesperei!” (Cláudia)

“Da primeira vez, na minha primeira gravidez eu assustei bastante. Mesmo tendo um pai diabético e sabendo das conseqüências, não pensei que fosse acontecer comigo. Ai eu levei um susto muito grande. Fiquei chateada, pensativa, e um pouco até deprimida no início... Mas depois passou. Porque eu não cheguei a tomar a insulina, então foi mais fácil eu lidar com aquilo, só na base do regime. Eu revoltei porque queria comer as coisas e não podia. Agora está sendo mais fácil. Um pouco meio doloroso pela experiência passada, né? Por eu ter perdido meu menino há um ano e seis meses.” (Mariana)

Nos dois relatos anteriores, é possível identificar reações semelhantes de sensibilização e questionamentos sobre o acometimento da doença que caracterizam a segunda fase do processo de luto mencionado por Tedesco⁽²²⁾ e que foram resumidas pela mesma expressão: *“Não pensei que fosse acontecer comigo.”*

Quanto à percepção das gestantes relacionada à depressão, Santos⁽²⁷⁾ demonstrou em seu estudo a presença de ansiedade e/ou depressão em metade das mulheres portadoras de diabetes gestacional estudadas. A autora relaciona o desencadeamento desses distúrbios ao conhecimento do diagnóstico e de suas complicações.

Foram relatados ainda sentimentos de estranheza e apavoramento:

“Eu achei esquisito demais! Fiquei apavorada, né?...” (Luciana)

O desejo pelo doce, inicialmente expressado de forma relativa no próximo depoimento, foi exacerbado pelas restrições dietéticas próprias do tratamento do diabetes. Essas restrições foram percebidas como proibição e o desejo pelo doce como tentação:

“[...] Não sou assim muito de comer doce essas coisas assim, mas... tudo que é proibido é desejado, né? Parece uma tentação! Prá todo lado que você olha, tem trem que você não pode comer... Ah, é difícil demais! Nossa! É terrível! Você tem que ficar policiando... Toda hora... Isso pode, isso não pode... É a pior coisa que tem! Eu acho horrível!” (Luciana)

É da cultura do diabético lidar com a proibição do doce, muitas vezes expressa pelo conflito entre o desejar e o não dever. Dethlefsen e Dahlke⁽²⁸⁾ alegam que “alimentos doces são um mero substituto para outros desejos doces, que tornam a vida uma *doçura*”. Ainda segundo os autores, por trás do desejo pelo doce e da simultânea incapacidade de assimilar o açúcar, está o inconfessado desejo de realização amorosa e a incapacidade de aceitar o amor e de entregar-se a ele.

O relato de uma gestante, cujo histórico inicial da gravidez envolveu separação conjugal e ameaça de aborto, caracterizou-se pela manifestação de susto ante o diagnóstico, seguindo-se da descoberta da capacidade para o enfrentamento do problema e para a prática do autocuidado:

“E eu era doída pra ter um filho [...] quando descobri que estava grávida [...] eu tive uma crise no casamento, [...] a reação do meu marido foi contrária do que eu esperava [...] ele não queria [a gravidez]. [...] Ai eu optei e separei. [...] Sempre que eu tenho dificuldade eu acho que eu tenho que ser forte. [...] E o fato de eu ter quase perdido [o bebê]... [...] Eu sou capaz de superar isso [o diabetes gestacional] também! [...] Então foi assustador... mas ao mesmo tempo eu acreditei muito. Falei: ‘Não, eu sou capaz de fazer um regime, de obedecer o que for.’ E fiquei tranqüila, você entendeu?” (Carolina)

Esse depoimento demonstrou que a fase de resolução do processo de luto diante da perda da gravidez idealizada se sobrepôs às demais fases, conforme afirmam Murphy e Robins⁽²³⁾, provavelmente influenciada pela reação às situações geradoras de ansiedade e risco ocorridas no início da gravidez. Parece também que a capacidade dessa gestante de aderir às medidas de controle do diabetes gestacional foi desencadeada pela motivação – o desejo de uma gravidez e um bebê saudáveis – que, segundo Nunes⁽²⁹⁾, é o principal fator que impulsiona o desenvolvimento da competência para o autocuidado.

Outra gestante revelou em sua fala uma maior preocupação com as potenciais complicações com o bebê do que com a possibilidade de ela própria permanecer diabética após o parto:

“Medo é do bebê mesmo, sabe? Nem é tanto eu ficar diabética depois. Por que a gente é uma coisa, entendeu? Eu estou indo, ele está vindo... Então, eu quero que ele venha com saúde.” (Rosa)

No relato que se segue, as preocupações com a gravidez foram acentuadas em função de duas experiências anteriores com o diabetes gestacional, sendo uma delas bem sucedida e a outra não. O contato com a equipe de saúde e com informações mais detalhadas sobre a doença incrementaram sentimentos de temor e ansiedade:

“Mas eu fico assim... como agora eu estou sabendo mais, mais esclarecida, fazendo o cursinho, sendo orientada aqui, eu fico mais temerosa com a diabetes gestacional. Eu não sabia que era tão assim sério. A gente sabia do consultório, mas relativo. [...] Eu fico um pouco temerosa

de sair da linha e pagar um preço, que não é o que eu queria... Estou um pouco mais ansiosa agora da terceira [gravidez].” (Mariana)

A condição de história de intercorrências clínicas recorrentes na gravidez, no caso o diabetes gestacional, suscitou nessa gestante reação semelhante àquela observada em gestantes com condições crônicas preexistentes citada por Murphy e Robbins⁽²³⁾, no que se refere à persistência de temores em relação à gravidez e ao bebê. Santos⁽²⁷⁾ menciona, também, em seu estudo que é freqüente a manifestação de ansiedade em gestantes ao diagnóstico de diabetes gestacional.

O diagnóstico do diabetes na gravidez também provocou reações em alguns familiares das gestantes. A história familiar de diabetes mellitus desencadeou sentimentos como susto e medo relacionados às dificuldades pessoais desses familiares com o tratamento da doença:

“A minha família assustou por eu ter que entrar com a insulina tão cedo, né? Assustaram, ficaram com medo de eu dar hipoglicemia. [...] A minha família realmente ficou mais balanceada do que eu. [...] Meu pai toma (insulina). Então ele fica assim porque ele também dá hipoglicemia e muito sério. Então, ele fica com medo que aconteça comigo alguma coisa, né?” (Mariana)

Na percepção de uma das gestantes, seus familiares teriam medo da confirmação do diagnóstico do diabetes após o parto, pelo fato de ela ter história familiar da doença:

“Minha mãe é diabética. Acho que eles tem medo de eu continuar diabética.” (Rosa)

O enfrentamento das gestantes diante de um diagnóstico inesperado cujo prognóstico lhes parecia sombrio remeteu a aspectos da cultura que esse grupo compartilha, no que se refere aos temores e ansiedade provocados pelo conhecimento da doença.

5. 2. COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DO DIABETES GESTACIONAL

Santana e Erdmam⁽³⁰⁾ conceituam crença como uma convicção, o acreditar no dito e no ouvido em qualquer situação do cotidiano, a incorporação do que se ouve sem comprovação desse conhecimento. Ao revelar suas crenças ao outro, o indivíduo delinea sua concepção de mundo, advinda de sua história cultural, vida familiar e contexto social.

A partir de vivências pessoais com familiares diabéticos e de informações obtidas, até então, por meio do convívio com a própria comunidade e com a equipe de saúde, foi possível desvelar as crenças manifestadas pelas gestantes sobre o que é o diabetes gestacional e como este foi adquirido. Observou-se nas falas de algumas gestantes que o diabetes nem sempre foi compreendido como doença.

A possível condição de transitoriedade do diabetes gestacional levou uma gestante a acreditar, de forma relativa, na classificação dessa intercorrência clínica como uma “doença”:

“Porque, de uma certa forma, é uma doença essa diabetes, né?” (Cláudia)

Para a gestante que vivenciou perdas fetais anteriores, provavelmente decorrentes de diabetes gestacional não diagnosticado, e que teve contato com familiares com

complicações do diabetes, a doença foi entendida como crônica, no sentido de não ter cura e ser fatal para o feto:

"[...] Ai, depois eu cheguei aqui, aí que a médica foi explicar pra mim que a criança nascia grande um pouco... tinha problema, né? Mas não tanto como eu pensava, né? Pra mim [o diabetes] não tinha cura... [...]" (Máisa)

Durante a entrevista, observei que a concepção do diabetes gestacional dessa gestante foi mudando à medida que a possibilidade de controle da doença foi sendo compreendida.

Outra gestante, que apresentou diabetes gestacional na gravidez anterior e cuja mãe é diabética, revelou seu desconhecimento sobre os fatores de risco que desencadeiam a doença, entre os quais se inclui a gravidez:

"[...] Eu pensei que o diabetes era assim: ou você tinha ou, então, não tinha, né? Eu nunca imaginei que pudesse... criar isso na gravidez..." (Luciana)

A crença sobre o consumo excessivo de doce como causa do desencadeamento da doença esteve presente em alguns depoimentos, assim como o excesso de peso, a hereditariedade e a idade materna avançada:

"A princípio eu pensei: deve ser porque eu comia muito doce, o excesso de peso... mas depois eu estava falando com a menina, ela falou que deve ser de família, né?" (Iara)

"Eu pensei que era porque a minha mãe já tinha diabetes, então também eu já estava diabética, né?... Na quarta gravidez eu também tive e agora nessa... Não tinha aquele hábito de ficar comendo doce... eu pensei que era assim, né? Por que como vai vir assim, do nada, né?... [...] eles falam quem tem diabetes é aquelas pessoas que come doce, né? Uai, que absurdo isso! Eu não sou dada àquela 'começão', né? Eu queria saber de uma explicação... por quê..." (Luciana)

"É açúcar no sangue, né? Acho que também a idade também está muito pesada um pouco, mas como eu vejo tanta moça nova, aí já estou descartando essa possibilidade. Mas é o peso, né? Eu já era gordinha então... Também minha família. Eu já tenho problema de diabetes na família." (Rosa)

"Será que a glicose... é o meu peso, né? A pressão, não é não? Eu não entendo bem, não... por quê aconteceu isso, não... Porque eu não tive isso no primeiro menino, então no segundo a gente estranha, né?... Mas o médico falou que é por causa de peso e da idade, que eu engordei muito, né? Eu fui engravidar com a idade bastante alta, né?" (Sílvia)

Conforme sugerem Santana e Erdmam⁽³⁰⁾, a forma como a doença é concebida, os mitos que se criam em torno dela, como é o caso da crença no consumo excessivo de doce como fator desencadeante do diabetes, podem transformá-la num fator de transtorno pessoal, familiar e social, podendo repercutir na aceitação da doença e no seu tratamento.

Uma gestante, cujo histórico inicial da gravidez envolveu ameaça de aborto e separação conjugal, questionou também a possibilidade de o diabetes gestacional ter sido desencadeado por fatores emocionais e pela idade:

"Mas nunca imaginei que o diabetes gestacional estava dando pela idade. [...] De primeira mão, pode ser uma coisa genética... [...] Mas como eu tenho parentes que já tiveram [diabetes], pode ser [...] um fator hereditário... [...] Será que foi má alimentação? Eu acredito que não... Por que senão... poderia ter se manifestado antes, desde o início da gravidez, né? Pode ser também emocional?..." (Carolina)

Em outro depoimento, a concepção do diabetes manifestada pela paciente deteve-se nas restrições dietéticas, como se as mesmas impedissem o diabético de alimentar-se adequadamente:

"Eu estava sem comer quase nada, diabético não pode comer quase nada..." (Iara)

Com o advento de novas insulinas e de dispositivos de infusão subcutânea contínua (bomba de infusão) que facilitam um tratamento intensivo, já é permitido ao diabético uma maior flexibilidade nos intervalos das refeições e lanches, assim como na quantidade de alimento ingerido⁽³¹⁾. É fato que esses recursos não estão acessíveis à maioria dos diabéticos, mesmo por que esse tipo de tratamento está indicado normalmente para os diabéticos do tipo I. Mas, em minha vivência no acompanhamento de diabéticos e, em especial, das gestantes, tem sido possível observar uma maior liberação de consumo de alimentos na prescrição dietética, desfazendo-se antigos tabus alimentares relativos ao tratamento do diabetes.

As restrições alimentares do diabético, anteriormente mencionadas pela gestante, ainda são uma crença muito arraigada nessa cultura. As orientações nutricionais são, então, apresentadas com o intuito de desfazer essa crença, com ênfase nas necessidades individuais do organismo no que se refere à qualidade e à quantidade dos alimentos, objetivando a reeducação alimentar.

Algumas gestantes se apegaram à crença de que o diabetes gestacional desapareceria após o parto:

"Eu acredito que após o parto... eu acredito que vai ser passageiro, né?" (Iara)

"No meu caso né, eu acho, que vai passar depois que eu ganhar neném... [...] Eu acho que eu tendo os cuidados necessários, procurando manter uma alimentação mais saudável, [...] mesmo depois que eu ganhar meu neném [...] porque talvez eu possa sair desse... dessa doença." (Cláudia)

Outra questão que emergiu dos depoimentos expressa a relação entre a natureza da doença e a crença religiosa. Nesse caso observou-se que se o diagnóstico de diabetes após o parto vier a ser confirmado, terá sido por vontade de Deus e, portanto, passível de consolo:

"[...] E depois, se Deus achar que eu tenho que ficar diabética, não tem problema, eu consolo." (Rosa)

Geertz⁽¹⁵⁾, em suas reflexões sobre a religião como um sistema cultural, afirma que os símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica que capacita o ser humano a compreender o mundo. Essa compreensão dá sentido a sentimentos e emoções que permitem suportar esse mundo. O autor considera que a perspectiva religiosa do sofrimento não diz respeito a como evitá-lo e sim a como sofrer, transformando dores, perdas e derrotas pessoais, assim como a impotência da contemplação da dor alheia em algo tolerável e suportável.

Outra gestante, cujos depoimentos estiveram marcados por sua forte religiosidade, referiu-se à esperança e confiança que depositava em Deus quanto ao bom prognóstico da gestação, para si e para o bebê, ou seja, a crença religiosa contribuiu para o enfrentamento da condição de gravidez de alto risco:

"Eu tenho mania de levar tudo na graça de Deus..." (Mariana)

Essa mesma gestante, sensibilizada pela perda fetal

anterior e cuja causa, sob o ponto de vista médico, não ficou muito bem esclarecida, apresentou manifestações semelhantes durante a sua participação nas oficinas de reflexão.

Wright e Leahey⁽³²⁾ ressaltam a influência da religião sobre as crenças a respeito das doenças e sobre a adaptação do sujeito diante do diagnóstico e do tratamento. Ainda segundo as autoras, sentimentos como paz, medo, culpa e esperança podem ser incentivados ou contrabalançados pelas crenças religiosas.

As gestantes manifestaram ainda a concepção de seus familiares sobre o diabetes gestacional. Observa-se, em algumas situações, que o diabetes gestacional ainda é desconhecido ou pouco compreendido no âmbito familiar, como descreveu uma das participantes do estudo:

"[...] Minha família quase não entende direito o que é diabetes, ela acha que é uma coisa horrorosa..." (Iara)

Para outros familiares, a doença está associada à idéia de morte sugerindo, da mesma forma, falta de conhecimento sobre a doença:

"O meu marido, ele sempre me conheceu assim... é... saudável, sem doença nenhuma. [...] Porque ele é meio ignorante nesses assuntos, sabe? Ele acha que diabetes... eu estou morrendo! ... E meu menino também, fica meio cheio de cuidado pensando que eu vou morrer..." (Sílvia)

A situação de desconhecimento do diabetes por parte da população em geral é até hoje uma realidade em nossa sociedade. Bara⁽³³⁾ chama a atenção para a forma como a maioria dos diabéticos tem tomado conhecimento da doença, ou seja, de forma secundária, quando procuram os serviços de saúde para outro tipo de assistência ou na vigência dos sintomas do diabetes. A necessidade de se instituir um sistema de informação e divulgação mais eficaz sobre medidas de promoção, prevenção e controle do diabetes mellitus e de outros agravos à saúde é ressaltada pela autora. É possível concluir que essas medidas poderiam resultar na compreensão da importância da avaliação periódica de saúde, contribuindo para a detecção do diabetes mellitus na população em geral e, especialmente, em mulheres com fatores de risco para a doença, possibilitando a detecção e o controle mais precoce e eficaz do diabetes na gravidez.

Com alguma frequência, as gestantes encaminhadas para o Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética, cujo diagnóstico de diabetes gestacional foi feito no primeiro trimestre, o que sugere um diabetes prévio não detectado⁽³⁾, poderiam ter sido avaliadas e acompanhadas quanto aos fatores de risco, como a obesidade, e/ou diagnosticadas em relação a uma possível intolerância a carboidratos.

A necessidade do tratamento insulínico desencadeou nos familiares de uma participante a idéia de que se tratava de uma doença grave:

"[...] Então, eles [o marido e o filho] estão assim, meio ansiosos... Agora quando eu chegar lá e contar pra eles da insulina, eles não vão gostar muito da idéia... Vão falar que eu estou muito doente, de como é que eu deixei isso acontecer..." (Sílvia)

Tem sido possível observar no acompanhamento dos diabéticos no Serviço de Endocrinologia que, com frequência, tanto os diabéticos quanto seus familiares acreditam que o tratamento com insulina indica a gravidade da doença ou que a mesma se agravou.

Questões relacionadas à auto-estima e ao gênero feminino foram também evidenciadas em dois momentos da fala dessa mesma gestante citados anteriormente:

"O meu marido, ele sempre me conheceu assim... é... saudável, sem doença nenhuma. [...]"

"[...] Vão falar que eu estou muito doente, de como é que eu deixei isso acontecer..." (Sílvia)

Coelho⁽³⁴⁾ afirma que "no que se refere ao lugar social das mulheres, há um mito definido segundo variações histórias por concepções que remetem as mulheres a uma condição inata de inferioridade atribuída à sua aproximação com a natureza". Assim, a autora pondera que as representações sobre as mulheres têm, em seus princípios, relação direta com a capacidade natural de reprodução biológica e com a responsabilização da mulher quanto aos cuidados com o doméstico e com a família. O mito da inferioridade feminina transparece na preocupação dessa gestante quanto à perda da imagem de "mulher saudável" diante do marido, o que lhe fere a auto-estima, e ao peso da responsabilidade do adoecimento que, ela supõe, lhe será atribuído pelo marido e pelo filho. Trata-se, portanto, da influência do mito da inferioridade feminina sobre a percepção dessa gestante quanto ao acometimento da gravidez pelo diabetes.

Na concepção de Wright e Leahey⁽³²⁾, os comportamentos e as crenças estão intimamente ligados, pois cada ação ou escolha feita pelo indivíduo ou pelo sistema familiar se desenvolve a partir das crenças. Assim, as crenças familiares sobre saúde e doença revelam a maneira como a família reage ao impacto do diabetes gestacional e moldam a sua adaptação diante do evento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender os sentimentos das gestantes portadoras de diabetes gestacional diante do impacto deste diagnóstico, assim como suas concepções e crenças acerca da doença. As manifestações de familiares também foram mencionadas nos depoimentos, revelando a influência do envolvimento emocional e das crenças desses familiares no contexto representado pela gestação complicada em decorrência do diabetes.

O trabalho de campo possibilitou-me, então, a apreensão da cultura compartilhada por esse grupo ao permitir que fossem desvelados sentimentos, comportamentos, crenças, hábitos, mitos e motivações no processo de convivência dessas mulheres com o diabetes gestacional.

Os sentimentos que emergiram após diagnóstico da doença revelaram um universo que, caracterizado principalmente por susto, tristeza, temores, ansiedade e depressão, demonstrou uma condição de instabilidade psicológica e emocional dessas gestantes diante do diagnóstico e suas potenciais complicações, evidenciando a necessidade de suporte familiar e profissional adequados no processo de convivência com a doença.

As crenças das gestantes e familiares sobre o diabetes gestacional dificultaram a aceitação do mesmo, seja porque não foi bem compreendido como doença ou porque foi percebido como doença grave. Considerá-lo como uma intercorrência transitória na gravidez revelou-se também uma forma de negar o que esse diagnóstico representa para a história clínica e obstétrica dessas gestantes. Assim,

a compreensão efetiva do significado do diabetes gestacional com vistas a um controle eficaz de saúde da gestante exige uma revisão do conceito da doença, o que deve ser proporcionado pelos profissionais de saúde que assistem essa clientela.

Acredito que, a partir dessa experiência de compartilhamento do universo dessas gestantes, a minha visão como pessoa e profissional ampliou-se de maneira a proporcionar uma assistência mais integral e humanizada, numa abordagem que considere com mais atenção e sensibilidade as manifestações culturais dessa clientela no que se refere aos sentimentos manifestados e às crenças acerca do diabetes gestacional, tentando distanciar-me das regras ditadas pelo meu meio cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Laun IC, Vilar L, Rolim A, Gritz L. Diabetes Mellitus e gravidez. In: Vilar L, Castelar E, Moura E, Leal E, Machado AC, Teixeira L, Campos R. Endocrinologia clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2000. p.593-606.
3. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations. *Diab Care* 2003 Jan; 26 (suppl.1).
4. Zieguel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
5. Laun IC. Diabetes gestacional. Rio de Janeiro: Revinter; 1993.
6. Nogueira AI. Diabetes mellitus e gravidez. In: Braga WRC, editor. Clínica médica: Diabetes Mellitus. MEDSI: Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 463-479, set., 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção básica à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2001.
8. Sociedade Brasileira Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. Maio 2000. [Citado jul. 2002] Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>.
9. Nogueira AI. Diabetes e gravidez: avaliação dos fatores de prognóstico perinatal [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Pró-reitoria de Pós-Graduação; 1994.
10. American Diabetes Association. Recomendações para a prática médica: Diabetes Mellitus gestacional. *diabetes clínica. J Multidiscip Diab Patol Assoc (São Paulo)* 2000 maio-jun.; 4 (3): 214-6.
11. American Diabetes Association. Medical management of pregnancy complicated by diabetes. 2ª ed. USA; 1995.
12. Zampieri MFM. Manejo na assistência à gestação de alto risco. *Nursing Rev Téc Enf (São Paulo)* 2002 maio; (48): 18-23.
13. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
14. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2ª ed. London: SAGE Publications; 1995.
15. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1989.
16. Clifford J. A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1998.
17. Universidade Federal de Minas Gerais. Apresentação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. [Citado jan. 2003]. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br>.
18. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
20. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. [Citado 20 jan. 2004]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>.
22. Tedesco JJA. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: Zugaib M, Tedesco JJ, Quayle J. Obstetria psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997. p.99-108.
23. Murphy JM, Robbins D. Implicações psicossociais da gravidez de alto risco. In: Knuppel RA, Drukker JE, editores. Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.203-16.
24. Maldonado MTP, Nahoun JC, Dickstein J. Nós estamos grávidos. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bloch Educação; 1990.
25. Schroeder CA. Women's experience of bed rest in high risk pregnancy: image. *J Nurs Scholars* 1996 Fall; 28 (3): 253-8.
26. Zampieri MFM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Rev Gaúcha Enf (Porto Alegre)* 2001; 22 (1): 140-66.
27. Santos LP. Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2003.
28. Dethlefen T, Dahlke R. A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. São Paulo: Editora Cultrix; 2000.
29. Nunes AMP. Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. *Rev Tex Contex Enf (Florianópolis)* 1993 jun.; 2 (1): 53-66.
30. Santana MA, Erdmam AL. Crenças em saúde: uma abordagem cultural. *Cogitare Enf* 2000 jul./dez.; 5 (2) : 7-14.
31. American Diabetes Association. Recomendações de nutrição para pacientes diabéticos. *Diab Clín J Multid Diab Patol Assoc (São Paulo)* 2000 mar./abr.; 4 (2): 128-32.
32. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2002.
33. Bara VMF. Assistência ao portador de diabetes mellitus nos serviços de saúde: a visão do paciente [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
34. Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar do gênero [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.