



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR MESTRADO PROFISSIONAL

INSTRUMENTO PARA O CUIDADO DE MULHERES
GESTANTES COM *DIABETES MELLITUS* BASEADO NO
MODELO SUNRISE

RIO DE JANEIRO

2018



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR MESTRADO PROFISSIONAL**

THAÍS BRAGA MEIRA

**INSTRUMENTO PARA O CUIDADO DE MULHERES
GESTANTES COM *DIABETES MELLITUS* BASEADO NO
MODELO SUNRISE**

Relatório de pesquisa de Mestrado apresentado ao programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago

RIO DE JANEIRO

2018

MEIRA, Thaís Braga. Instrumento para o cuidado de mulheres gestantes com *diabetes mellitus* baseado no modelo sunrise.

Relatório para Defesa de Tese submetida à Banca Examinadora:

Aprovada por:

Prof Dr Luiz Carlos Santiago– Presidente

Profª Dra Rosa Maria Vilarinho
1ª Examinadora Externa
Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ/EEAN

Profª Dra Mônica de Almeida Carreiro
2ª Examinadora Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profª Dra Leila Rangel da Silva
Suplente Externa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profª Dra Nébia Maria de Almeida Figueiredo
Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

AGRADECIMENTO

- A **Deus** por Ele ter sido meu melhor professor e ter se manifestado na minha vida a todo momento.
- A minha mãe **Rose** por ter me proporcionado a vida; por ser meu exemplo de superação, minha inspiração e sempre me incentivar nos momentos que eu achava que não ia conseguir.
- Ao meu pai **Renato** por ser meu direcionador nesta vida; pelo incentivo desde sempre ao caminho do saber e da leitura, mostrando que o conhecimento é a maior riqueza que podemos ter.
- A minha irmã **Renata** que sempre esteve disponível para me ajudar. Você foi crucial para a conclusão desta etapa.
- Às amigas que o mestrado me deu, **Me. Tatiana Santiago e Me. Juliana Lima**, parceiras desta jornada, que me incentivaram a cada desafio, seguiremos juntas para sempre.
- A todos os familiares e amigos que me incentivaram, apoiaram e compreenderam minha ausência algumas vezes.
- Aos colegas de trabalho do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione por todo apoio.
- Aos colegas médicos **Daniel Barreto Kendler e Rodrigo Gomes de Souza**, sempre atentos ao encaminhar as gestantes e auxiliando na literatura.
- A professora Dra. **Leila Rangel da Silva**, minha eterna orientadora. Por ter me ajudado a superar grandes desafios e incentivar minha decisão em ser mestre. Fundamental não só para construção desta dissertação, mas, para minha formação acadêmica. Obrigada pelas leituras minuciosas. Não posso deixar de agradecer pelas vezes que falou firme comigo, “Controla sua ansiedade, Thaís! “Vai dar tempo pra tudo!”.
- Ao professor Dr **Luiz Carlos Santiago**, meu orientador e incentivador, por me acalmar nos momentos em que parecia que nada daria certo e por ver mais potencial em mim do que eu mesma.
- Aos **membros da banca** pelas valiosas observações e contribuições durante o exame de Qualificação.
- As **gestantes diabéticas** participantes deste estudo, muito obrigada por permitirem que eu as ouvisse e apreendesse com vocês. Sem pedir nada em troca, me deixaram fazer parte de suas histórias e de seus momentos.
- A todos os **professores** do Mestrado por contribuírem para um aprendizado significativo em pesquisa científica.

SÚMARIO

I – A INTRODUÇÃO.....	5-11
• A contextualização da temática	
• A problematização	
• As Questões de pesquisa	
• O Objeto de Estudo	
• Os Objetivos	
• A Justificativa e a Relevância	
II–O ESTADO DA ARTE.....	12-15
• A Diabetes Mellitus no Brasil e a saúde da gestante nesse contexto	
III -REFERENCIAL TEÓRICO.....	16-20
• A Teoria de Leininger	
• O Modelo Sunrise	
IV – AMETODOLOGIA.....	21-25
V – APRESENTAÇÃO OS RESULTADOS.....	26-39
• 1ª Parte: O perfil dos sujeitos da pesquisa	
• 2ª parte: : Análise Qualitativa- a categorização dos discursos.	
• 3ª Parte: A Apresentação das categorias de análise.	
VI – A DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS.....	40-51
VII – O PRODUTO.....	52
VIII – A CONCLUSÃO DO ESTUDO.....	53
IX – REFERÊNCIAS.....	54-61
APÊNDICES.....	62-67
ANEXO.....	68-71

MEIRA, Thaís Braga. Instrumento para o cuidado de mulheres gestantes com *diabetes mellitus* baseado no modelo sunrise.

RESUMO

O estudo objetiva identificar de que maneira os fatores culturais interferem no autocuidado das mulheres gestantes diabéticas, elaborar instrumento para a consulta de enfermagem a partir do modelo sunrise de Leininger, voltado para o autocuidado das mulheres gestantes diabéticas. Trata-se de um estudo eminentemente qualitativo, cujo tipo de pesquisa foi de intervenção. Foram entrevistadas 16 gestantes durante o período de maio a outubro de 2017. O cenário foi uma Unidade de Saúde, de nível secundário, do município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados através de um questionário baseado no questionário cultural e social de Leininger. Para identificarmos as dimensões sociais e culturais, utilizamos como base teórica o primeiro nível Modelo Sunrise de Madeleine Leininger e no que concerne à compreensão dos discursos de nossos sujeitos, utilizou-se a proposição de Análise de Conteúdo de Bardin. Codificou-se duas grandes categorias: 1) Implicações para saúde do Recém – nato advindas da adesão do tratamento de gestantes com Diabetes Mellitus 2) E cultura x Autocuidado: a alimentação como elemento essencial para a saúde e controle do Diabetes Mellitus nas gestantes. Os resultados demonstram que os enfermeiros precisam levantar múltiplos fatores que influenciam nas expressões do cuidado cultural e seus significados. O método utilizado permitiu aproximações das vivências das mulheres com diabetes e a influência da rede de apoio no autocuidado destas gestantes. A relação no contexto de uma doença crônica entre o enfermeiro, indivíduo e sua família tem um terreno fértil para o desenvolvimento de ações educativas transformadoras com aplicação do instrumento construído a partir dos resultados.

Palavras-Chave: Diabetes; Gestação; Educação em Diabetes; Enfermagem Transcultural; Saúde da Mulher; Tecnologia Assistencial

I - INTRODUÇÃO

Este estudo advém de uma inquietação profissional mediante estudo realizado entre os meses de abril e outubro de 2016 com gestantes com diagnóstico de *Diabetes Mellitus* gestacional, estudo intitulado, relações entre cultura e autocuidado de mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, os dados demonstraram que fatores culturais das gestantes, como hábitos alimentares inadequados, a falta de atividade física, associados à insuficiente ou inadequada transmissão de informações por parte dos profissionais, resultam no desconhecimento sobre a sua doença e na deficiência do autocuidado. Daí surgiu a necessidade de compreender como os fatores culturais interferem no autocuidado de gestantes com diagnóstico de diabetes anterior a gestação.

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma doença crônica e segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), esta não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos. A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, que inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1(DM1),DM tipo 2 (DM2),outros tipos específicos de DM e DM gestacional.

Grande parte de suas complicações torna o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas, o que pode contribuir para uma diminuição de sua autoestima e, conseqüentemente, afetar sua qualidade de vida. Sendo a síndrome metabólica de maior prevalência mundial. Estima-se que 170 milhões de indivíduos sejam afetados por essa doença no mundo e desses, 15% são mulheres em idade reprodutiva (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

Durante as consultas de acompanhamento gestacional é realizada a avaliação de saúde da mulher gestante baseada na coleta de dados da história de saúde, do exame físico geral e específico, além dos exames laboratoriais, cujo objetivo fundamental, dentre outros, é identificar potenciais fatores de risco que, de alguma forma, possam resultar em complicações para a gestação, parto e pós-parto, causados pelo *Diabetes mellitus*.

Nestas consultas nos deparamos com o impacto que o DM tem sobre a saúde da população feminina gestante e a dificuldade de adesão nas mudanças de comportamentos com vistas a promoção da saúde, como por exemplo alimentação saudável e a prática de exercício físico. Nesta perspectiva, segundo Pennafort,Queiroz e Jorge(2012) é imprescindível que haja uma articulação entre a história do sujeito e sua constituição subjetiva como ser de linguagem. As intervenções de enfermagem extrapolam seu caráter instrumental e perpassam por uma

articulação do conhecimento profissional versus o conhecimento popular por meio da escuta e de sua participação ativa no processo.

A principal causa de morbidade e mortalidade fetal, após a descoberta e uso da insulina, é o aumento nas malformações congênitas. Se o controle metabólico no momento da concepção não estiver idealmente compensado, o risco de malformações aumenta 3 a 6 vezes em relação às mulheres não diabéticas (LARAIA, 2009). A hiperglicemia tem efeito tóxico para o feto, principalmente no período de organogênese, que ocorre quase que, completamente, até a sétima semana de gestação (MILLS et al, 1979). O autor alerta que além do risco de malformações, os abortamentos espontâneos acontecem com maior frequência em mulheres com diabetes não compensado. Para evitar complicações, é recomendado orientar o planejamento da gestação nas mulheres com diabetes.

Neste planejamento às mulheres com diabetes devem realizar monitorização da glicemia capilar, tendo como metas níveis de glicose de 80 a 110 mg/dL em jejum e 2 horas após as refeições de 155mg/dL, e hemoglobina A1c na faixa normal, ou até 1% acima dos limites superiores para o método utilizado, idealmente nos 6 meses precedentes à concepção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). O uso de métodos anticoncepcionais deve ser mantido até a obtenção do controle

A gestação é uma fase de transformação na vida da mulher, o contexto ambiental onde ela está inserida envolve a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais e que estes valores culturais e o modo de vida do ser humano podem influenciar em sua adesão ao tratamento, se faz necessário que o profissional oriente estas gestantes sobre a importância da adesão ao tratamento por meio de educação em saúde.

Diante disto, é preciso considerar a mulher grávida com suas crenças e seus valores, pois, a concepção de saúde e o modo como cada pessoa enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais e, essas, guardam uma relação direta com suas crenças e valores os quais são formados ao longo da vida. Deste modo, optou-se como referencial teórico e metodológico para este estudo a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. De acordo com essa teoria, considera-se a visão de mundo do sujeito do cuidado influenciada por fatores como, por exemplo, econômicos, sociais e educacionais. (LEININGER & MCFARLAND 2015). Logo, o enfermeiro pode oferecer um cuidado contextualizado à realidade de seu cliente, ou seja, um cuidado congruente. Consideram-se os valores dos cuidados culturais as crenças, as expressões e os padrões de cuidado, os quais são

conhecidos e utilizados de forma adequada, com sensibilidade (PENNAFORT, QUEIROZ e JORGE, 2012).

Durante muito tempo a enfermagem obstétrica partilhou dos pressupostos advindos dos modelos biomédico e hospitalocêntrico, ambos saberes hegemônicos para a formação de seus profissionais, o que, deixava em segundo plano os próprios saberes culturais vividos pelas mulheres, não levando em consideração suas crenças, práticas e seu contexto social, cultural e econômico. Tais valores, quando respeitados, permitem às mulheres maior disposição para se envolver no próprio cuidado e passam a confiar naquele profissional que as atende (ALVES, 2015).

Para Leininger&mcfarland (2015)a enfermagem envolve o contexto e o processo de ajuda a indivíduos de diversas culturas, onde a pessoa não é separada de seu contexto social e cultural e tem seus valores e crenças valorizados. Corroborando com a autora de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2007), a enfermagem é uma profissão que através do ensino, pesquisa e assistência ereproduz um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas, que compreende conhecimentos científicos e técnicos, em que deve considerar as particularidades individuais e coletivas. A fim de que se possam utilizar estratégias de educação em saúde em consonância com o modo de vida desta mulher.

PROBLEMATIZAÇÃO

Sabe-se que a gravidez, para todas às mulheres, constitui um período de mudanças físicas e psicológicas, ansiedades, fantasias, temores e expectativas.O contexto do ambiente onde a mulher está inserida envolve a totalidade de um acontecimento.O enfermeiro deve oferecer um cuidado contextualizado à realidade de seu cliente, ou seja, um cuidado congruente. Consideram-se os valores dos cuidados culturais as crenças, as expressões e os padrões de cuidado, os quais são conhecidos e utilizados de forma adequada, com sensibilidade (PENNAFORT, QUEIROZ, JORGE, 2012).

Concernente a isso, Madeleine Leininger, reforça em seus estudos a importância do enfermeiro reconhecer que as pessoas possuem culturas diferentes, em relação a suas próprias experiências, valores e crenças. O que, de acordo com a autora, confere importância para sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, no sentido de reconhecer os significados, usos e funções do cuidado humano, usando esse conhecimento para um cuidado benéfico (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Segundo Herrera e Posada(2010)para cuidar de um indivíduo faz-se necessário, além do conhecimento técnico-científico, considerar suas crenças e valores e com isso promover maior aproximação com a realidade vivenciada pelo ser cuidado. Sendo necessário um atendimento multiprofissional, para melhor conceituar, definir parâmetros, realizar procedimentos e estabelecer medidas preventivas relativas à gravidez de alto risco.

A possibilidade de ocorrerem intercorrências tanto para as mães quanto para os bebês, a necessidade de um regime alimentar e de internações constantes durante a gravidez, podem gerar angústia para a gestante diabética e sua família. Por outro lado, conhecer como essas gestantes encaram sua gravidez pode auxiliar os profissionais e serviços de saúde na abordagem educativa, essencial para o controle glicêmico e êxito da gestação.

A gravidez não planejada é frequente, podendo ocorrer em mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridade. Quando gestações ocorrem sem o devido planejamento, presume-se que os cuidados voltados à pré-concepção (clínicos e educativos) não foram realizados, aumentando as chances de morbidades maternas e fetais. Quando esse desfecho acontece em mulheres já afetadas por uma doença crônica, como é o caso de mulheres com *Diabetes mellitus* (DM), os riscos se tornam maiores.

Este público alvo deve receber informações e incentivo para exercer o autocuidado no período pré-concepcional (LEQUIZAMÓN, 2007). Nesse contexto, é sabido que programas de educação em diabetes pouco abordam os métodos anticoncepcionais indicados para a mulher com *Diabetes mellitus*, bem como as complicações que desaconselham a gravidez na presença do DM descompensado, já que deve ter adesão total ao tratamento, sem ajuste de doses por conta própria, ou omiti-las (LANG et al, 1995).

O monitoramento do *Diabetes mellitus* pré-gestacional requer a prevenção de malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e às demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez, destacando distúrbios vasculares, retinopatia, nefropatia, macrossomia fetal, sofrimento respiratório fetal, polidrâmnio e cetoacidose (LOWDERMILK, PERRY e BOBAK, 2002). Assim, a concepção em mulheres com *Diabetes mellitus* deve ter atenção cuidadosa desde a preconcepção, pois o controle metabólico nas primeiras semanas de gestação é fundamental à organogênese.

Segundo Pereira et al (1999) examinando a relação entre a normoglicemia materna e a evolução fetal e neonatal em gestantes diabéticas, verificou-se que quando se consegue o controle metabólico satisfatório, a morbidade perinatal é comparável a de gestantes sem *Diabetes mellitus*, independente da idade, da paridade e da gravidade da doença. O rigoroso

controle materno baseado no ajuste da insulinoterapia de acordo com o perfil glicêmico da paciente permite a continuidade da gestação a termo, com segurança.

Nem sempre as gestantes são capazes de compreender as implicações de sua doença e a importância de sua participação ativa no tratamento, seguindo as orientações relacionadas às restrições alimentares e ao esquema de insulina. Assim, é frequente o descuido alimentar e das doses de insulina em momentos de estresse ou, paradoxalmente, de melhor compensação.

QUESTÕES NORTEADORAS

De que maneira os fatores culturais interferem no autocuidado das mulheres gestantes diabéticas?

Quais as relações entre a cultura, doença e gestação de mulheres gestantes com *Diabetes mellitus*?

OBJETO

O autocuidado de mulheres gestantes diabéticas sob a perspectiva cultural.

OBJETIVOS

Identificar de que maneira os fatores culturais interferem no autocuidado das mulheres gestantes diabéticas.

Elaborar um instrumento para a consulta de enfermagem a partir do Modelo Sunrise voltado para o autocuidado das mulheres gestantes diabéticas.

A JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O presente estudo justifica-se pela necessidade de compreender de que maneira os fatores culturais interferem no autocuidado da mulher gestante diabética, tendo em vista que segundo Allen (et al,2007) as consequências do *Diabetes mellitus* (DM) mal controlado durante a gestação podem ser de elevada gravidade, tanto para mãe quanto para o feto.

Atualmente, segundo dados da Federação Internacional de Diabetes-IDF (2015) aproximadamente 415 milhões de adultos apresentam *Diabetes mellitus* (DM) em todo o mundo e 318 milhões de adultos possuem intolerância à glicose, com risco elevado de

desenvolver a doença no futuro. O DM e suas complicações estão entre as principais causas de morte na maioria dos países. Estima-se que uma em cada 12 mortes em adultos no mundo possa ser atribuída ao DM, totalizando, aproximadamente, cinco milhões de casos ao ano, o que equivale a uma morte a cada seis segundos. A proporção de óbitos é ligeiramente maior em mulheres do que em homens. O gasto com DM, na maioria dos países, varia entre 5% e 20% das despesas globais em saúde.

Em 2015, estimava-se que 20,9 milhões, ou 16,2% dos nascidos vivos em todo o mundo foram afetados por alguma forma de hiperglicemia na gravidez - 14,9% (ou aproximadamente 3,1 milhões) dessas gravidezes foram afetadas pelo diabetes tipo 1 ou 2 primeiro detectado na gravidez, ou detectado antes da gravidez (IDF, 2015). Estimativas de prevalência de diabetes pré-existentes na gravidez já foi relatado como aproximadamente 1%, mas a prevalência é conhecida por aumentar rapidamente, com aumentos simultâneos de obesidade e diabetes tipo 2 (CORREA ET AL, 2015).

Um controle glicêmico insatisfatório no momento do diagnóstico ou o início dos cuidados está associado ao aumento do risco de anomalias fetais. Dadas as variadas facetas que envolvem o *Diabetes mellitus* e a gestação, estas ultimamente tem sido amplamente estudadas em seus aspectos fisiopatológicos, com destaque para a busca de evidências fortes que possam ser utilizadas na prática clínica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011). Entretanto, pouco se conhece sobre as experiências vivenciadas pelas gestantes diabéticas, o que evidencia a existência de lacunas na literatura acerca desse conhecimento específico (NOLAN, ET AL, 2011).

Para minimizar as condições adversas, à mulher deve ser orientada aos cuidados durante a gestação, de modo que os níveis glicêmicos estejam normalizados. O controle do pré-natal deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar de assistência. A avaliação periódica dos resultados perinatais é necessária para o aprimoramento dos protocolos de conduta. De acordo com Scain et all (2007), nesta perspectiva as ações educativas para o autocuidado em DM, quando conduzidas por profissionais de saúde capacitados, com suas competências delineadas no processo de aprendizagem contribuem para o melhor controle metabólico do indivíduo, pois cabe àqueles a responsabilidade de produzir as condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos sobre o DM, que possam levar à mudança nos hábitos de vida e manejo da doença.

Desta forma, cuidar envolve um olhar integral ao ser humano, abrangendo o contexto cultural de quem se cuida, considerando seus conhecimentos prévios, seus valores, suas crenças, seus saberes e práticas de cuidados individuais ou familiares. Além disso, cuidar

engloba ações e atividades dirigidas para o cuidado, o apoio ou a capacitação de outro indivíduo ou grupo com necessidades de apoio a saúde (LEININGER& MCFARLAND, 2015).

Para o delineamento deste estudo, o conceito de cultura utilizado foi o descrito por Madeleine Leininger (2015) como os valores, crenças, normas e modos de vida, de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que passam a orientar as decisões e pensamentos de maneira padronizada. Nessa ótica, é fundamental considerar o contexto cultural e os significados deste para o indivíduo de que se cuida, pois o cuidado deve ser pautado na valorização de crenças, práticas de cuidados e modos de vida.

II - ESTADO DA ARTE

- **A Diabetes Mellitus no Brasil e a saúde da gestante nesse contexto**

O Ministério da Saúde lançou em 2013 o Caderno de Atenção Básica, "Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: *Diabetes mellitus*" que aborda o controle da glicemia e o desenvolvimento do autocuidado para os portadores da patologia, visando melhorar a qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2013).

O diabetes pré-gestacional pode resultar em complicações graves, pois seu efeito começa na fertilização e implantação, afetando de modo particular a organogênese. Esse fato faz aumentar o risco de aborto precoce, defeitos congênitos graves e retardo no crescimento fetal, sobretudo nos casos tratados de maneira inadequada (RAYET AL, 2001). Além das complicações no conceito, as manifestações maternas também são relevantes, em especial na presença prévia de complicações, tais como retinopatia, neuropatia, nefropatia e vasculopatia.

De acordo com o Guideline de Diabetes (2015), desde a adolescência, é necessário aconselhar as mulheres a evitar a gravidez não planejada. Deve-se informar às pacientes e às famílias o modo como o diabetes pode complicar a gravidez e como sua ocorrência pode agravar o diabetes. É necessário oferecer cuidado preconcepcional e aconselhamento às pacientes que planejam engravidar antes que elas descontinuem o método contraceptivo que vêm utilizando. Além disso, elas devem ser informadas de que um bom controle glicêmico antes da concepção e durante toda a gravidez reduz, mas não elimina os riscos de aborto, malformação congênita, natimortalidade e morte neonatal.

Para mulheres que estejam planejando engravidar, é necessário disponibilizar, ainda, um programa de educação em diabetes que forneça melhor compreensão sobre o binômio diabetes-gravidez no que diz respeito a dieta, contagem de carboidratos, autoaplicação de insulina e automonitoramento de glicemia capilar; isso deve ser feito o mais precocemente possível.

Segundo Kitzmiller et al (2008), as pacientes devem ser avaliadas quanto à presença de nefropatia, neuropatia, retinopatia, doença cardiovascular, hipertensão, dislipidemia, depressão e disfunções tireoidianas; quando diagnosticadas quaisquer dessas doenças, tratá-las.

Deve-se aconselhar as pacientes com diabetes preexistente, que estejam planejando engravidar, a manter os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) o mais próximo possível dos valores normais, sem a ocorrência de hipoglicemias. O nível ideal de HbA1c é $< 6\%$, se utilizado o método de cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC), ou até 1% acima do

valor máximo informado pelo laboratório de análises clínicas onde os testes são feitos. A dosagem de HbA1c deveria preferencialmente ser feita usando-se um método semelhante ao utilizado no Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)/HPLC (MOSCA ET. AL, 2006).

De acordo com as diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (SBD, 2016), é necessário enfatizar para as pacientes que qualquer redução nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) visando ao alvo de 6% tende a diminuir o risco de malformações fetais e abortamentos. A gravidez deve ocorrer quando o diabetes estiver bem controlado e, preferencialmente, com valores de HbA1c dentro da normalidade. Mulheres com HbA1c > 10% devem ser desencorajadas a engravidar até que seja alcançado melhor controle glicêmico.

A HbA1c deve ser medida na primeira consulta pré-natal; depois, mensalmente, até que valores < 6% sejam alcançados, quando então poderá ser avaliada a cada 2 ou 3 meses. É necessário motivar cada paciente a realizar glicemias capilares antes e 1 h após as refeições, ao se deitar e, esporadicamente, entre 2 e 4 h da manhã. Esses testes devem ser feitos, de preferência, nos dedos das mãos, não utilizando locais alternativos, uma vez que eles podem não identificar mudanças rápidas dos níveis de glicemia, o que é característico da gravidez com diabetes (MANDERSON, 2003)

O controle glicêmico durante a gravidez é considerado ótimo quando os valores de glicemia pré-prandial ficam entre 65 e 95 mg/dl, com um pico 1 h pós-prandial até 140 mg/dl. Em mulheres com risco aumentado de hipoglicemia, esses alvos devem ser aumentados para um valor de glicemia de jejum de até 99 mg/dl e ao deitar-se, ou entre 2 e 4 h da madrugada de 80 até 120 mg/dl. Os índices de glicemia pós-prandial de 1 h após o início das refeições são os que melhor refletem os valores dos picos pós-prandiais avaliados pelo monitoramento contínuo de glicose. O uso de monitoramento contínuo da glicose em tempo real pode estar indicado nos casos de gestantes com grande variabilidade glicêmica ou naquelas com risco de hipoglicemia sem aviso (SECHER, 2014).

As gestantes com diagnóstico de diabetes devem receber orientação dietética individualizada, necessária para alcançar as metas do tratamento. A dieta deve conter os nutrientes essenciais para o adequado desenvolvimento do concepto. A quantidade de calorias deve basear-se no índice de massa corporal (IMC), na frequência e na intensidade de exercícios físicos, no padrão de crescimento fetal e visando ao ganho de peso adequado. A prática regular de exercícios físicos também é muito importante, pois causa sensação de bem-

estar, diminuição do ganho de peso, redução da adiposidade fetal, melhora do controle glicêmico.

De acordo com a lei do exercício profissional de enfermagem (Lei nº 7.498/86), o enfermeiro como integrante da equipe de saúde deve atuar em atividades educativas visando à melhoria da saúde da população, abordando com as pacientes diabéticas em período pré-gestacional e seus familiares, o impacto do mau controle do diabetes sobre o curso da gravidez e sobre o risco materno e fetal, a importância da dieta, do controle do peso corporal e da prática regular de exercício físico. Além do aumento do risco do nascimento de um bebê macrossômico, caso não haja um bom controle glicêmico, o que aumentaria as chances de tocotraumatismos, tanto para a mãe quanto para o feto, A necessidade do controle glicêmico materno antes, durante e após o parto, e também a importância da amamentação precoce do recém-nascido, com o intuito de reduzir o risco de hipoglicemia neonatal.

Pontos que também devem ser abordados pelo enfermeiro e pela equipe multidisciplinar, segundo a Associação Americana de Diabetes (2015), são: a possibilidade da ocorrência de internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva, por hipoglicemia ou imaturidade pulmonar, dentre outras situações; o risco aumentado que o recém-nascido tem de desenvolver obesidade e/ou diabetes no futuro; a necessidade de suplementação com ácido fólico até a décima segunda semana de gestação para reduzir os riscos de ocorrência de malformação do tubo neural; os riscos de hipoglicemia clínica ou até mesmo assintomática durante a gravidez e os efeitos das náuseas e do vômito no controle glicêmico durante a gravidez; a necessidade de se avaliar a existência de retinopatia e nefropatia antes, durante e após o término da gravidez e o risco de piora dessas durante o trabalho de parto.

Atualmente, devido à segurança e à eficácia comprovadas do uso da insulina para o controle da glicemia, prevalece a orientação de descontinuação do uso de antidiabéticos orais, em caso de uso, garantindo-se sua imediata substituição por insulina, de preferência antes da gravidez ou logo após seu diagnóstico.

Para obter controle glicêmico adequado em mulheres com DM1 e DM2, deve-se utilizar esquemas intensivos de insulinização, com múltiplas doses subcutâneas de insulina de ação intermediária, rápida ou ultrarrápida, ou mediante infusão subcutânea contínua. Em mulheres que usavam insulina antes da gravidez, costuma ser necessário reduzir a sua dose em 10 a 20%, durante o primeiro trimestre. Entre a décima oitava e a vigésima quarta semana de gestação, essa dose pode ser aumentada. No terceiro trimestre, o aumento da produção de hormônios placentários com ação antagônica à da insulina resulta em uma necessidade ainda

maior de elevação da dose de insulina, chegando ao dobro ou triplo da dose usada pré-gravidez (NEGRATO ET AL, 2010).

Após o parto, as necessidades de insulina caem abruptamente e, muitas vezes, nos dias subsequentes, a dose deve ser ajustada para 30% da dose final na gestação ou para a dose pré-gravídica. Os análogos de insulina de ação ultrarrápida, como as insulinas asparte e lispro, são seguros durante a gestação e levam à melhora dos níveis de glicemia pós-prandial e à diminuição da ocorrência de hipoglicemias (NEGRATO ET AL, 2010).

O estudo visa fortalecer a linha de pesquisa cuidado em saúde no espaço hospitalar e contribuir para melhora do tratamento diabetes mellitus, que por ser uma doença crônica pode gerar complicações tanto físicas, quanto psicológicas, principalmente em momentos como o período gestacional, que já é cercado de mudanças.

III- REFERENCIAL TEÓRICO ADOTADO

- **Teoria Transcultural de Leininger**

Na metade da década de 1950, enquanto trabalhava em um centro de orientação infantil nos Estados Unidos com crianças com distúrbios mentais, de diversas origens culturais, Madeleine Leininger, enfermeira e antropóloga, descobriu a importância da cultura para o cuidado de enfermagem. Ao longo dos anos e após vários estudos, ela compreendeu que o comportamento era culturalmente constituído e influenciado pela sua saúde mental (LEININGER & McFARLAND, 2013).

O seu interesse e a falta de conhecimento do papel dos fatores culturais, na saúde física e mental, a conduziram ao estudo da antropologia, desenvolvendo assim, no campo da Enfermagem Transcultural, um foco comparativo que foi definido como:

Sub-campo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e as práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença (LEININGER & McFARLAND, 2013, p.16).

Na literatura de Enfermagem Transcultural foram estudados, definidas sucintamente e para maior compreensão: cuidado; cultura; construção do cuidado genérico e profissional; cuidado genérico; cuidado profissional; fatores da estrutura social e cultural; etnohistória; contexto ambiental; visão de mundo; preservação e/ou manutenção do cuidado cultural, acomodação e/ou negociação do cuidado cultural e repadronização e/ou reestruturação; cuidado culturalmente coerente; diversidade do cuidado cultural; universalidade do cuidado cultural profissional (LEININGER & McFARLAND, 2013).

Nos anos 50 e 60 muitas enfermeiras estavam limitadas ao estudo médico de doenças, sintomas e regimes de tratamento para muitas doenças. A enfermagem, assim, começava a se distanciar do seu foco primário do cuidado. A prática do enfermeiro era influenciada pela era do pós-guerra, período marcado pelo surgimento cada vez frequente de novidades tecnológicas na área biomédica. Neste período, a maioria das enfermeiras se tornou ajudantes de médicos, distanciando-se do cuidado. No outro extremo está Leininger. Ela continua seu estudo da enfermagem junto à antropologia para criar uma teoria de enfermagem e a estruturação de uma identidade profissional (LEININGER & McFARLAND, 2013).

Leininger publica então, em 1991, a Teoria do Cuidado Cultural. A autora considera que o cuidado ao ser humano é universal, isto é, o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado, porém cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado (LEININGER & McFARLAND, 2013).

A finalidade da Teoria foi descobrir as diversidades e universalidades do ser humano, no contexto mundial, e os meios de prover o cuidado culturalmente coerente às pessoas de culturas diferentes (diversidade) ou semelhantes (universalidade). O objetivo é manter ou retornar o bem-estar, a saúde, ou enfrentar a doença de modo culturalmente apropriado, tendo em vista que a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura. Esta última é constituída por valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações (LEININGER & McFARLAND, 2013).

Considera-se que os estudos baseados na etnoenfermagem advêm da inquietude dos(as) enfermeiros(as) em conhecer o outro ou suas problemáticas pautada na sua visão de mundo, crenças, valores, saberes e práticas. Pode, ainda, suceder do desvelo em compreender as relações entre grupos de pessoas com mundos simbólicos diferentes, tornando-se necessário estudar o problema no próprio contexto vivido (CAMARGO, QUIRINO, MORAIS, 2011). Ao utilizar a etnoenfermagem como método de investigação para auxiliar o cuidado de enfermagem, evidencia-se a importância de empenhar técnicas específicas de coleta de dados, para que seja possível o acesso a diferentes aspectos analisados em determinada população, formada por seres humanos diversos, imersos em contextos particulares (CAMARGO, QUIRINO, MORAIS, 2011)

- **O Modelo Sunrise**

O “Modelo Sunrise”(Figura 1)foi desenvolvido por Leininger para esquematizar os componentes essenciais de sua teoria. Sol nascente simboliza o cuidado (saída do sol). Cuidado que se refere aos fenômenos relacionados à assistência, condutas de apoio e capacitação dirigidas ao indivíduo, com necessidade real ou potencial para atenuar ou melhorar o modo de vida(MCEWEN&WILLS, 2015).

A fim de ajudar o enfermeiro a reconhecer um mundo cultural de vida com diferentes forças ou influências das condições humanas e que precisam ser consideradas ou descobertas para prover o cuidado holístico, satisfatório e significativo para os indivíduos, os grupos ou as

instituições, Madeleine Leininger criou o “Modelo de Sunrise”. Por meio deste modelo, o enfermeiro levanta múltiplos fatores previstos para influenciar nas expressões do cuidado cultural e seus significados. Segundo Leininger & Mc Farland (2013, p.24): O Sunrise é um mapa cognitivo que têm como objetivo descobrir os fatores embutidos e múltiplos relacionados à teoria, tendências e suposições com o domínio específico de inquirição sob estudo. Este diagrama visual leva o pesquisador a buscar amplamente vários fatores influenciando o cuidado dentro de qualquer cultura sob estudo. Nesse modelo são levantadas as forças/influências que, devidamente analisadas, propiciam o cuidado cultural. São elas:

- Dimensões da estrutura cultural e social, ou seja, fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, políticos, legais, econômicos, educacionais e modos de vida.
- Contexto do ambiente, situação ou experiência, interações sociais em lugares físicos, sócio-políticos que dão significado às expressões humanas.
- Sistema popular é o conhecimento popular, a experiência direta, visão sob ótica dos que vivem a cultura centralizada na pessoa.
- Sistema profissional trata da interpretação do vivido naquela cultura, descrevendo a perspectiva profissional (LEININGER & McFARLAND, 2013).

Figura 1 – Modelo de Sunrise (LEININGER & McFARLAND, 2013)



Fonte: LEININGER & McFARLAND, 2013.

No “Modelo de Sunrise”, a enfermagem se apresenta como a intercessão entre os sistemas populares e profissionais da área de saúde. O enfermeiro na promoção em saúde em geral ocupará o papel de cuidador direto, aquele que tem o maior contato com o cliente, realiza a ligação entre eles e os profissionais, um comunicador/educador.

De acordo com Leininger & Mcfarland (2013), o resultado prático desse sistema interligado são as decisões e as ações do cuidado de enfermagem, e estão divididas em três propostas, levando em conta o modo de vida e as crenças compartilhadas: Preservação, Acomodação e Repadronização do Cuidado, sendo:

- Preservação - o cuidado já praticado por um indivíduo, família ou grupo, benéficos ou mesmo inócuos para a saúde.

- Acomodação - ações e decisões para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais.
- Repadronização - ações e decisões para facilitar, dar suporte, que ajudam indivíduos, grupos a reordenar, trocar ou em grande parte modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde.

Estudo de Ruschel, Azzolin & Rabelo (2012), utilizou primeiro nível do modelo para as reflexões, no cenário da visita domiciliar em portadores de insuficiência cardíaca, e concluíram que para que o cuidado possa ser considerado satisfatório nesse cenário, o enfermeiro deve considerar o indivíduo e a família como participantes no planejamento e nas ações de cuidado, de modo que sua atuação seja direcionada para a preservação, acomodação e repadronização do cuidado.

A preservação ocorre quando o enfermeiro considera os cuidados que o paciente e sua família executam, do seu modo, com suas crenças e valores e os mantém, considerando a prática profissional. A acomodação se refere à capacidade de negociação por parte do enfermeiro nesse cenário domiciliar, entendendo a dimensão cultural que esse indivíduo está inserido, não apenas no domicílio, mas na área adstrita a sua residência (RUSCHEL, AZZOLIN & RABELO 2012).

Para estes pacientes é importante orientações para caminhadas diárias, de modo a estimular a atividade física. Mas, e se esse indivíduo reside em uma área de risco, ou em local de difícil acesso? O potencial de negociação que Leininger propõe pode ser aplicado, uma vez que conhecendo e entendendo essa realidade, é possível propor caminhadas dentro da própria casa, conversar com alguém da família que possa se propor a levar o paciente para realizar as caminhadas em outro local. Enfim, o primordial é exercer a negociação. Não ser impositivo. Por fim, o remodelamento, que é a reestruturação do cuidado cultural, no qual o enfermeiro auxilia o indivíduo e sua família na modificação de padrões de saúde importantes para a melhora do seu processo saúde-doença, principalmente de sua qualidade de vida (RUSCHEL, AZZOLIN & RABELO, 2012).

IV -METODOLOGIA

Método de Estudo:

Trata-se de um método, eminentemente qualitativo, que segundo Minayo (2013, p.34) responde a questões muito particulares. Se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Cujo tipo de pesquisa foi de intervenção, a expressão pesquisa de intervenção tem sido usada nos últimos tempos por enfermeiros pesquisadores para descrever uma abordagem de pesquisa que se diferencia nem tanto por uma metodologia científica específica, mas pelo processo distinto de planejar, desenvolver, testar e disseminar intervenções (POLIT & BECK, 2011).

De acordo com Polit & Beck (2011) a pesquisa qualitativa começa a desempenhar um papel cada vez mais importante no desenvolvimento de intervenções de enfermagem promissoras e em esforços para testar sua eficácia e eficiência.

Coleta de Dados:

Os dados foram coletados durante a consulta de enfermagem realizada pela pesquisadora para acompanhamento do Diabetes, após a consulta médica, as gestantes foram convidadas a participar do estudo. Os dados foram coletados através de um questionário baseado no questionário cultural e social de Leininger (Anexo 1).

As entrevistas ocorreram entre os meses de maio a outubro de 2017, e foram gravadas e transcritas em sua integralidade. Nos 6 meses de coleta de dados acompanhamos e entrevistamos o total de dezesseis (16) gestantes. O número reduzido de gestantes está relacionado ao sistema de regulação de vagas, as mesmas não foram preenchidas por falta de encaminhamento.

Critério de inclusão:

Mulheres gestantes com diagnóstico de diabetes tipo 1 ou 2.

Critério de exclusão:

Gestantes portadoras diabetes gestacional.

Cenário:

O cenário foi uma Unidade de Saúde, de nível secundário, do município do Rio de Janeiro, que foi criado pelo Decreto Estadual nº 987, de 26/12/1967, tendo se originado no Centro de Diabetes da 3ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade Nacional de Medicina da, então, Universidade do Brasil. Tinha o Prof. Francisco Arduíno regressado de um estágio na renomada Joslin Clinics americana, pioneira da Diabetologia no mundo e, entusiasmado com a nova disciplina, propôs ao Prof. Luiz Feijó, Catedrático da 3ª Cadeira, a organização do Centro de Diabetes e Endocrinologia.

Sua origem a partir de uma instituição acadêmica determinou o perfil de atividades do Instituto, que inclui, além da assistência especializada à saúde, proeminente dedicação à formação de recursos humanos e à pesquisa. Foram ministrados os cursos de especialização em Endocrinologia da Escola Médica de Pós-Graduação Carlos Chagas e do Centro de Ciências Biológicas e de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, este último em atividade até hoje. Também se implantou o primeiro Programa de Residência Médica em Endocrinologia no Brasil e o primeiro Mestrado da especialidade.

O instituto possui 25 leitos, sendo 8 de cirurgia geral, 14 de clínica geral, 2 de pediatria clínica, realizando atendimento ambulatorial nas áreas de endocrinologia, cardiologia, gastroenterologia, ortopedia, nutrição, psicologia, psiquiatria, nefrologia, oftalmologia, clínica médica, enfermagem, dermatologia, ginecologia, além de núcleo acolhimento neonatal.

Análise dos Dados:

As respostas às perguntas discursivas do questionário foram gravadas e posteriormente transcritas, a partir dos relatos das mulheres, em sua integralidade. Buscando a total imparcialidade dos dados.

Para identificarmos as dimensões sociais e culturais, utilizamos como base teórica o primeiro nível Modelo Sunrise (Figura 2), de Madeleine Leininger, por meio deste modelo, o Enfermeiro levanta múltiplos fatores previstos para influenciar nas expressões do cuidado cultural e seus significados.

Figura 2 – 1º Nível do Modelo de Sunrise



Fonte: Leininger, M. (1991)

No que concerne à compreensão dos discursos de nossos sujeitos, utilizamos a proposição de Análise de Conteúdo de Bardin (2011) mais especificamente a modalidade de Análise dos Discursos. Segundo Bauer (2002) está é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social.

Os dados qualitativos foram analisados e interpretados, mediante a leitura exaustiva do conteúdo das respostas às questões abertas do questionário. Logo após foi aplicada a Análise de Conteúdo (A.C) descrita por Bardin em 1977. A opção por utilizar a A.C no tratamento dos dados ocorreu por ser esta a metodologia mais adequada a investigação qualitativa, com dados advindos de relatos dos próprios sujeitos.

O surgimento da Análise de Conteúdo data o início do século XX nos Estados Unidos com o objetivo de analisar material jornalístico. Porém entre 1940 e 1950, cientistas se interessaram pelos símbolos políticos, corroborando assim para seu desenvolvimento e a sua utilização por várias áreas do conhecimento. (CAREGNATO e MUTTI, 2006)

Bardin (2011) descreve a A.C:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 42).

Bardin (2011) propõe a A.C pautada em três fases distintas:

1. Inicialmente a pré- análise;

2. Seguida da exploração do material e;
3. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

A primeira fase da A.C chamada de pré- análise é o momento da organização dos dados. Nesta fase foi realizada a leitura flutuante das entrevistas e ocorreu a impregnação do investigador por impressões advindas dos dados obtidos. Posteriormente foi realizada a demarcação dos documentos relevantes que sofreram o tratamento.

Com os documentos relevantes definidos foi realizada a constituição de um corpus, para o tratamento analítico. Para a constituição de um corpus, Bardin (2011) cita algumas regras fundamentais:

1. Regra da exaustividade (todos os elementos contidos nos dados devem ser analisados),
2. Regra da representatividade (o quantitativo de amostras deve ser representativo dentro do universo pesquisado),
3. Regra da homogeneidade (todos os documentos analisados devem abordar o mesmo tema) e,
4. A regra da pertinência (os documentos que serão analisados devem atender aos objetivos do estudo).

A segunda fase da A.C tratou-se da exploração do material. Esta exploração foi realizada por meio de estruturação dos dados mediante as estratégias denominadas por Bardin (2011) como inventário das unidades de registro e de contexto e classificação por analogias.

Já na terceira fase descrita por Bardin, como tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação foi pautada nos dados oriundos dos inventários e das analogias, que sofreram categorização e análise temática.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. (BARDIN, 2011)

Ainda fazendo referência a mesma autora: “[...] fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido [...]” (Bardin, 2011, p. 105)

Quanto à análise temática Bardin (2011) diz: “a análise temática é transversal, isto é, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas [...]” (Bardin, 2011, p. 175).

Contudo, no tocante aos dados necessários à apresentação do perfil de nossos sujeitos, fizemos uma Análise Freqüencial Simples para a compreensão percentual das variáveis que utilizamos.

Aspectos Éticos e Legais:

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, a fim de garantir o cumprimento das questões éticas em pesquisa, e aprovado sob registro CAAE: 61733316, o estudo obedeceu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para a participação neste estudo foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde as participantes foram informadas sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia do estudo, sendo assegurada a confidencialidade dos dados, bem como o respeito ao anonimato, para isto foram adotados números para a identificação (Apendice 3).

V -APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1ª PARTE – o perfil dos sujeitos da pesquisa

Foram entrevistadas 16 gestantes diabéticas, com idade entre 18 e 39 anos, 87,5% apresentavam DM do tipo 1, com média de tempo de diagnóstico de 10 anos, com idade gestacional entre 6 e 34 semanas, 44% não tinham filhos e 31% sofreram abortos espontâneos, com média de 1,4 abortos em gestações anteriores.

Quanto aos fatores sociais e educacionais, em relação à ocupação atual, 56% são do lar e 44% trabalhavam fora de casa, 87% moram em casa própria, 100% em casa de alvenaria, em relação à situação conjugal, 56% vivem em união consensual, 87% têm renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 37% possuem ensino médio completo.

Em relação à rede de suporte social 44% informaram ter apoio apenas do marido/companheiro para seguir o tratamento, 31% apontaram a família como rede de suporte, 25% apenas a mãe, no que tange a participação em grupos de apoio 87,5% relatam não ter participado, 12,5% apenas disseram ter participado na maternidade ou posto de saúde.

2ª PARTE: Análise Qualitativa- a categorização dos discursos.

- O Inventariamento e a Classificação por Analogia dos Discursos.

Apresentamos os Quadros dos Inventários, de acordo com Bardin, (2011) que indicaram os discursos das gestantes presentes no questionário aplicado, dos quais construímos as categorias e os núcleos temáticos necessários aos argumentos desta pesquisa.

Para tanto, elaboramos seis (06) Quadros, a partir das seis (06) questões abertas (apêndice nº 1) por nós feitas aos sujeitos da pesquisa, totalizando 16 discursos. Neles foram perfilados os discursos originais de cada grupo de sujeitos (codificados pela letra S) e feito o tratamento dos discursos por comparações dos conteúdos das mensagens (a classificação por analogia), segundo a autora anteriormente citada.

Cumprimo-nos salientar, ainda, que as quatro regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência dos discursos, definidas por Bardin (2011), foram observadas durante o tratamento dos 16 discursos obtidos, permitindo-nos, portanto, e, igualmente, o cumprimento das etapas da pré-análise e da exploração do material, fundamentais para o processo de categorização. Com isto, pudemos, então, proceder à última etapa referente ao tratamento e interpretação dos resultados (categorias/nucleamentos). Nos

Quadros, também foi possível o estabelecimento das frequências absoluta e relativa dos discursos tratados.

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 1

1ª Questão (aberta): O que você sabe sobre o diabetes mellitus e suas complicações na gestação?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CALASSIFICAÇÃO POR ANALOGIA	TOTAL	
		<i>f</i>	%
S1 <i>“Que eu corro o risco da criança <u>ficar maior que o necessário e de nascer antes do tempo.</u>”</i>	S1	1/16	6,2
S2 <i>“<u>Sei todas as complicações, ficar cega, amputar... pra gestação sei que pode nascer grande, fazer hipoglicemia...</u>”</i>	S2	1/16	6,2
S3 <i>“<u>Não sei nada!</u>”</i>	S3, S5,S8,S10	5/16	31,2
S4 <i>“<u>Eu sei que pode ficar cega, fazer hemodiálise, pode afetar o bebê, mas não sei como.</u>”</i>	S4 ,S7	2/16	12,5
S5 <i>“<u>Não sei nada dessas coisas...</u>”</i>	S5, S3	2/16	12,5
S6 <i>“<u>A criança pode ter hipoglicemia e nascer grande, eu nasci grande, minha mãe teve diabetes na gestação.</u>”</i>	S6, S1, S2	3/16	18,7
S7 <i>“<u>Sei que pode ficar cega, ter problema nos rins, mas na gestação não sei nada</u>”</i>	S7 e S4	2/16	12,5
S8 <i>“<u>Não sei nada!</u>”</i>	S8, S3, S5	3/16	18,7
S9 <i>“<u>...Na gestação eu sei que o meu bebê pode morrer, devido a glicose.</u>”</i>	S9	1/16	6,2
S10 <i>“<u>Não sei nada.</u>”</i>	S10, S3, S5,S8	4/16	25
S11 <i>“<u>Sei tudo e mais um pouco, sei da importância de seguir o tratamento, que se não poder nascer grande e ter hipoglicemia.</u>”</i>	S11, S6,S1, S2, S9	5/16	31,2

<p>S12” <i>Eu sei que é autoimune, não tem haver com genética, então não vou transmitir pro meu filho. Sei que se eu tratar é menor a possibilidade dele <u>nascer gordinho e fazer hipoglicemia.</u>”</i></p>	<p>S12, S11, S6,S1,S2</p>	<p>5/16 31,2</p>
<p>S13 “<i>Que pode ter amputamento, ficar cega. Na gestação sei que a criança pode nascer grande, <u>não sei muita coisa não...</u>”</i></p>	<p>S13, S11, S6,S1,S2,S9</p>	<p>6/16 37,5</p>
<p>S14 “<i>Ah, sobre o diabetes, eu sei que tem muita complicação, nos olhos, que eu já estou, nos rins. E na gestação, sei que pode nascer antes do tempo, <u>não ta bem formado ou crescer muito</u>”</i></p>	<p>S14, S13, S11, S6,S1,S2,S9</p>	<p>7/16 43,7</p>
<p>S15”<i>Ah, que ele causa muito mal ao organismo, no rins, na visão. Na gestação pode ser prejudicial ao bebê, o obstetra me falou sobre <u>má formação.</u>”</i></p>	<p>S15, S14, S13, S11, S6,S1,S2,S9</p>	<p>8/16 50</p>
<p>S16’<i>Ah, eu sei que o bebê pode nascer com alguma coisa, o doutor me falou, mas eu esqueci, <u>sei que o bebê pode nascer diabético</u>”</i></p>	<p>S16, S10, S3, S5, S8</p>	<p>5/16 31,2</p>

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 2

2ª Questão (aberta): Como é para você seguir o tratamento?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CLASSIFICAÇÃO POR ANALOGIA	TOTAL	
		f	%
S1 “ <u>É importante, porém difícil controlar a alimentação, a parte de aplicar insulina, também é muito difícil.</u> ”	S1	1/16	6,2
S2 “Agora gestante tá sendo difícil,mas tá sendo prazeroso, acho que o bebê veio pra me ajudar! <u>Hoje vejo que deveria ter me tratado antes!</u> ”	S2	1/16	6,2
S3 “ <u>É difícil, porque as vezes não tem os medicamentos, é difícil tomar insulina, é difícil seguir a alimentação.</u> ”	S3	1/13	6,2
S4 “ <u>É normal.</u> ”	S4	1/166,2	
S5 “Muito difícil, <u>tenho dificuldade com a dieta.Quando descobri foi muito difícil, na gravidez me forcei a fazer tudo certo.</u> ”	S5, S1, S3	3/16	18,7
S6 “ <u>Só é mais complicado seguir a alimentação,mas o pior é furar o dedo, que agora ainda são 6 vezes</u> ”	S6	1/16	6,2
S7 ” <u>No começo mexeu com meu psicológico, tomar a insulina, o problema também era a alimentação, mas depois aceitei.</u> ”	S7	1/16	6,2
S8 ‘ <u>O pior é a dieta, eu gosto muito de comer, tô assustada agora em ter que tomar insulina</u> ”	S8, S7, S5, S1, S3	5/16	31,2
S9 “ <u>Normal, minha filha é diabética.</u> ”	S9, S4	2/16	12,5
S10 “ <u>É difícil, mas to me cuidando!</u> ”	S10, S1,S2, S3,S5, S6, S10	7/13	37,5
S11 ” <u>É difícil, falta material,as coisas de dieta são</u>	S11, S3	2/16	12,5

<i>caras, é muito complicado ter uma boa alimentação”</i>		
S12 “ <i>Agora é normal, <u>no início foi mais complicado...</u>”</i>	S12, S7	2/16 12,5
S13 “ <i><u>Verificar a glicemia 6 vezes ao dia é muito chato...</u> Seguir a alimentação pra mim é muito difícil, eu comia muita besteira.’</i>	S13, S6, S14	3/16 18,7
S14 “ <i>É complicado, <u>porque não pode comer as coisas, ficar se furando toda hora, tomar insulina.</u> Sem contar que dá muito mal estar a hipoglicemia”</i>	S14,S13,S8, S7, S6, S5, S1, S3	8/16 50
S15 “ <i>Ai eu sigo, mas é difícil, é deprimente! <u>Ai, é horrível se espetar!</u> Se fosse comprimido seria bem mais fácil, <u>o fato de você não poder comer.</u>”</i>	S15,S14,S10, S1,S2, S3,S5, S6, S13	9/16 56,2
S16 “ <i>Bem difícil, <u>ai tem que se furar</u>, muito ruim isso aí!”</i>	S16, S15, S14, S13, S6, S1,S2, S3,S5,	9/16 56,2

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 3

3ª Questão (aberta): Quais os cuidados você tem com a sua saúde para evitar o aumento da glicemia?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CLASSIFICAÇÃO POR ANALOGIA	TOTAL	
		<i>f</i>	<i>%</i>
S1 “ <i><u>Ah, alimentação!</u> Eu sigo a dieta que a nutrição passou, mas não é fácil, mas agora eu tenho outra vida pra cuidar.”</i>	S1	1/16	6,2
S2 “ <i>Agora tô com todos,<u>tomo a insulina, faco a dieta</u>, mas antes eu tinha bem pouco, eu não ia nunca a nutricionista”</i>	S2	1/16	6,2

S3 “... <u>Não comer muito doce, não se estressar muito, ficar mais tranquila...</u> ”	S3	1/16 6,2
S4 “... <u>Comer verduras, as coisas que eu não gosto eu tenho que comer...</u> ”	S4,S1	2/16 12,5
S5 “ <u>Eu tento me alimentar direito!</u> ”	S5, S1e S4	3/16 18,7
S6 ” <u>Mais a alimentação mesmo, diminui a questão do carboidrato</u> ”	S6	1/16 6,2
S7 ” <u>Evitar o carboidrato! É o que faz subir mais!</u> ”	S7, S6	2/1612,5
S8 “ <u>Eu sigo a dieta, evitando as coisas, eu uso adoçante, mas ainda como doce</u> ”	S8,S7 e S6	3/1618,7
S9 “ <u>Eu não como muito.</u> ”	S9	1/16 6,2
S10 “... <u>Quando dá vontade de comer, eu como, quando tá alto eu só dô uma beliscada, não consigo fazer dieta direto!</u> ”	S10, S8	2/16 12,5
S11 “ <u>Eu procuro comer na hora e não comer o que não é pra comer.</u> ”	S11, S8, S10	3/16 18,7
S12 “ <u>Eu faço muita contagem de carboidrato, eu conto pra poder aplicar a insulina, quando como o que não deveria comer.</u> ”	S12	1/166,2
S13 “... <u>Não como doce, evito o máximo!</u> ”	S13,S1, S2,S3,S4,S5, S6,S7,S8, S9, S10,S11,S12, S14, S16	15/1693,7
S14 “ <u>Tento fazer a dieta mais ou menos, tomo a insulina direitinho e tento não me estressar</u> ”	S14, S3	2/16 12,5
S15 ” <u>Agora não to podendo fazer nada na gestação, porque to perdendo muito peso, aí eles me cortaram a academia, mas eu fazia musculação...</u> ”	S15	1/16 6,2
S16 ‘ <u>Como verdura, faço a aplicação da insulina direito</u> ’	S16, S2,S14	3/16 18,7

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 4

4º Questão (aberta): Além da insulina, você realizou alguma outra prática para reduzir a glicemia ou para curar a doença?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CLASSIFICAÇÃO POR ANALOGIA	TOTAL <i>f</i> %
S1 “ <u>Não.</u> ”	S1	1/166,2
S2 “ <u>Sempre usa chá, né?! Chá de pata de vaca, tremoço...</u> ”	S2	1/16 6,2
S3 “ <u>Não, nunca fiz nada.</u> ”	S3, S1	2/16 12,5
S4 “ <u>...Chá de qubra pedra...</u> ”	S4, S2	2/16 12,5
S5 “ <u>Nunca fiz, mas o povo fala pra eu tomar!</u> ”	S5	1/16 6,2
S6 “ <u>Não, os outros sempre falam, mas nunca tomei.</u> ”	S6, S5	2/16 12,5
S7 “ <u>Tomava chá de vagem...</u> ”	S7, S4, S2	3/16 18,7
S8 “ <u>Nunca usei nada, sou muita chata pra tomar chá.</u> ”	S8, S1, S3, S5, S6,	5/16 31,2
S9 “ <u>Chá de pau tenente, pata de vaca, pra baixar a glicose, mas é muito ruim.</u> ”	S9, S7, S4, S2	4/16 25
S10 “ <u>Já, folha de jamelão</u> ”	S10, S9, S7, S4, S2, S13, S14	7/16 43,7
S11 “ <u>Tomei chá no início, de pata de vaca!</u> ”	S11	1/16 6,2
S12 “ <u>Não!</u> ”	S12, S1, S3, S5, S6, S8, S12, S15, S16	9/16 56,2
S13 “ <u>Só tomo água da igreja...</u> ”	S13	1/16 6,2
S14 “ <u>Tomei bastante chá no início...</u> ”	S14, S11	2/16 12,5
S15 “ <u>Não, me falaram, mas eu fico com medo.</u> ”	S15, S5, S6	3/16 18,7
S16 “ <u>Não, mas já falaram pra mim</u> ”	S16, S5, S6, S15	4/16 25

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 4.1

Questão (aberta): Quem lhe ensinou esses cuidados?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CLASSIFICAÇÃO POR ANALOGIA	TOTAL	
		f	%
S1 Não se aplica	-----	-----	
S2 <i>”Vizinhos! O pessoal mais velho sempre me falava.”</i>	S2	1/166,2	
S3 Não se aplica	-----	-----	
S4 <i>”Minha irmã! Mas outras pessoas que conheço que são diabéticas também me falavam!</i>	S4,S2	2/16	12,5
S5 Não se aplica	-----	-----	
S6 Não se aplica	-----	-----	
S7 <i>”Olha, foi <u>algum vizinho</u> que ensinou minha mãe a fazer.”</i>	S7,S2,S4	3/16	18,7
S8 Não se aplica	-----	-----	
S9 <i>” Nossa, muita gente fala, mas <u>o pessoal do trabalho que me ensinou!</u>”</i>	S9, S7,S2,S4	4/16	25
S10 <i>”<u>Minha mãe</u> que me mandava tomar!”</i>	S10, S11	2/16	12,5
S11 <i>”<u>Minha mãe</u> é diabética e toma, aí me mandava tomar também!”</i>	S10, S11 S9, S7,S2,S4, S13	7/16	43,7
S12 Não se aplica	-----	-----	
S13 <i>”<u>Minha avó</u> traz pra mim da igreja, eles dizem que é a água do tratamento, aí eu tomo!”</i>	S13	1/16	6,2
S14 <i>”<u>Não lembro</u>”</i>	S14	1/16	6,2
S15 Não se aplica	-----	-----	
S16 Não se aplica	-----	-----	

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 4.2

Questão (aberta): Deram certo?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CLASSIFICAÇÃO O POR ANALOGIA	TOTAL <i>f</i> %
S1 Não se aplica	-----	-----
S2 <i>"<u>Vou falar pra senhora, com a água de berinjela eu vi resultado.</u>"</i>	S2	1/16 6,2
S3 Não se aplica	-----	-----
S4 <i><u>Deu sim, abaixa bem a glicose!</u></i>	S4, S2	2/16 12,5
S5 Não se aplica	-----	-----
S6 Não se aplica	-----	-----
S7 <i>"<u>baixava bem mesmo!!</u>"</i>	S7, S4, S2	3/16 18,7
S8 Não se aplica	-----	-----
S9 <i>"<u>Não, também não conseguir usar, era muito ruim!</u>"</i>	S9	1/16 6,2
S10 <i><u>"Não adiantou de nada!"</u></i>	S10, S9	2/16 12,5
S11 <i>"<u>Nada, o que dá certo é adieta da boca!(risos)</u>"</i>	S11, S9, S10	3/16 18,7
S12 Não se aplica	-----	-----
S13 <i>"<u>Não vejo nenhuma diferença, mas é fé, né?!"</u></i>	S13, S9, S10, S11	4/16 25
S14 <i>"<u>O único que deu certo foi o chá da semente de urucum, baixava bem a glicose"</u></i>	S14, S7, S4, S2,	4/16 25
S15 Não se aplica	-----	-----
S16 Não se aplica	-----	-----

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 5

5º Questão (aberta): Como eram seus hábitos alimentares: tipos de alimentos, quantidades de alimentos, intervalo entre as refeições?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CLASSIFICAÇÃO POR ANALOGIA	TOTAL	
		f	%
S1 “ <u>Eu não tinha horário pra comer, tinha oportunidade, eu comia!</u> <u>Eu acreditava que se eu comesse um poquinho de chocolate ou biscoito todos os dias não ia influenciar minha glicose, mas não é assim!</u> ”	S1	1/16	6,2
S2 “ <u>Nunca fui regradada e do nada eu fui cortada, eu tinha 8 anos, eu amava Mc Donald’s, ainda amo!</u> (Risos)”	S2,S1	2/16	12,5
S3 “ <u>Me alimento bem, mas quando me dá vontade de comer, eu como!</u> ”	S3	1/16	6,2
S4 “ <u>Eu como pouco, o meu marido até fala que vai vim comigo, pra falar que eu não como.</u> (Risos)”	S4	1/16	6,2
S5 “ <u>Não tenho bons hábitos, não tenho hora pra comer, se deixar eu não como legume. Eu relaxei completamente, eu tenho problema com comida, eu gosto de comer! Só me controlo agora por causa do bebê.</u> ”	S5, S1,S2	3/16	18,7
S6 “ <u>Procuro me alimentar bem, como de tudo, legumes, verduras e procuro seguir os horários.</u> ”	S6,S3	2/16	12,5
S7 “ <u>Eu gosto de comer muito, muita massa, bate entope mesmo, era toda desregulada, não tinha horários, agora to me controlando!</u> ”	S7, S5	2/16	12,5
S8 “ <u>Eu não contralava nada, comia de tudo e</u>	S8	1/16	6,2

<i>gostava de comida congelada, depois do diagnostico que consigo contralar melhor, ter horário pra comer, fazer as coisas mais certinhas.”</i>		
S9 “ <i>Eu comia de tudo, adorava comer salgadinhos (risos), mas agora não.</i> ”	S9,S7,S5	3/16 18,7
S10 “ <i>Eu sempre tive horário pra comer, mas comia mesmo o que me desse vontade!</i> ”	S10, S3	2/1612,5
S11 “ <i>Trabalhando em dois eu não tinha horário para comer, aí pedia lanche, hoje que to me controlando melhor, to em um hospital só.</i> ”	S11,S9,S7,S5	4/1625
S12 “ <i>Normal, eu não era exagerada, não só o refrigerante que eu tomava bastante, mas não gostava muito de verduras, mas tenho tentado incluir algumas coisas</i> ”	S12	1/16 6,2
S13 “ <i>Comia muita besteira, não tinha limite, comia quando me dava vontade!</i> ”	S13, S1, S2, S3, S5, S7, S8,S9,S10,S14	10/16 62,5
S14 “ <i>Eu me alimento mais ou menos, eu não tenho hora para comer, as vezes pulo refeição e acabo querendo comer demais na seguinte.</i> ”	S14, S5,S1,S2	4/16 25
S15 “ <i>Eu sempre comi muito bem. O problema é que eu era chocólatra, fiquei em desespero sem o chocolate, sinto falta das quantidades qu eu comia.</i> ”	S15,S3,S6,S12	4/16 25
S16 “ <i>Antigamente eu não comia as coisas certas não, depois da minha primeira gravidez que mudei, mas não tenho horário para comer</i> ”	S16, S9,S7,S5	4/16 25

QUADRO/INVENTÁRIO Nº 6

6º Questão (aberta): você realiza ou realizou adaptações no esquema de insulina? Se sim, por que?

DISCURSO ORIGINAL	SUJEITOS ENVOLVIDOS POR CLASSIFICAÇÃO POR ANALOGIA	TOTAL	
		f	%
S1 “ <u>Não</u> ”	S1	1/16	6,2
S2 “ <u>Agora não, porque descobri a gravidez agora, mas já mexi quando queria comer!</u> ”	S2	1/16	6,2
S3 “ <u>Não</u> ”	S3,S1	2/16	12,5
S4 “ <u>Não</u> ”	S4,S3,S1	3/16	18,7
S5 “ <u>Não</u> ”	S5, S1,S3,S4	4/16	25
S6 “ <u>Desde o início da gestação eu faço ajuste a noite, pq sempre faço hipoglicemia.</u> ”	S6	1/16	6,2
S7 “ <u>Não, eu só tomava NPH.</u> ”	-----	-----	
S8 “ <u>Não, to começando insulina agora.</u> ”	-----	-----	
S9 “ <u>Nunca fiz não, só faço o que o médico manda!</u> ”	S9	1/16	6,2
S10 “ <u>Não</u> ”	S10, S1, S3, S4,S5,S9	6/16	37,5
S11 “ <u>Já, se eu vê que vou fazer hipo, eu não tomo, se eu comer tomo duas doses a mais. Agora na gestação, tenho feito muita hipo, aí eu tomo a dose a menos</u> ”	S11,S6	2/16	12,5
S12 “ <u>Já, eu tava verificando que 1 pra 10, não tava adiantando, tava fazendo hiper, aí passei de 1 pra 6 e melhorei</u> ”	S12	1/16	6,2
S13 “ <u>Já, porque fico com medo de fazer hipo, as vezes não tomo ou diminuo.</u> ”	S13,S11,S6	3/16	18,7

S14 “ <i>Já, já aumentei, já diminui! <u>Aumentei porque dava alta, aí eu aumentava, já diminui porque achei que tava engordando, ficando inchada</u>”</i>	S14, S2, S6, S13,S11,S12,S13	7/16	43,7
S15” <u>Não.</u> ”	S15, S1,S3,S4,S5,S9,S10	7/16	43,7
S16 ‘ <u>Nunca.</u> ’	S16, S15, S1,S3,S4,S5, S9,S10	8/16	50

3ª PARTE: A Apresentação das categorias de análise.

Após a estruturação dos seis (06) Quadros/Inventários dos 16 discursos referentes às seis perguntas abertas presentes no instrumento para coleta de dados (Apêndice N°1) apresentamos, a seguir, a identificação do conjunto das **unidades de registros e de contextos de significação**, da qual obtivemos duas categorias essenciais para a discussão de nosso objeto de estudo, são elas: implicações para saúde do Recém – nato advindas da adesão ao tratamento de gestantes com Diabetes Mellitus, esta categoria foi alcançada durante a análise das 16 respostas referentes à primeira e segunda questões abertas de nosso instrumento. O que você sabe sobre o *Diabetes mellituse* suas complicações na gestação? E Como é para você seguir o tratamento?

Nesta categoria emergiu dasseguintes Unidades de Registro: **ficar maior que o necessário e de nascer antes do tempo; não sei nada; hipoglicemia; o meu bebê pode morrer; difícil controlar a alimentação; tá sendo difícil; tomar a insulina; verificar a glicemia 6 vezes ao dia; não tem os medicamentos;normal; no início foi mais complicado; as coisas de dieta são caras.** EAutocuidado x cultura:a alimentação como elemento essencial para a saúde e controle do Diabetes Mellitus nas gestantes, esta categoria foi construída mediante a identificação das seguintes unidades e contextos:**alimentação; não se estressar muito; evitar o carboidrato; nunca fui regrada; chá de pata de vaca, tremoço; não como doce; o povo fala pra eu tomar; tomei chá no início ;não tenho bons hábitos; já mexi quando queria comer; fico com medo de fazer hipo,** entre outras.

Estas Unidades foram provenientes da terceira, quarta, quinta e sexta questões do instrumento:Quais os cuidados que você tem com a sua saúde para evitar o aumento da glicemia, além da insulina, você realizou alguma outra prática para reduzir a glicemia ou para

curar a doença, como eram os seus hábitos alimentares: tipos de alimentos, quantidade de alimentos, intervalo entre as refeições e você realiza ou realizou adaptações no esquema de insulina.

Segundo Bardin (2011), **Unidades de Registros e de Contextos de Significação**, é o sentido das falas dos sujeitos, ou seja, aquilo que está subentendido ou oculto pelo discurso, porém, que ganha destaque e se revela mediante à exaustividade, à representatividade, à homogeneidade e à pertinência dos discursos, referentes às perguntas apresentadas.

VI - A DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

1º Categoria: Implicações para a saúde do Recém – nato advindas da adesão ao tratamento de gestantes com *Diabetes Mellitus*.

Quando as gestações ocorrem sem o devido planejamento, presume-se que os cuidados voltados à pré-concepção (clínicos e educativos) não foram realizados, aumentando, assim, as chances de morbidades maternas e fetais. Quando esse desfecho acontece em mulheres já afetadas por uma doença crônica, como é o caso de mulheres com *diabetes mellitus* (DM), os riscos se tornam maiores. Portanto, este público deve receber informações e incentivo para exercer o autocuidado no período pré-concepcional (ARAÚJO, ET AL, 2011). Nesse contexto, segundo Parchman, Zeber & Palmer (2010) é sabido que programas de educação em diabetes pouco abordam os métodos anticoncepcionais indicados para a mulher com diabetes mellitus, bem como as complicações que desaconselham a gravidez na presença do DM descompensado.

Podemos observar no estudo que as mulheres pouco conhecem sobre os fatores de risco de uma gestação em descompensação glicêmica, notamos isso nos relatos de cinco mulheres sobre já terem abortado espontaneamente em gestações anteriores, algumas mais de uma vez, e nos encaminhamentos para as consultas de enfermagem no ambulatório de diabetes, por má adesão destas, já gestantes ao tratamento, a fim de que consigamos estabelecer parâmetros para que a atual gestação siga sem intercorrências. Nesta situação seguindo o “ modelo Sunrise”, o enfermeiro deve repadronizar o cuidado, para tentar modificar o modo de vida desta mulher.

De acordo com a Lei No 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, é direito de todo cidadão brasileiro o acesso aos serviços e meios de anticoncepção e de concepção. O Ministério da Saúde (MS), tomando por base o dispositivo da referida lei, estabelece como competência dos profissionais da saúde, abrangendo o enfermeiro, prestar assistência clínica nessa área do cuidado e desenvolver atividades educativas, empenhando-se em bem informar os usuários para que estes possam tomar decisões conscientes quanto às suas metas reprodutivas (LERMAN, 2005). Lacunas são detectadas nessa área do cuidado no país, quando pesquisa de âmbito nacional realizada com 15.575 mulheres de 15 a 49 anos revelou que 53,8% das mulheres em uso de Métodos Anticoncepcionais (MAC) o fazem por conta própria, com pouco ou nenhum conhecimento sobre o uso correto e que, pelo menos, 50% das gestações não são planejadas (FARIA ET AL, 2009).

As usuárias quando questionadas se participam de algum grupo de apoio, 87,5% informaram não frequentar, aumentando a possibilidade uma gestação não planejada, e num momento clínico não favorável da doença, podendo levar ao aborto e a complicações na gestação, levando a interrupção precoce da mesma, como podemos acompanhar no serviço. O enfermeiro deve repadronizar o cuidado afim de que as gestantes compreendam a necessidade de participar desse tipo de atividade.

O monitoramento do diabetes mellitus pré-gestacional requer a prevenção de malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e às demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez, destacando distúrbios vasculares, retinopatia, nefropatia, macrossomia fetal, sofrimento respiratório fetal, polidrâmnio e cetoacidose. Assim, a concepção em mulheres com diabetes mellitus deve ter atenção cuidadosa desde a pré-concepção, pois o controle metabólico nas primeiras semanas de gestação é fundamental à organogênese (PARCHMAN, ZEBER & PALMER, 2010).

Notou-se pouco ou nenhum conhecimento das participantes em relação as complicações para o RN, uma vez que a metade das participantes (8), relatou não saber do que se tratava. E o restante, apresentou conhecimento limitado, como podemos observar nas falas a seguir:

Ah, o Diabetes tem muita complicação, nos olhos, que eu já estou, nos rins e na gestação, sei que pode nascer antes do tempo, não ta bem formado ou crescer muito. S14

Sei que a criança pode nascer grande! Não sei muita coisa, não, tem pouco tempo que sou diabética. S13

Sei que eu corro o risco da criança ficar maior que o necessário e de nascer antes do tempo, tendo bastante complicações! S1

Sei que se eu não tomar os remédios, vai ser mais complicado p mim, vai tê mais complicações e vou parar no hospital, vou ter coisas mais sérias! É meu sonho ser mãe, sei que vou tomar mais insulinas, ter que se alimentar direito, mas as complicações pro bebê eu não sei não! S3

Na gestação eu não sei nada! S7

Cabe ao enfermeiro nesta situação preservar, repadronizar ou acomodar o cuidado, ou seja, manter o que está adequado, reordenar, modificar o que interfere no

cuidado, sempre respeitando o modo de vida de cada, já que o desconhecimento ou um conhecimento equivocado pode trazer complicações.

Tendo em vista que a gestação é considerada diabotogênica porque se caracteriza pela resistência à insulina, associada ao aumento dos níveis séricos de estrogênio, prolactina, progesterona, cortisol e gonadotrofina coriônica, visando manter constante o suprimento de glicose para o feto. Na gestação normal, isto é compensado pelo aumento da secreção pancreática de insulina(FARIA, 2011). Nas pacientes com alterações no metabolismo dos carboidratos prévias à gestação e nas que não se ajustam às alterações próprias da gravidez, a elevação da glicemia materna acarreta hiperglicemia e hiperinsulinemia fetal, intensificando a morbidade e a mortalidade perinatal. Os avanços observados nas duas últimas décadas nas áreas de Obstetrícia e Pediatria e a melhoria do controle glicêmico durante a gestação reduziram significativamente a morbidade e mortalidade perinatal associada ao diabetes na gravidez(MAUAD ET AL, 1998).

Examinando a relação entre a normoglicemia materna e a evolução fetal e neonatal em gestantes diabéticas, verificou-se que quando se consegue o controle metabólico satisfatório, a morbidade perinatal é comparável a de gestantes sem diabetes mellitus, independente da idade, da paridade e da gravidade da doença. (PEREIRA ET AL, 1999). Outros autores afirmam que o rigoroso controle materno baseado no ajuste da insulinoterapia de acordo com o perfil glicêmico da paciente permite a continuidade da gestação a termo, com segurança (NOMURA ET AL, 2002).

A educação para o cuidado em diabetes mellitus é relevante, uma vez que o usuário com esta condição necessita desenvolver habilidades de autocuidado, como seguir uma alimentação saudável, praticar atividades físicas, monitorar a glicose no sangue, tomar as medicações, ter boa capacidade para resolução de problemas, enfim, adotar comportamentos saudáveis para evitar as complicações (MARTINEZ, 2014).

O déficit de conhecimento observado na fala das participantes pode repercutir em estresse psicológico, negligência ao autocuidado, ou até mesmo abandono do tratamento, resultando em complicações para si e para o bebê. O que podemos observar na prática clínica é que as usuárias por já conviverem com a doença há algum tempo conhecem as complicações que o diabetes não tratado, ou tratado de maneira inadequada pode acarretar, porém muitas vezes, mais de um modo ameaçador (como consequência de seus atos, ou 'desobediência' ao que foi dito pelo profissional de saúde) do que de um modo educativo sobre a fisiologia da doença, contudo as complicações possíveis na gestação não são de conhecimento destas, ou se têm conhecimento, este é restrito.

Segundo Monticelli(2008)o enfermeiro deve considerar os indivíduos, famílias ou grupos, ativamente envolvidos no processo de cuidar, evitando as práticas de saúde culturalmente impositivas ainda bastante arraigadas ao modelo biomédico. As práticas impositivas não favorecem a autonomia e a tomada de decisão, o que impossibilita a mudança de hábitos e comportamentos, os quais são os objetivos principais do cuidado domiciliar. A cultura é ainda fator reconhecido como barreira na adesão ao tratamento. Dessa forma, o cuidado culturalmente congruente é o oposto da prática impositiva, onde o indivíduo é ser participativo, sujeito do cuidado, com seus próprios conceitos de saúde e doença.

O diabetes mellitus constitui um desafio para portadores, sua família e profissionais de saúde para a obtenção de um bom controle glicêmico e metabólico, a fim de minimizar complicações em curto e longo prazo. Mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso são essenciais para prevenção das complicações agudas e crônicas. O profissional deve negociar prioridades, monitorar a adesão, motivar a participação e reforçar o esforço do paciente no manejo do autocuidado. Mesmo quando há mudanças comportamentais e adesão ao tratamento medicamentoso, manter o controle metabólico por longo tempo é difícil porque depende de uma variedade de componentes complexos que envolvem o tratamento do diabetes.

Ao observar a presença de possíveis repercussões negativas no processo de engravidar, gestar e parir, no perfil obstétrico de mulheres portadoras de DM evidencia-se a necessidade de cuidados pré-concepcionais, com o intuito de reduzir esses agravos. Ressalta-se o papel do enfermeiro no controle pré-concepcional destas mulheres, de modo que estas possam engravidar em um melhor momento clínico da patologia.A maternidade está diretamente relacionada às raízes culturais que influenciam as práticas de cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal, as quais devem ser observadas pelos profissionais de saúde, em conjunto com as mulheres acometidas pelo DM e suas famílias, a fim de estabelecer uma assistência de abordagem integral.

A não adesão ao tratamento do *diabetes mellitus* é um problema conhecido no cenário nacional e internacional, pois prejudica a resposta fisiológica à doença, a relação profissional-paciente, aumenta o custo direto e indireto do tratamento.

O cuidado ao paciente diabético, como em toda doença crônica, envolve tempo, treinamento para o autocuidado em domicílio, apoio social e desenvolvimento de políticas abrangentes para que seu gerenciamento seja eficaz. O tratamento também depende muito da motivação pessoal, aceitação da doença e apoio familiar. O principal objetivo do tratamento é reduzir a morbidade e mortalidade, aumentadas em decorrência do mau controle metabólico.

O que chama atenção no estudo é a ausência dos profissionais de saúde como rede de suporte, 5 mulheres apontaram a família como rede de suporte, 4 apenas a mãe, mas em nenhum momento os profissionais de várias áreas envolvidos no tratamento de uma mulher diabética gestante é citado, o que seria um facilitador para adesão ao tratamento.

O tratamento inclui medidas não medicamentosas e medicamentosas. As não medicamentosas incluem: educação continuada; modificações no estilo de vida; reorganização dos hábitos alimentares; prática de atividade física; redução do peso, quando necessário; monitorização dos níveis glicêmicos e diminuição ou abolição do fumo e álcool, quando for o caso (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2013). Onde os profissionais de saúde devem estar presentes e conscientes de um cuidado coerente a cultura que o ser cuidado está envolvido, para que desta forma possa ser considerado pelos pacientes como rede de suporte.

Essas medidas permitem ainda a participação ativa da pessoa com diabetes no controle de sua doença. Essas mudanças, às vezes consideradas dramáticas tanto no estilo de vida pessoal quanto familiar, só se tornam efetivas com a participação dos familiares, objetivando a melhoria da qualidade de vida da pessoa com diabetes (ROSSI, PACE & HAYASHIDA, 2009). Entretanto, dificilmente as pessoas conseguem manter o controle apenas com as medidas não medicamentosas. Mais cedo ou mais tarde, a grande maioria necessitará de medicamentos em seu tratamento; portanto, ambas as formas de tratamento podem ser realizadas concomitantemente (FARIA, 2011). O tratamento medicamentoso poderá ser realizado com antidiabéticos orais, insulina ou associação desses medicamentos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2013). A variedade e complexidade dos elementos que envolvem o tratamento do DM podem dificultar a adesão ao tratamento proposto.

Notamos isto quando questionamos as participantes como é seguir o tratamento, 3 consideram normal, 13 consideram difícil, relatando dificuldades com alimentação, monitorização e administração da insulina com as principais dificuldades, como podemos ver nas falas a seguir:

É importante, porém difícil, controlar a alimentação, a parte de aplicar a insulina também não é fácil. S1

Verificar a glicemia 6 vezes ao dia é muito chato, tô fazendo antes e depois da gestação, antes eu não fazia! Seguir a alimentação pra mim também é muito difícil, eu comia muita besteira. S13

Normal, minha filha é diabética. S9

No começo mexeu com meu psicológico, tomar a insulina, o problema também era a alimentação, mas depois aceitei, o problema também era a alimentação, hoje já me adaptei. S7

Só é mais complicado seguir a alimentação, quando tem verduras, legumes, eu como, mas depois não dá mais, não dá pra ficar comprando sempre. Tê que tomar a insulina é muito chato, mas o pior é furar o dedo, que agora ainda são 6 vezes. S6

Sabe-se que a adesão hábitos alimentares saudáveis, constitui ferramenta imprescindível para o controle glicêmico trazendo benefícios à saúde materno-fetal, e quando estas são aceitas de forma mais natural, elas tendem a ser adotadas com mais tranquilidade. Devendo o enfermeiro repadronizar com a gestante medidas possíveis dentro do seu contexto, já que as necessidades nutricionais variam de pessoa para pessoa e não existe um plano alimentar padrão para o indivíduo com diabetes, precisamos conscientizar as usuárias sobre a necessidade da avaliação individual, e não em copiar o tratamento de familiares, vizinhos, etc. A ingestão dos nutrientes deve ser baseada na avaliação nutricional, perfil metabólico, peso e objetivos do tratamento, e ser ajustada à prática de exercícios e terapia medicamentosa.

A comida tem uma função social importante em nossa sociedade, está associada a momentos de celebração e até momentos de tristeza. Desta forma é preciso trabalhar para conscientizar essas mulheres a usar os alimentos de forma saudável e não prejudicial para si e sua gestação, aliando também a prática de exercícios físicos, se faz necessário um trabalho educativo por parte de toda equipe multiprofissional para facilitar esse momento de transformação na vida mulher e da família, pois durante o período gestacional as mudanças são grandes, o tratamento precisa ser seguido rigorosamente, a monitorização precisa ser realizada pré e pós prandial, para um controle melhor da glicemia, gerando ainda mais desconforto para as gestantes, que além das aplicações da insulina precisam monitorar em dobro, por isso orientações prévias devem ser realizadas para minimizar o impacto.

2º Categoria: Autocuidado x Cultura: a alimentação como elemento essencial para a saúde e controle do Diabetes Mellitus nas gestantes.

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (QUEIROZ, 2014). Para Orem (2001), este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bemestar pessoal.

Um dos aspectos relevantes para o tratamento do DM é o autocuidado, pois beneficia o estado de saúde, reduzindo custos decorrentes de internações e complicações. O autocuidado exige mudanças de comportamento – em função das quais, somadas às orientações e ao uso de medicamentos, se espera a estabilidade da doença, além de ser ação que envolve parceria entre o profissional de saúde e o portador(OMS, 2013).

O diabetes mellitus destaca-se por apresentar baixas taxas de adesão ao tratamento, principalmente por requerer autocuidado em longo prazo. No entanto, as realizações de intervenções educativas demonstram que diversas complicações podem ser prevenidas por meio de um rigoroso controle do nível de glicose no sangue(SHERIFALLI, 2015).

Porém, modelo de tratamento do DM atualmente empregado no Brasil tem se mostrado ineficiente. Recentemente, um estudo multicêntrico realizado em quatro regiões do país (Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul) demonstrou que somente 10% dos pacientes com DM tipo 1, e 25% dos com DM tipo 2, apresentavam uma HbA1c abaixo do alvo de 7%(MENDES ET AL, 2010). Estes resultados provavelmente são decorrentes de dificuldades dos pacientes em aderir às medidas não farmacológicas recomendadas. No entanto, a baixa eficácia dos medicamentos disponíveis e a não aderência às drogas podem ser outros fatores, uma vez que somente 50% dos pacientes com DM tipo 2 em uso de dois medicamentos orais atingem o alvo da HbA1c(ESPOSITO, BELLASTELLA&GIUGLIANO, 2011). Além do adequado controle glicêmico, o paciente com DM necessita receber intervenções que atuem nos demais fatores de risco para suas complicações crônicas, como obesidade, hipertensão, dislipidemia e tabagismo.

O cuidado ao paciente com DM inclui intervenções multidisciplinares e em todos os níveis de atenção à saúde(STERN, 2005). O sucesso destas intervenções depende da capacidade do paciente de assumir mudanças no estilo de vida, de manter os cuidados recomendados e, ainda, de ter iniciativa para identificar, resolver ou buscar auxílio para os problemas que surgem ao longo da doença. O desenvolvimento destas capacidades é favorecido pela educação, por isso o processo educativo é uma parte importante do cuidado integral ao paciente com DM.

Como podemos observar nas falas a seguir, quando questionados sobre os cuidados que tem para evitar o aumento da glicemia:

Mais a alimentação mesmo, diminui a questão do carboidrato. S6

Eu sigo a dieta, evitando as coisas, eu uso adoçante, mas ainda como doce. S8

Eu faço muita contagem de carboidrato, eu conto pra poder aplicar a insulina, quando como o que não deveria comer. S12

Agora tô com todos, tomo a insulina, faço a dieta, mas antes eu tinha bem pouco, eu não ia à nutricionista. S2

Podemos observar que a alimentação é vista como ponto chave para o tratamento e durante o período gestacional as gestantes procuram tentar se dedicar melhor a uma alimentação saudável. É responsabilidade do enfermeiro nesse cenário decidir o que precisa ser acomodado, preservado ou repadronizado de acordo com modo de vida desta gestante.

Por ter consciência que cuidando de sua alimentação, estão garantindo níveis glicêmicos melhores, visto que pelo fato de já terem em média dez anos de diagnóstico, e 87,5% possuírem DM1, conhecem a interferência da alimentação na glicemia. Segundo Helman (2009), o alimento é mais do que apenas uma fonte de nutrição. Em todas as sociedades humanas, ele desempenha muitos papéis, e traz consigo vários significados simbólicos. O alimento é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e encara o mundo em que habita.

Sendo assim o enfermeiro, no cuidado de gestantes portadoras de DM, necessita identificar competências ou déficits de autocuidado, além das características pessoais, a fim de realizar adaptações no tratamento, conforme habilidade identificada. A avaliação das competências para o autocuidado facilita as decisões e ações de enfermagem e a decisão de propostas a serem seguidas, de acomodação, preservação ou de repadronização, conforme o “modelo Sunrise”.

Neste cenário, faz-se importante trabalhar a motivação e incentivar estas mulheres a superar barreiras. Intervenções educativas sistematizadas e que constroem uma parceria entre profissional – usuário, aprofundando-se no encorajamento para a mudança de comportamento e alcance de metas, têm demonstrado resultados favoráveis. (AHOLA, 2013).

É essencial que o enfermeiro atue por meio da escuta ativa e da orientação, a fim de desfazer quaisquer dúvidas e restaurar o equilíbrio emocional destas mulheres. Deve ser reconhecida e

entendida a difícil tarefa da mulher grávida diante de todas as responsabilidades biológicas, sociais, culturais e psíquicas da gestação, ainda maior numa gravidez, parto e puerpério de risco, assim como as prováveis complicações às quais os recém-nascidos estão propensos (OLIVEIRA, 2009).

São comuns os receios relativos ao parto e estado do bebê ao nascer, de perdas e malformações, prematuridade, enfim, de que a gestação não alcance um bom resultado. Nessa perspectiva, é imprescindível que haja uma articulação entre a história do sujeito e sua constituição subjetiva como ser de linguagem. Portanto, as intervenções de enfermagem extrapolam seu caráter instrumental e perpassam por uma articulação do conhecimento profissional com o popular do usuário, por meio da escuta e participação ativa dos sujeitos envolvidos (PENNAFORT, 2012).

O profissional deve refletir sobre o contexto cultural, e isso exige conhecimentos e habilidades para entender e valorizar a preservação, acomodação e repadronização do cuidado. Helman (2009) define cultura como o conjunto de orientações que os indivíduos herdaram como membros de uma sociedade particular, as quais lhe dizem como ver o mundo, como experimentá-lo emocionalmente e como se comportar em relação a outras pessoas. Para Leininger & Mcfarland, (2006) a cultura é constituída por valores, crenças e práticas compartilhadas, apreendidas ao longo das gerações.

A vivência da gestação de alto risco é uma experiência única, que se estende ao companheiro, família e sociedade. O potencial da participação familiar nos cuidados com a doença deve ser valorizado pelos profissionais da saúde de modo a melhorar o prognóstico da doença, sendo usada por tanto, como ferramenta fundamental no controle e manutenção da mesma (BELTRAME, 2012). Como notamos quando questionamos se tentaram práticas e simpatias para reduzir a glicemia e curar a doença, e metade das entrevistadas (8) informa já ter usado, sempre orientadas pela rede de apoio.

Tomei chá no início, de pata de vaca! S1

Minha avó traz pra mim da igreja, eles dizem que é a água do tratamento, aí eu tomo!

S13

Tomava chá de vagem! S7

O uso de práticas baseadas no saber popular não se encontra apenas na falta de esclarecimentos ou de recursos financeiros por parte da população, essas crenças e práticas são adotadas como recursos destinados à manutenção da saúde ou cura de doenças e se justificam, muitas das vezes, por meio da crença na ação terapêutica dos recursos utilizados, algumas ervas são tradicionalmente usadas para diabetes, sendo seu conhecimento passado de geração para geração, independente da própria indicação que o profissional de saúde faça no atendimento (XAVIER, 2009). Numa situação como esta o enfermeiro pode avaliar se não há riscos à saúde e preservar o uso da terapia alternativa ou acomodá-la.

Percebe-se diante das falas que os tratamentos alternativos aparecem como uma ajuda na terapêutica tradicional, uma esperança de melhora, principalmente na fase inicial, na descoberta da doença, que nem sempre atinge o resultado esperado, como 4 das mulheres, que disseram não ter visto nenhum resultado. E observamos que as outras 8 participantes que disseram não fazer uso de outras práticas, em sua maioria por medo, também recebem conselhos e ensinamentos para fazerem uso, ou seja, é preciso inserir a rede de apoio dessas mulheres no tratamento, para que possam contribuir também nos cuidados a esta mulher.

Não, mas já falaram pra mim.S16

Não, me falaram, mas eu fico com medo.S15

A família é imprescindível para ajudar as mulheres a compreender as implicações de sua doença e a importância de sua participação ativa no tratamento, seguindo as orientações relacionadas às restrições alimentares, essa mudança, que pode acontecer de forma lenta e com retrocessos, depende também dos membros da família que precisam rever suas práticas alimentares em função de uma alimentação mais adequada ao diabético. Para o fortalecimento do controle da doença e assim a melhor convivência com a mesma, o apoio familiar é fundamental.

Podemos confirmar isto, quando 11 participantes relatam hábitos alimentares ruins, sem horários para alimentação, quantidade excessiva de comida, opções por alimentos nutricionalmente pobres, é preciso encorajar a repadronização na rotina familiar a adesão a uma rotina alimentar saudável, pois seria um facilitador para as gestantes. Muitas mulheres só melhoram seus hábitos durante a gestação, poucas conseguem mudá-los definitivamente após o parto, o que é um fator de risco para complicações futuras do DM.

Antigamente eu não comia as coisas certas não, depois da minha primeira gravidez que mudei, mas não tenho horário para comer.S16

Eu gosto de comer muito, muita massa, bate entope mesmo, era toda desregulada, não tinha horários, agora to me controlando. S7

Nunca fui regradada e do nada eu fui cortada, eu tinha 8 anos, eu amava Mc Donald's, ainda amo!(Risos) S2

Eu não tinha horário para comer, tinha oportunidade, eu comia!Eu acreditava que se eu comesse um pouquinho de chocolate ou biscoito todos os dias não ia influenciar minha glicose, mas não é assim! S1

O que acontece muitas vezes é a alteração do esquema de insulina rápida ou ultrarápida, a fim de compensar os exageros na alimentação, ou por medo de hipoglicemia. De acordo com a Associação Americana de Diabetes (2004) as práticas inadequadas e inseguranças na autoaplicação da insulina podem interferir no controle metabólico e, conseqüentemente, influenciar a progressão das complicações crônicas do diabetes mellitus.

Já, se eu vê que vou fazer hipo, eu não tomo, se eu comer, tomo duas doses a mais. Agora na gestação, tenho feito muita hipo, aí eu tomo a dose a menos.S11

Já, eu tava verificando que 1 pra 10, não tava adiantando, tava fazendo hiper, aí passei de 1 pra 6 e melhorei.S12

Já, porque fico com medo de fazer hipo, às vezes não tomo ou diminuo. S13

Já, já aumentei, já diminui! Aumentei porque dava alta, aí eu aumentava, já diminui porque achei que tava engordando, ficando inchada. S14

Sete das entrevistadas como podemos ver nas falas a cima relatam que fizeram alteração no esquema por medo de hipoglicemia, por alterarem as recomendações alimentares, cabe ao enfermeiro decidir o que pode ser acomodado e o que deve ser repadronizado, orientá-las sobre a necessidade de seguir o esquema prescrito, e comunicar o médico episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia, para que ele faça os ajustes corretos, desta forma não falseando o resultado do tratamento.

Cabe intensificar os encaminhamentos aos grupos de apoio, ou criar grupos, pois estes contribuem para a melhora do autocuidado, o que podemos perceber no estudo é que em

relação a participação em grupos de apoio 14 (87,5%) relatam não ter participado, apenas 2 (12,5%) disseram ter participado na maternidade ou posto de saúde.

Atendendo ao objetivo do estudo construímos um instrumento para ser aplicado na consulta de enfermagem, a fim de facilitar as observações e condutas do enfermeiro, para que tenha uma melhor percepção do cuidado holístico.

VII -O PRODUTO

Após os resultados obtidos elaboramos um instrumento (Apêndice 4) baseado no modelo Sunrise, a fim de ser empregado pelos enfermeiros na consulta de enfermagem, pois ao utilizar o “Modelo de Sunrise” como um guia, os enfermeiros descobrem novas perspectivas sobre cuidado, procuram as diferenças e as semelhanças de uma cultura, um grupo, ou, individualmente a fim de prover o cuidado culturalmente coerente.

O instrumento trata-se de uma tecnologia assistencial, é composto de sete itens para questionamento a gestante diabética durante a consulta de enfermagem, onde o enfermeiro, que no “Modelo de Sunrise” se apresenta como a intercessão entre os sistemas populares e profissionais da área de saúde, vai assinalar e após, implementar as decisões e as ações do cuidado de enfermagem. Estão divididas em três propostas, levando em conta o modo de vida e as crenças compartilhadas: Preservação, Acomodação e Repadronização do Cuidado.

Este comporá o processo de enfermagem, servindo como base para o diagnóstico de enfermagem, e para as decisões de intervenções e orientações. No primeiro atendimento ele será aplicado juntamente com o histórico de enfermagem, nas consultas subsequentes deve ser aplicado isoladamente e reutilizado nas próximas consultas, para que se possa manter uma avaliação melhor do desenvolvimento dos cuidados prescritos.

O instrumento não foi testado, mas acredita-se na vantagem do seu uso, visto que foi construído a partir do levantamento das falas da usuárias e das demandas levantadas por elas, garantindo assim uma proximidade aos que serão acompanhados com ele.

Para a utilização será marcado antecipadamente um treinamento em dias diferentes para que todos os enfermeiros, possam ser treinados quanto a teoria, o “Modelo Sunrise” e modo de preenchimento do instrumento, a fim de que o mesmo possa ser aplicado com segurança. O instrumento deve ser anexado ao prontuário ao termino da consulta.

VIII – A CONCLUSÃO DO ESTUDO

O desenvolvimento da pesquisa permeou o primeiro nível do ‘Modelo Sunrise’ de Madeleine Leininger para identificarmos as dimensões sociais e culturais. O método utilizado permitiu aproximações das vivências das mulheres com diabetes e a influência da rede de apoio no autocuidado destas gestantes, desde modo respondendo aos objetivos do estudo. A relação no contexto de uma doença crônica entre o enfermeiro, indivíduo e sua família tem um terreno fértil para o desenvolvimento de ações educativas transformadoras, visto ser o cuidado um grande alicerce do fazer da enfermagem.

Notamos a necessidade de orientações pré-concepcionais, e de disseminação dos resultados e do produto construído, o enfermeiro juntamente com a equipe de saúde deve incentivar as gestantes a participar de grupos de apoio, visto o pouco conhecimento sobre as complicações do diabetes na gestação, e que o profissional compreenda o modo de vida destas, e desta maneira indique as ações e decisões de enfermagem que melhor se adaptem a realidade.

O enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde e educador tem como objeto a integralidade em seu cuidado. Os enfermeiros precisam estar cientes da importância de oferecer uma assistência de qualidade, observando os agravantes à saúde dos seus clientes, buscando promover saúde e acompanhando o controle da patologia.

A aplicação da Teoria de Leininger oportuniza ao enfermeiro descobrir práticas de cuidado específicas de cada indivíduo e fatores culturais que podem influenciar no cuidado ao ser humano, como religião, adesão de práticas alternativas, entre outras. Como por exemplo o significado que é dado a comida, sendo considerado por muitas como o principal cuidado. Por isso este instrumento será implementado na referida instituição e quem sabe também em outras unidades assistenciais.

Cabe aos profissionais de saúde desmistificar a questão alimentar, e ressaltar a necessidade de medidas saudáveis, que são atingidas com boas práticas alimentares, a prática de exercícios físicos e utilização correta das medicações prescritas. Notamos no estudo que as gestantes alteram o esquema de insulina prescrito e que há baixa adesão aos exercícios físicos, esses se quer são citados pela maior parte das participantes, demonstrando a pouca importância dada a esta prática, que melhora sensivelmente a ação da insulina.

A pesquisa nos leva refletir que precisamos atentar para as nossas práticas assistenciais, principalmente quando cuidamos de doenças crônicas, onde a cultura, o modo de vida, a

família do ser cuidado, também devem ser foco do nosso cuidado e atenção. A partir da criação deste instrumento é esperado que haja uma transformação no modo de cuidar oferecido pelos enfermeiros. Para isto a pesquisa deve seguir com a implementação, avaliação e aprimoramento do instrumento em estudos futuros.

IX- REFERÊNCIAS

AHOLA AJ, GROOP PH. Barriers to self-management of diabetes. *Diabet Med.* 2013; 30(4):413-20.

ALVES C N , WILHELML A , BARRETO C N , SANTOS C C , MEINCKE S M K , RESSEL L B. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. *Esc. Anna Nery* vol.19 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2015.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Medical management of pregnancy complicated by diabetes. 3rd ed. American Diabetes Association, Clinical Education Series. 2000.
American Diabetes Association. Insulin administration. *Diabetes Care* 2004; 27 Suppl 1:S106-9.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Editora Setenta, 2011.

ARAÚJO MFM, PESSOA SMF, DAMASCENO MMC, ZANETTI ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2013, Mar-Apr; 66(2):222-227.

BAUER MW, GASKELL G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.189-217. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

BELTRAME V, BRUGNEROTTO M, TRENTINI M, MADUREIRA VSF. A convivência com diabetes mellitus tipo 2. *SaudeMeio Ambient.* 2012;1(1):105-1616- FIGUEIREDO A, ROBALO R, ROCHA T, AMARAL N. Factores preditores de pré-eclâmpsia na diabetes pré-gestacional. *Rev. Port. Diab.* 2012;7(4):154-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CAMARGO, C. L., QUIRINO M. D., MORAIS A. C. A etnografia nas pesquisas de enfermagem com ênfase no cuidado. *Cogitare Enfermagem*, vol.16, n.3, p.549-55, 2011.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino and MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.4, pp.679-684. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.

CORREA A, BARDENHEIER B, ELIXHAUSER A, GEISS LS, GREGG E. Trends in prevalence of diabetes among delivery hospitalizations, United States, 1993-2009. *Maternal and Child Health Journal* 2015;19:635-42.

ESPOSITO K, BELLASTELLA G, GIUGLIANO D. When metformin fails in type 2 Diabetes Mellitus. *Arch Intern Med.* 2011;171:365-6.

EMANUEL I. Diabetes in pregnancy: A population based study of incidence, referral for care and perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 151: 598-603. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014-2015 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

FARIA HT, ZANETTI ML, SANTOS MA, TEIXEIRA CR. Patients' knowledge regarding medication therapy to treat diabetes: a challenge for health care services. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(5):612-7.

FARIA HTG. Desafios para a atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2, no município de Passos-MG [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011.

FERREIRA LE, ZANATTA EA, BRUMM MLB, Nothaft SCS, Motta MG. Diabetes mellitus sob a ótica do adolescente. *Cogitareenferm.* 2013;18(1):71-7.

GOMES R, CAVALCANTI LF, MARINHO ASN, SILVA LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 julho; 9(4):62-7.

HELMAN, C. Cultura, saúde e doença. Trad. Ana Rose Bohen. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432p.

HERRERA, EM, POSADA, MLA. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. *Av Enferm.* ;28(n.esp):61-72. 2010.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *IDF Diabetes Atlas. 7th Edition.* Brussels: International Diabetes Federation, 2015. Disponível em : <http://www.diabetesatlas.org>

KITZMILLER JL ET AL. Managing preexisting diabetes for pregnancy: summary of evidence and consensus recommendations for care. *Diabetes Care.* 2008; 31(5): 1060-79. 9. In Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016*[organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

LANG J, MÁRQUEZ A, VALDÉZ L, PÉREZ J, BECIL I. Contracepción y diabetes: información sobre mujeres diabéticas en un área de atención primaria. *Rev Cub Endocrinol.* 1995;6(2):89-96. In Moura ERF, Evangelista DR, Damasceno AKC.

Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(1): 22-9.

LARAIA, R. B. *Cultura: um conceito antropológico.* Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar;24^oEd, 2009.

LEININGER, M. M.; FARLAND, M. R. *Culture care diversity and universality – a worldwide nursing theory.* 2^o Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 1991.

LEININGER, M. M.; FARLAND, M. R. *Culture care diversity and universality – a worldwide nursing theory.* 4^o Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2013.

LEQUIZAMÓN G, IGARZABAL ML, REECE A. Periconcepcional care of women with diabetes mellitus. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2007;34(2):225-39. In MOURA ERF, EVANGELISTA DR, DAMASCENO AKC. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(1): 22-9.

LERMAN I. Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. *Arch Med Res.* 2005;36(3):300-6

LOWDERMILK DL, PERRY SE, BOBAK IM. O cuidado em enfermagem maternal. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MANDERSON JG et al. Preprandial versus postprandial blood glucose monitoring in type 1 diabetic pregnancy: a randomized controlled clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(2): 507-12. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

MARTINEZ Y, CAMPBELL SM, HANN M, BOWER P. The relationship between quality of care and self-management in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey in primary care in Mexico. *Qual Prim Care*. 2014;22(6):262-9.

MAUAD FILHO F, DIAS CC, MEIRILLES RS, CUNHA SP, NOGUEIRA A, DUARTE G. Diabetes e gravidez: aspectos clínicos e perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 1998;20(4):193-8.

MCEWEN M, WILLS EM. Bases teóricas para enfermagem. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

MENDES ABV, FITTIPALDI JAS, NEVES RCS, CHACRA AR, MOREIRA ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetologica*. 2010;47:137–45.

MILLS J L, BAKER L, GOLDMAN AS. Malformations in infants of diabetic mothers occur before the seventh gestational week: Implications for treatment. *Diabetes*. 1979; 28: 292. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014-2015 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

MILLS J, KNOPP RH, SIMPSON JL ET AL. Lack of relation of increased malformations rates in infants of diabetic mothers to glycaemic control during organogenesis. *N Engl J Med*. 1988; 318: 671-6. Connel FA, Vadheim C. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014-2015 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTICELLI M, BOEHS AE, GUESSER JC, GEHRMANN T, PAIVA K. Perfil de dissertações que utilizam a teoria de leininger vinculadas a um programa de mestrado em enfermagem do sul do país. Ciênc cuid saúde. 2008; 7(4):447-53.

MOSCA A ET AL. Reference intervals for hemoglobina A1 c in pregnant women: data from an Italian multicenter study. Clin Chem. 2006; 52(6): 1138-43. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016[organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

NEGRATO CA ET AL. Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian consensus statement. Diabetol Metab Syndr. 2010; 2:27. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016[organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

NICE guideline NG3, Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>. Acessado em 05/03/2015. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016[organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

NOLAN JA, MCCRONE S, CHERTOK IR. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. J Am Acad Nurse Pract 2011;23(11):611-18. In ARAÚJO M F M; PESSOA S M F; DAMASCENO M M C; ZANETTI M L. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. Rev. bras. enferm. vol.66 no.2 Brasília Mar./Apr. 2013.

NOMURA RMY, FRANCISCO RPV, MAGANHA CA, MIYADAHIRA S, BANDUKINETO JD, ZUGAIB M. Vitalidade fetal em gestações complicadas com diabetes melito pré-gestacional: um estudo longitudinal. Rev Bras Ginecol Obstetr. 2002;24(2):113-20.

OLIVEIRA MIV, BEZERRA MGA, FILHO JGB, VERAS MAC, BEZERRA JP. Perfil de mães e recém nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. Rev Rene. 2009;10(4):28-36.

OREM, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS; 2003.

PARCHMAN ML, ZEBER JE, PALMER RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: A STARNet study. *Ann Fam Med*. 2010;8(5):410-7.

PENNAFORTVPS; QUEIROZ MVO ; JORGE MSB. Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* vol.46 n°5 São Paulo Oct. 2012

PEREIRA BG, FAÚNDES A, PARPINELLI MA, PASSINI JÚNIOR R, AMARAL E, PIRES HB, et al. **Via de parto e resultados perinatais em gestantes diabéticas**. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 1999;21(9):519-25.

PERES, DS, MAGNA, JM, VIANA, LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003 Out; 37.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

QUEIRÓS P J P; VIDINHA T S S; FILHO A J A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de enfermagem*. - A.4ª série , Nº 03 (nov.-dez. 2014) , p. 157-164.

RAY JG, O'BRIEN TE, CHAN WS. Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a meta-analysis. *QJM*. 2001; 94(8): 435-44. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

ROSSI VEC, PACE AE, HAYASHIDA M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Ciência et Praxis*. 2009; 2(3): 41-6. Disponível: Ó DN, Loureiro I. Adesão ao regime terapêutico da diabetes. *Rev Portuguesa Diabetes*. 2007; 2(2): 18-21.

RUSCHEL KB , AZZOLIN K, RABELO ER. Visita domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca: uma reflexão sob a luz da teoria de Leininger. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Vol 11, N° 3, 2012.

SECHER AL ET AL. Real-time continuous glucose monitoring as a tool to prevent severe hypoglycaemia in selected pregnant women with Type 1 diabetes – an observational study. *Diabet Med*. 2014; 31(3): 352-6. In Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

SHERIFALI D, BAI JW, KENNY M, WARREN R, ALI MU. Diabetes self-management programmes in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2015;32(11):1404-14.

SILVA L, SANTOS RC, PARADA CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Latino-Am Enferm* 2004;12(6):899-904.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo; 2011.

_____. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2013-2014 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

_____. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014-2015 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

_____. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016 [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016.

STERN E, BENBASSAT C, GOLDFRACHT M. Impact of a two arm educational program for improving diabetes care in primary care centres. *Int J Clin Pract*. 2005;59:1126–30.

XAVIER ATF, BITTAR DB, ATAÍDE MBC. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 124-30.

COFEN. LEI n°7.498/86-Lei do Exercício de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acessado em 02 de setembro de 2015.

<http://www.diabeticool.com/numeros-do-diabetes/> .Acessado 17 de junho de 2015 às 15hs.

<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/59-tratamento-do-diabetes-gestacional-e-da-gestante-com-diabetes>. Acessado em 10 de maio de 2016, às 13hs.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2013; 36(1): S11-66. Disponível em: <http://www.diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/STANDARDS%20OF%20MEDICAL%20CARE%20IN%20DIABETES%202015.pdf>. Acessado em 2 de outubro de 2017.

[HTTP://WWW.IEDE.RJ.GOV.BR/](http://www.iede.rj.gov.br/). ACESSADO EM NOBEMBRO DE 2017.

APÊNDICE 1

Questionário

PERFIL SÓCIO-ECONOMICO-CULTURAL E REDE DE SUPORTE SOCIAL

Rio de Janeiro, ____/____/____

Nome:

Prontuário:

<p>1.Qual sua idade?</p> <p>2.Idade gestacional:</p> <p>3.Gesta: Para: Aborto:</p> <p>4.Qual sua escolaridade?</p> <p>Nível fundamental</p> <p>() completo</p> <p>() incompleto</p> <p>Nível médio</p> <p>() completo</p> <p>() incompleto</p> <p>Nível superior</p> <p>() completo</p> <p>() incompleto</p> <p>5.Qual sua ocupação atual?</p>	<p>7. Você mora em casa:</p> <p>() própria</p> <p>() alugada</p> <p>() cedida</p> <p>() outros - especificar_____</p> <p>8. Sua casa é construída de:</p> <p>() alvenaria</p> <p>() madeira</p> <p>() mista</p> <p>9. Qual sua situação conjugal?</p> <p>() Casamento civil e religioso</p> <p>() Só casamento civil</p> <p>() Só casamento religioso</p>
--	---

Do lar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> União consensual
Trabalha <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Separado
Se sim, qual sua profissão?	<input type="checkbox"/> Desquitada
	<input type="checkbox"/> Divorciada
6. Qual a renda familiar?	<input type="checkbox"/> Viúva
<input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos	<input type="checkbox"/> Solteira
<input type="checkbox"/> De 3 a 5 salários	
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários	10. Qual a sua rede de suporte social em relação ao Diabetes mellitus?
<input type="checkbox"/> Mais 10 salários	<input type="checkbox"/> Mãe
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Marido/Companheiro	
<input type="checkbox"/> Amigos	
<input type="checkbox"/> Vizinhos	
<input type="checkbox"/> Outros _____	
11. Participa de algum grupo de apoio?	
<input type="checkbox"/> Maternidade	
<input type="checkbox"/> Posto de Saúde	
<input type="checkbox"/> Outros lugares	

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

AUTOUIDADO

1. O que você sabe sobre o diabetes mellitus e suas complicações na gestação?
2. Como é para você seguir o tratamento?
3. Quais os cuidados que você tem com a sua saúde para evitar o aumento da glicemia?
4. Além da insulina, você realizou alguma outra prática para reduzir a glicemia ou para curar a doença?
 - 4.1. Quem lhe ensinou esses cuidados?
 - 4.2. Deram certo?
5. Como eram os seus hábitos alimentares: tipos de alimentos, quantidade de alimentos, intervalo entre as refeições?
6. Você realiza ou realizou adaptações no esquema de insulina? Se sim, Por que?

APÊNDICE 2

ORÇAMENTO

Para o desenvolvimento da pesquisa será utilizado material de escritório, fotocópia e impressão, sendo todos os gastos financiados pela pesquisadora.

APÊNDICE 3

APÊNDICE 4

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA:

NOME:

PROTUÁRIO:

IDADE:

IDADE GESTACIONAL:

HbA1C:

DATA DO ÚLTIMO EXAME:

GESTANTE DIABÉTICA	DECISÕES E AÇÕES DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM		
	PRESERVAR	ACOMODAR	REPADRONIZAR
CONHECIMENTO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DO DIABETES NA GESTAÇÃO			
HÁBITOS ALIMENTARES			
UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS			
VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA PRÉ E PÓS PRANDIAL			
ADAPTAÇÃO NO ESQUEMA DE INSULINA			
PARTICIPAÇÃO EM GRUPO DE APOIO			
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO			

CONDUTA:

Assinatura

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO CULTURAL E SOCIAL DE LEININGER

❖ FATORES RELIGIOSOS E FILOSÓFICOS

1. Em que religião ou filosofia foi criada?
2. Qual religião ou filosofia pratica atualmente?
 - 2.1. Com que frequência?

❖ FATORES POLÍTICOS E LEGAIS

1. Qual é o sistema de escolha de liderança local?
2. Possui líder político?
 - 2.1. Qual?

❖ FATORES CULTURAIS E MODOS DE VIDA

1. Como é a sua casa?
2. Possui quantos cômodos?
3. Possui banheiro?

❖ FATORES TECNOLÓGICOS

1. Possui água encanada em sua residência?

2. Possui luz elétrica em sua residência?
3. Possui rede de esgoto em sua residência?
4. Possui coleta de lixo na região de sua residência?
5. Possui meio de transporte?
- 5.1. Qual?

❖ **FATORES DE COMPANHEIRISMO E SOCIAIS**

1. Mora com alguém?
 - 1.1. Com quem?
2. Participa de algum grupo de convívio social?
 - 2.1. Qual?
 - 2.2. Com que frequência?

❖ **FATORES EDUCACIONAIS**

1. Você estudou?
 - 1.1. Até quando?
2. Interrompeu os estudos?
 - 2.1. Por quê?

❖ **FATORES ECONÔMICOS**

1. Possui fonte de renda própria?
 - 1.1. Qual?
2. Possui fonte de renda familiar?
 - 2.1. Qual?
3. Quem contribui com as finanças da casa?

Anexo 2



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Os fatores culturais no cuidado de mulheres gestantes com diabetes mellitus

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo central deste projeto é analisar a partir dos discursos, de que maneira os fatores culturais interferem no autocuidado da mulher gestante diabética em relação aos cuidados propostos e discutir as relações entre a cultura, doença e gestação de mulheres gestantes com diabetes mellitus. E especificamente, descrever como os fatores culturais interferem no cuidado das mulheres gestantes diabéticas, e propor uma

tecnologia leve que contemple os elementos fundamentais voltados para o cuidado das mulheres gestantes diabéticas.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para melhorar a assistência de mulheres gestantes diabéticas. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a melhorar a qualidade da assistência, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luis Capriglione. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de mestrado profissional em saúde e

tecnologia no espaço hospitalar sendo a aluna Thaís Braga Meira pesquisadora principal, sob a orientação do Prof Luis Carlos Santiago. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora principal no telefone 99685-9307, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura(Pesquisador): _____

Nome: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com