

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA – UAMED**

JOSÉ RONALDO MARIANO DA SILVA FILHO

**O PANORAMA DO DIABETES GESTACIONAL EM UMA MATERNIDADE
DE REFERÊNCIA: INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO**

CAMPINA GRANDE – PB

2019

José Ronaldo Mariano da Silva Filho

**O PANORAMA DO DIABETES GESTACIONAL EM UMA MATERNIDADE
DE REFERÊNCIA: INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca examinadora em
cumprimento às exigências para obtenção do
título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Dr^a Prof^a Ana Janaina Jeanine
Martins de Lemos Jordão

Campina Grande - PB

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

S586p

Silva Filho, José Ronaldo Mariano da.

O panorama do Diabetes Gestacional em uma Maternidade de referência: Informação e prevenção/José Ronaldo Mariano da Silva Filho–Campina Grande, 2019.

54f.; il.; gráf.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2019.

Orientadora: Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos Jordão, Dra.

1.Diabetes gestacional. 2.Educação em saúde. 3.Gravidez de alto risco. I.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU616.379-008.64-055.26(043.3)

Responsabilidade técnica de catalogação:

Heloisa Cristina da Silva Leandro, Bibliotecária Documentalista, CRB

15/506



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFCG

Às 14:35 horas do dia 12/11/2019, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: O panorama do diabetes gestacional em uma maternidade de referência: Informação e prevenção.

de autoria dos discentes:

José Ronaldo Mariano da Silva Filho

sendo orientado(x) por:

Ana Janaina Jeanine Martins de Barros Fortes

e coorientado por:

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Carmem Dolores de Sá Latais
Raimundo Antonio Batista de Araujo

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora sorteou o aluno:

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 12/ novembro/ 2019.

Orientador

Ana Janaina Jeanine Martins de Barros Fortes

Titular 1

Carmem Dolores de Sá Latais

Titular 2

Raimundo Antonio Batista de Araujo

Suplente

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Av. Juvêncio Arruda 795 - Bodocongó - Campina Grande - Paraíba - CEP 58109-790

Resumo

O Diabetes Gestacional vem chamando atenção em relação a incidência nas gestantes nos últimos anos, e sobretudo na saúde pública, as mães muitas vezes não recebem a informação necessária sobre o assunto, ficando as vezes a mercê dos males da doença. Vale salientar que estatisticamente, mulheres com melhores condições socioeconômicas possuem menores riscos de acometimento das morbidades tanto para a mãe, quanto para o bebê. Dessa forma, o objetivo é realizar uma pesquisa-ação em educação em saúde acerca do tema diabetes gestacional. Além de quantificar a prevalência da doença, observar o grau de conhecimento das gestantes e coletar opiniões da equipe multiprofissional em saúde sobre o tema. A pesquisa esquadra-se como um estudo observacional a partir do método quali-quantitativo, pelas entrevistas com os profissionais, com gestantes em atendimento e através de dados coletados a partir de prontuários. O estudo foi realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) na cidade de Campina Grande-PB e desenvolvido após liberação do Comitê de Ética em Pesquisas. Como resultados, percebeu-se boa receptividade das informações levadas às participantes da pesquisa. Durante a etapa de coleta de dados em prontuários, foram analisados 6051 prontuários, dentre eles, 2254 classificados como “Alto risco” e 3797 como “Baixo risco”. Foram encontrados 89 diagnósticos de diabetes gestacional, sendo 88 inclusos em prontuários de alto risco. Com esses dados, obteve-se uma prevalência da doença de 1,47% de todas as internações no hospital, sendo 3,9% do setor de Alto risco. A idade média de todas as pacientes diagnosticadas com a doença foi de 33,33 anos, sendo a maioria dentro da faixa etária de 30 a 39 anos. Após cálculo estatístico a partir dos prontuários, definiu-se amostra de 136 pacientes para aplicação de questionários. Durante esta etapa, foi visto que 74,26% dessas pacientes não sabiam responder quaisquer informações em relação ao contexto da doença, evidenciando a necessidade do processo de educação em saúde voltado para essas gestantes. A entrevista com a equipe multiprofissional do hospital mostrou que a equipe aparentava engajamento ao contexto do diabetes gestacional na atualidade, reforçando a importância do cuidado ao paciente antes e após o parto.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Educação em saúde, Gravidez de alto risco.

Abstract

Gestational Diabetes has been mobilizing attention to the incidence of the disease in pregnant women in the last years, and in the midst of Brazilian health, especially public health, mothers often do not receive the necessary information about the symptoms to treatment, sometimes being at the mercy of the ills of the disease. It is noteworthy that statistically, women with better socioeconomic conditions have lower risks of morbidity affecting both the mother and the baby. Thus, the objective is to conduct an action-research in health education on the gestational diabetes theme. In addition to quantifying the prevalence of the disease, observe the degree of knowledge of pregnant women and collect opinions of the multidisciplinary health team about the theme. The research is based on an observational study based on the qualitative and quantitative method, through interviews with professionals, pregnant women in attendance and data collected from medical records. The study was conducted at the Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) in the city of Campina Grande-PB and developed after the release of the Research Ethics Committee. As results, it was perceived good receptivity of the information taken to the research participants. During the data collection phase in medical records, 6051 medical records were analyzed, among them, 2254 classified as "High risk" and 3797 as "Low risk". We found 89 diagnoses of gestational diabetes, 88 of which were included in high-risk medical records. With these data, we obtained a prevalence of 1.47% of all hospitalizations in the hospital, and 3.9% in the high-risk sector. The average age of all patients diagnosed with the disease was 33.33 years, most of them within the age range of 30 to 39 years. After statistical calculation from the medical records, a sample of 136 patients was defined for questionnaires. During this stage, it was seen that 74.26% of these patients didn't answer any information regarding the context of the disease, highlighting the need for health education process aimed at these pregnant women. The interview with the hospital's multidisciplinary team showed that the professionals appeared to be engaged in the actual context of gestational diabetes, reinforcing the importance of patient care before and after delivery.

Key words: Gestational diabetes, Health education, High risk pregnancy.

Sumário

1. REFERENCIAL TEÓRICO	5
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. METODOLOGIA	8
3.1 Desenho do estudo	8
3.2 Local do estudo	8
3.3 Período do estudo	9
3.4 População do estudo	9
3.5 Amostra	9
3.6.1 Critérios de Inclusão	10
3.6.2 Critérios de Exclusão	10
3.7 Procedimento para captação dos participantes	10
3.8 Coleta de dados	11
3.9 Tratamento estatístico	13
3.9.1 Processamento de dados	13
3.9.2 Análise dos dados	13
3.10 Aspectos éticos	14
3.10.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	14
3.11 Conflitos de interesse	14
4. RESULTADOS E DISCUSÃO	15
5. CONCLUSÃO	24

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, há três tipos mais comuns da doença em nosso meio: Diabetes mellitus tipo 1, tipo 2 e o diabetes gestacional. O diabetes tipo 1 se caracteriza por ser uma doença autoimune, poligênica, com destruição das células beta-pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina. O tipo 2, mais comum, possui uma etiologia complexa e multifatorial, incluindo estilo de vida e fator genético que causam deficiência na produção de insulina. E o diabetes gestacional, ocorrendo durante a gravidez, em que há aumento de resistência à insulina e aumento da produção da mesma, levando a uma intolerância a carboidratos de gravidade variável.

O diagnóstico do diabetes são realizados através de exames, como a glicemia de jejum acima de 126 mg/dL; o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) obtendo o nível glicêmico 2 horas após ingestão de 75 g de glicose dissolvida em água, sendo nível igual ou maior que 200 mg/dL considerado diagnóstico de diabetes; Hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5%; Glicemia ao acaso com nível maior ou igual a 200 mg/dL com sintomas inequívocos de hiperglicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018).

Apesar de não haver consenso para indicação de rastreamento e método diagnóstico para o diabetes gestacional, a maioria das recomendações de especialistas sugerem a utilização dos critérios aceitos em 2013 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O rastreio/diagnóstico deve ser realizado em um primeiro momento na primeira consulta pré-natal com uma glicemia de jejum entre os valores de 92-125 mg/dL e entre a 24^a e 28^a semanas de gestação com o TOTG de ingestão de 150 g de glicose nos 3 dias anteriores ao teste, com jejum de 8 horas, sendo valores maiores ou iguais a 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL no jejum, 1 hora após sobrecarga de glicose e 2 horas, respectivamente, como diagnóstico de diabetes gestacional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018).

Especificamente no estado da Paraíba, 209 mil pessoas sofrem com a doença do diabetes, ou seja, cerca de 5,3% da população, segundo o Ministério da Saúde. Esse mesmo órgão afirma que há uma tendência que esses números continuem crescendo. No intervalo entre os anos de 2015 para 2016 houve um aumento de 20% na prevalência da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016).

Obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares modernos vem aumentando a epidemia do diabetes, incluindo o gestacional. No Brasil, estima-se que 2,4% a 7,2% de todas gestantes desenvolvem DMG (Diabete Mellitus Gestacional), ou seja, cerca de 200.000 casos por ano. Vale ressaltar, ainda, que a maioria dessas gestantes que desenvolvem DMG apresentarão quadro de obesidade, geralmente com IMC > 25Kg/m². Toda essa problemática muitas vezes pode ser precavida de forma conscientizadora, pois a falta de informação é um dos principais inimigos dessa doença (CUNHA et al, 2013).

Segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), o DMG é conceituado como "*uma condição na qual a intolerância a carboidratos se desenvolve durante a gravidez*" e pela *American Diabetes Association* (ADA), como "*uma diabetes diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez que não era claramente um diabetes manifesto antes da gestação*". Sua prevalência estimada varia entre 5% e 10% em todas as mulheres grávidas, dependendo da população estudada (OZGU-ERDINIC et al, 2019).

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido quando uma mulher apresenta intolerância à glicose com início e primeiro reconhecimento entre 24^a a 28^a semanas de gestação. Sabe-se que até 40% das mulheres com DMG têm pré-diabetes no período pós-parto precoce (GILBERT et al, 2019). Como o excesso de peso e a obesidade na pré-gravidez estão fortemente associados ao desenvolvimento de diabetes gestacional, os cuidados pré-concepção oferecem uma oportunidade para fornecer a todas as mulheres a triagem de IMC (Índice de massa corpórea) recomendada, e encaminhar as mulheres com obesidade para intervenções comportamentais multicomponentes intensivas (DEPUTY et al, 2018).

A resistência à insulina sofrida pela mãe causa um quadro de hiperglicemia em seu organismo, conseqüentemente o neonato tenta compensar esse excesso de glicose com uma grande produção de insulina para tentar atender a demanda hiperglicemiante. Esse efeito durante a gestação fará com que muitas de suas células beta-pancreáticas acabem perdendo a capacidade de produzir insulina devido à sobrecarga (COUTINHO et al, 2010).

A DMG está relacionada a resultados adversos a curto e longo prazo, a mãe possui maiores riscos de desenvolver outras comorbidades como hipertensão induzida pela gravidez, alta taxa de parto cesáreo, risco elevado de recorrência da doença em gravidez futura e depressão pós-parto.(WANG et al, 2019). O bebê pode

sofrer consequências como macrosomia, obesidade pediátrica, desenvolvimento de diabetes mais tarde na vida, malformações cardíacas, Policitemia, Hipoxemia e morte perinatal (MENEZES et al, 1999) (GILBERT et al, 2019).

Devido a tais consequências, a doença põe a gestante em uma gravidez de alto risco, a qual o Ministério da Saúde classifica como “*aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada*”. Porém, ainda não há nenhuma classificação capaz de prever problemas na gestação de maneira acurada, existindo apenas fatores de risco, servindo de alerta a equipe de saúde para uma maior vigilância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O diabetes gestacional pode trazer consequências pouco desejadas para a mãe e riscos ao bebê, porém a grande maioria desses resultados pode ser evitado quando há cuidado em prevenir ou tratar de forma correta. Quando a criança se encontra em um ambiente desfavorável no útero, no caso de uma exposição a elevados níveis de glicose intrauterina, há maior predisposição a serem obesas. Contudo, tais recém-nascidos terão menor possibilidade de desenvolver obesidade na hipótese de que sejam amamentados por mais de 6 meses (CRUME et al, 2012).

Dessa forma, observa-se uma grande quantificação de consequências do DMG que podem até resultar em morte fetal, sendo que sua maioria pode ser evitada caso haja uma atenção necessária. A conscientização não só das pacientes, mas também da população em geral, deverá reduzir o índice da doença e conseqüentemente, o número de morbidades para os respectivos filhos. A melhor forma fazê-la está direcionada para o uso de políticas públicas que possam levar conhecimento para a população, sobretudo a de classe socioeconômica mais baixa, em relação às morbidades que o diabetes gestacional pode causar ou está associado, para o binômio mãe/bebê.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Realizar pesquisa-ação em educação em saúde acerca do tema diabetes gestacional

2.2 Objetivos Específicos

- Obter a prevalência do diabetes gestacional entre os anos de 2014 a 2015 do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e quantificar a faixa etária das gestantes identificadas com a doença no período supracitado;
- Observar o grau de conhecimento das gestantes acerca da doença através da aplicação de questionário e levar informação para essa população de forma clara e coerente através de folheto informativo;
- Avaliar qualitativamente as opiniões dos profissionais de saúde em relação ao tema.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

A presente pesquisa enquadra-se como um estudo observacional de corte transversal, a partir do método quali-quantitativo por meio de um questionário semiestruturado, preenchido sob a forma de entrevista, com uso de bloco de papel, prancheta para apoio e caneta. Ou identificação de respostas pré-determinadas de forma observacional quando tratava-se de investigação de prontuários.

A pesquisa qualitativa tem como objeto estudar o significado que os sujeitos dão aos fenômenos. Trabalhar qualitativamente implica entender os sentidos e as significações que uma pessoa atribui a situações em foco. Enquanto a pesquisa quantitativa busca explicar o comportamento das coisas, tendo fatos, vistos e descritos, como objeto de estudo (TURATO, 2005). E isto, estudando as múltiplas percepções do fenômeno tal como experimentado por diferentes pessoas (FRANKEL, WALLEEN, 2009). Assim, a busca é por identificar, perceber e compreender a essência da experiência humana em relação a um determinado fenômeno (FRANKEL e WALLEEN, 2009). Que no caso específico da presente pesquisa diz respeito à compreensão da importância do diagnóstico precoce do diabetes gestacional e as possíveis morbidades que a doença pode levar.

3.2 Local do estudo:

O estudo foi realizado no ISEA - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida localizado na Vila Nova da Rainha, 47 - Centro, Campina Grande - PB, 58400-220. A maternidade é reconhecida pela promoção da saúde e bem-estar da mulher,

envolvendo mais de 183 municípios do estado da Paraíba e recebendo premiações da Câmara Federal (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2018).

3.3 Período do Estudo:

A pesquisa será desenvolvida no período de Junho de 2014 a Setembro de 2016. O início da coleta dos dados ocorreu após a aprovação do CEP/HUAC sob número 1.520.234.

3.4 População do Estudo:

A população consistiu nos profissionais da equipe multiprofissional de saúde alocada nos serviços do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida. Além dos prontuários do setor de arquivo e pacientes internadas no hospital supracitado durante o período da pesquisa.

3.5 Amostra:

Para realização de entrevista, a amostra foi definida por conveniência e fechamento amostral por saturação, contando com com 10 participantes profissionais escolhidos ao acaso de ambos setores de alto e baixo risco. À medida que os objetivos da pesquisa eram contemplados, as entrevistas com os profissionais eram suspensas. Estas foram realizadas nos meses de março e abril de 2016 nos setores de baixo risco e alto risco do hospital. Em relação às pacientes, o cálculo de determinação da amostra levou em consideração o número de prontuários de gestantes internadas de junho de 2014 a junho de 2015. O quantitativo determinado para aplicação da entrevista apontou amostragem de 136 gestantes com 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e proporção de 10%, usando a seguinte fórmula: $n = \frac{o^2 p.q.N}{e^2 (N-1) + o^2 p.q}$ (MAROTTI, 2008). Realizado a partir dos dados de amostragem dos cadastros disponibilizados pelo hospital. Foram identificados todos os prontuários do período de junho de 2014 a junho de 2015, dos quais foram selecionados todos que tivessem o diagnóstico positivo para o diabetes gestacional nos setores de alto e baixo risco. A aplicação dos questionários foi realizada entre os períodos de março a junho de 2016 com as gestantes internadas no hospital.

3.6.1 Critérios de Inclusão

Estabelece-se como critérios de inclusão: Profissionais de ambos os sexos da equipe multiprofissional de saúde do ISEA, e gestantes internadas no hospital, de qualquer faixa etária que concordassem participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1), através de roteiro de questionário semi-estruturado. Os profissionais deveriam estar exercendo plenamente suas atividades profissionais durante o período da pesquisa.

Para os prontuários, os critérios de seleção para estudo foram: Serem prontuários de gestantes internadas entre junho de 2014 a junho de 2015 e apresentarem o diagnóstico confirmado para diabetes gestacional.

3.6.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: Profissionais de saúde que não faziam parte da equipe multiprofissional e não atuavam diretamente nos setores citados do ISEA, profissionais que se encontravam em licença médica; pacientes não gestantes ou não internadas no hospital. Para análise dos prontuários, foram descartados as fichas de gestantes internadas para realização de procedimentos que não envolviam partos naquele hospital. Bem como aqueles critérios que não se enquadrassem nos critérios de inclusão acima descritos.

3.7 Procedimentos para captação dos participantes

As entrevistas e aplicação de questionário foram realizadas pelos pesquisadores do estudo que entraram em contato com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde e pacientes em um turno semanal destinado à coleta de dados (Figura 1). Os prontuários analisados são reservados em sala exclusiva para arquivo, a qual o pesquisador teve acesso aos mesmos para contagem e seleção do setor de internação (Alto e baixo risco), sendo identificado diagnóstico de diabetes gestacional confirmado e idade da gestante diagnosticada. A coleta foi iniciada após a liberação da pesquisa pelo CEP – HUAC, sob número 1.520.234, e com anuência da coordenação do ISEA. Já em contato inicial com a população a ser pesquisada, houve apresentação do entrevistador e esclarecimento sobre a pesquisa, assim como a assinatura do TCLE (ANEXO 1). Como um dos objetivos da pesquisa, o processo de transmissão de informação para a população se deu após a entrevista por aplicação do questionário semi-estruturado (ANEXO 3). Após anotação das

respostas dos entrevistados, a intervenção para educação em saúde deu-se através de uma conversa explicativa com utilização de um folheto informativo (ANEXO 4), o qual foi entregue ao participante, contendo o quadro geral da doença e seus males, e demais informações sobre o diabetes gestacional. Ao fim, foi aconselhado à gestante acompanhar seu pré-natal e sempre tirar dúvidas com seu médico.

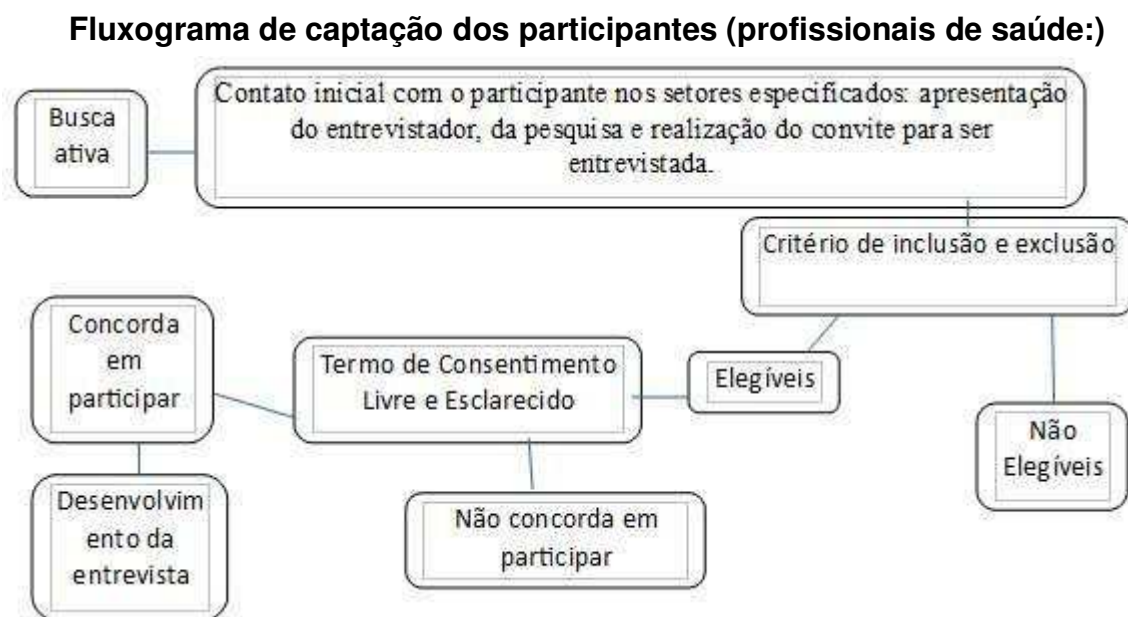


Figura 1: Fluxograma de captação dos participantes. Fonte: Própria

3.8 Coleta de Dados

Com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa uma entrevista semi-estruturada (ANEXO 2) foi realizada individualmente com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde do ISEA. A entrevista tem como objetivo compreender em profundidade como estes profissionais de saúde compreendem sua atuação junto aos pacientes no contexto do diabetes gestacional. Assim, os profissionais da equipe multiprofissional de saúde foram convidados a compartilhar suas experiências e discutir sobre o assunto, pontuando a forma em que se insere a doença no panorama atual da saúde pública. A entrevista com os profissionais teve a seguinte pergunta disparadora: Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no contexto do diabetes gestacional? Seguida das seguintes perguntas norteadoras: 1. Qual sua opinião sobre a doença no contexto atual? 2. Como você entende o seu papel e o papel da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento das pacientes com diabetes gestacional? 3. O que você acha que

poderia ser feito para minimizar o impacto da doença na saúde brasileira, sobretudo saúde pública. A transcrição das entrevistas passaram por um processo de análise de conteúdo tendo como referencial teórico a literatura atual (Figura 2).

Para alcançar outro objetivo da pesquisa, foi realizado aplicação de questionário (ANEXO 3) com gestantes internadas no hospital e teve a seguinte pergunta disparadora: 1. O que você entende por diabetes gestacional? Seguida das seguintes perguntas: 2. Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento? 3. Como você enxerga o processo de tratamento da doença? Já participou de um trabalho e prevenção? As respostas passaram por um processo de quantificação através de padronização dos dados obtidos. O conteúdo obtido passou por um processo de quantificação de dados através de padronização de respostas (Figura 3).

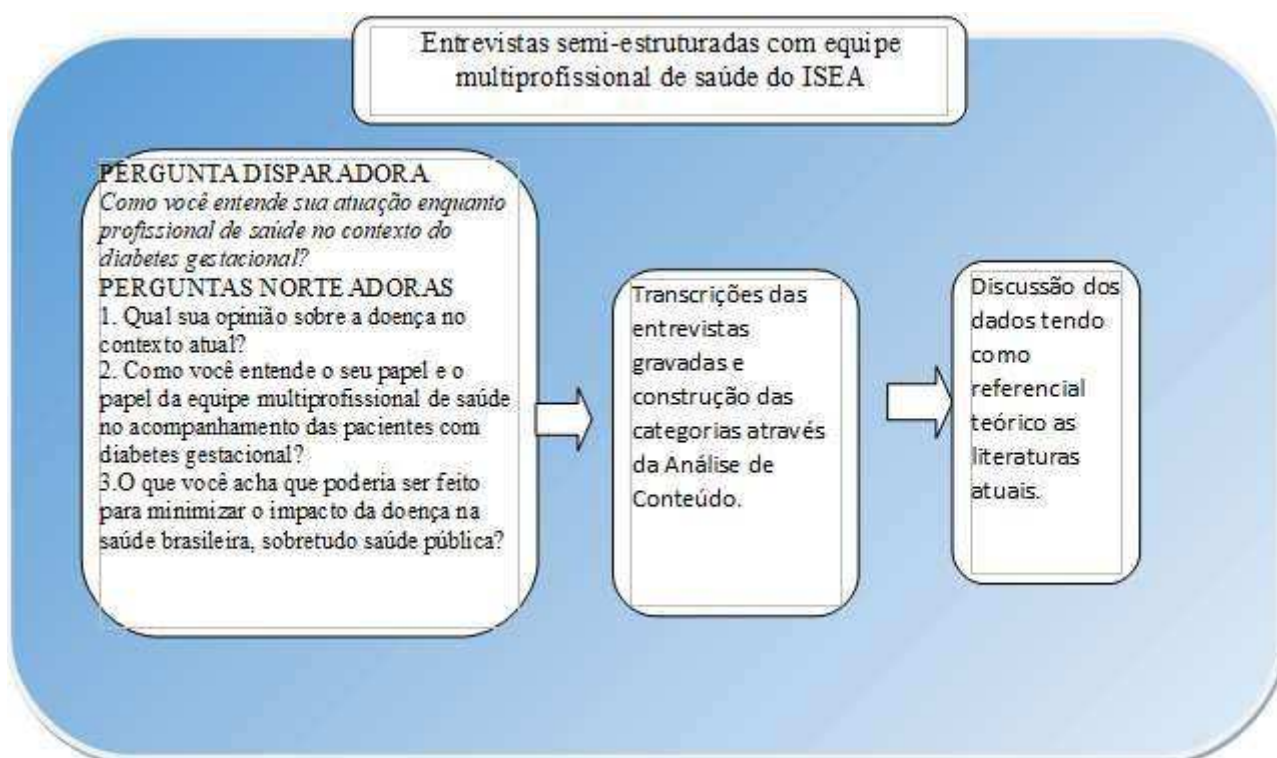


Figura 2 Fluxograma de entrevista com profissionais de saúde. Fonte: Própria

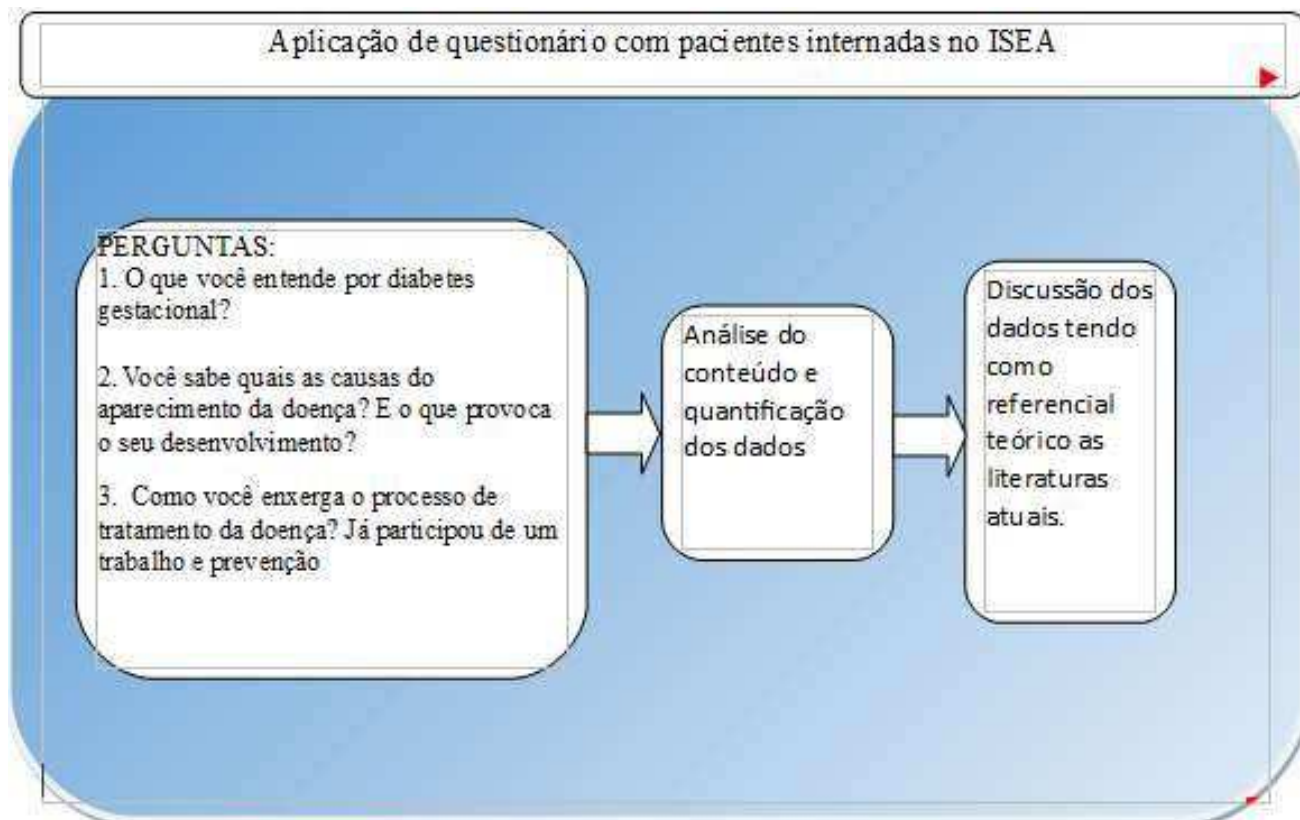


Figura 3: Fluxograma de aplicação de questionário com gestantes. Fonte: Própria

3.9 Tratamento estatístico

3.9.1 Processamento dos dados:

Os participantes profissionais foram identificados por iniciais de modo a preservar o sigilo de sua participação. As transcrições foram realizadas de modo fidedigno, preservando as pontuações, pausas e falas dos voluntários. Nos questionários para gestantes não foi coletado identidade, tendo sido realizado uma quantificação dos dados obtidos a partir de uma padronização das respostas. Para obtenção da prevalência, foi buscado em prontuário a informação do diagnóstico de diabetes gestacional confirmado pela equipe médica e a faixa etária dessas gestantes diagnosticadas.

3.9.2 Análise dos dados:

Os dados qualitativos foram analisados indutivamente através da análise temática de conteúdo. Este é um método que tem grande aplicabilidade e extremamente importante na análise de dados das entrevistas individuais. A análise

qualitativa de conteúdo conta com as seguintes fases após a transcrição do material coletado: a. *leitura flutuante* para compreensão global do conteúdo e início de familiarização com este; b. *seleção das unidades de análise* a qual será norteada pelos objetivos propostos pela pesquisa; c. *processo de categorização e sub-categorização* como forma de agregar temas que apresentem similaridades e possam transmitir significados e conhecimentos relativos à pesquisa (CAMPOS, 2004).

3.10 Aspectos Éticos:

O estudo em questão atende as normas e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC sob número 1.520.234. A coleta de dados foi iniciada após o parecer positivo deste e da liberação da coordenação do Hospital. Outros cuidados necessários para assegurar o sigilo dos participantes foram realizados, como por exemplo, a preservação de suas identidades.

Sobre os efeitos benéficos da pesquisa, pode-se apontar a colaboração para um melhor entendimento geral da doença pela população, sobretudo as grávidas, ressaltando a prevenção do diabetes gestacional, além disso, os profissionais tiveram oportunidade de argumentar sobre o tema, principalmente como intervir de forma mais eficaz para melhores resultados com as pacientes.

3.10.1 Consentimento Livre e Esclarecido:

Houve a apresentação aos participantes sobre os objetivos, procedimentos e possíveis desconfortos relacionados à pesquisa, assim como esclarecimentos de possíveis dúvidas. Em sequência, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1) – em duas vias, uma na posse do pesquisador e outra para a voluntária. O documento apresentou uma linguagem clara e acessível. Também foi comunicado ao voluntário que poderá desistir de sua participação em qualquer etapa da pesquisa.

3.11 Conflito de interesses:

Não há conflito de interesses e discussão dos dados, foi utilizado o referencial teórico da literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro do período de junho de 2014 a junho de 2015, foram contabilizados 6051 prontuários de pacientes atendidas no ISEA naquele período, dentre eles, 2254 classificados como “Alto risco” e 3797 como “Baixo risco”. Foram encontrados 114 diagnósticos de diabetes (Tipo 1, tipo 2 e gestacional), apenas 5 deles pertencentes ao grupo de “Baixo risco”, enquanto 109 pertenciam ao grupo de “Alto risco”, observando ainda, 89 diagnósticos de diabetes gestacional, 88 em gestantes de alto risco e apenas 1 em uma paciente de baixo risco. Para fins informativos, 12 pacientes possuíam diabetes tipo 1 e 23 com diabetes tipo 2.

A prevalência identificada na análise de dados da atual pesquisa quanto a idade das gestantes variou entre 12 a 47 anos. Com isso, foi observado que 67,41% das pacientes diagnosticadas com a doença tinham idade igual ou acima de 30 anos. Dentre as 89 gestantes encontradas na coleta de dados que desenvolveram diabetes gestacional, 24 pertenciam a faixa de 20 a 29 anos de idade, 60 pertenciam 30 a 39 anos e por fim 5 gestantes pertenciam a faixa de 40 a 47 anos. A partir desses dados, constatou-se que a média de idade dessas gestantes com DMG foi de 33,33 anos, esse dado encontrou-se acima da média de idades observadas em literaturas nacionais e internacionais como no estudo de Santos et al. (2012), em Salvador-BA, encontrou a prevalência de 26 anos; Feig et al. (2012), em Ontário, Canadá, 30 anos; Lamberg et al. (2012), na Finlândia, 29,5 anos.

Segundo Guerra et al. (2018), a idade materna isoladamente já pode ser considerado fator de risco para o desenvolvimento da doença. Pinto, Silva (2009), relata que o avanço da idade materna pode favorecer o aparecimento de complicações como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. O aparecimento da doença durante a gravidez pode ser explicado por uma maior resistência à insulina na mãe, pois nessa fase gestacional, o desequilíbrio hormonal aumenta, além disso, associado ao avanço da idade, há um somatório nas características fisiológicas de desequilíbrios hormonais, podendo favorecer ainda mais o desenvolvimento do DMG (ABI-ABIB et al. 2014).

O índice de diagnóstico da doença chegou a 1,47% de todos os prontuários analisados. Devem-se levar em consideração os critérios usados pelos médicos quanto ao diagnóstico da doença, já que o diabetes gestacional pode ser confundido com uma hiperglicemia leve durante algum momento da gestação, sendo necessária

a realização de repetidos testes para se firmar uma conclusão. Vale ressaltar que quando se observa a prevalência em relação ao número de grávidas de alto risco, essa porcentagem chega a 3,9%, denotando um número expressivo de pacientes diagnosticados com a doença, especialmente nessa classificação de risco.

Em alguns estudos brasileiros foram observados prevalências semelhantes entre si como nos estudos realizado por Oliveira et al. (2015), obtendo uma prevalência de 6,5% no estado de Alagoas, Massucatti et al. (2012), realizou uma pesquisa em Vitória-ES, constatando um índice de 5,8% e Santos et al. (2012) com uma prevalência de 3,6% em Salvador-BA. Outros estudos recentes mostraram prevalências acima da média brasileira, como Zapeline et al. (2015) de 14,4% em uma região no Sul do país, levantando hipóteses de que a variante socioeconômica pode influenciar diretamente nesses achados.

Estudos internacionais mostraram variação em relação aos seus resultados, como nos estudos de Feig et al. (2014) 7,4% no Canadá; Deputy et al. (2018) 6,0% nos Estados Unidos e Macaulay et al. (2014), 13,9% na África do Sul e 1,8% na Nigéria, sendo notada grande divergência de valores quando são observadas regiões distantes entre si, além de evidenciarem-se características distintas entre pessoas desses diferentes lugares como o poder econômico, educacional e outros fatores sociais que podem causar variações na incidência da doença, citando ainda, a possibilidade de maior predisposição genética.

Com a contagem dos 6051 prontuários, foi realizado cálculo estatístico para composição de amostras de populações finitas (MAROTI et al. 2008), obtendo um resultado de 136 pacientes para aplicação de questionário. Quantitativamente foi observado que a média de idade predominante entre as gestantes foi de 26,36 anos, sendo a menor idade 15 anos e a maior de 45 anos, com maior prevalência, gestantes entre 21 e 25 anos de idade. A maioria das gestantes eram agricultoras (32%), domésticas (16%) e donas de casa (15%), em menor quantidade, profissões que requerem nível superior, apenas uma entrevistada trabalhava como professora.

O processo de transmissão de informação para as gestantes participantes da pesquisa foi recebido de forma positiva entre as participantes da pesquisa, sendo tiradas dúvidas e fornecendo subsídios para um melhor autocuidado durante a gestação. Ficou evidente que essa população de uma maneira geral está aberta a receber auxílio informativo e interessada em sua saúde e na do seu filho.

Das gestantes abordadas durante aplicação dos questionários, nove tinham o diagnóstico de DMG, correspondendo a 6,61% da amostra, uma com suspeita e realizando os exames para confirmação, e duas tinham o diagnóstico de DM2. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2018), recomenda-se os critérios diagnósticos aceitos em 2013 pela OMS (Organização Mundial de Saúde), em que na primeira consulta pré-natal, a glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 126 mg/dL seria dado o diagnóstico de DMG e caso observe-se glicemia <92 mg/dL, a investigação segue para o terceiro trimestre, sendo realizado o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre a 24^a e 28^a semana de gestação. Em um estudo Norte-Americano realizado por Deputy et al. (2018), existem duas vertentes para o diagnóstico no terceiro trimestre de gestação, utilizando a exame de TOTG em uma ou duas etapas, sendo o exame de duas etapas com resultados mais fidedignos e menos taxa de falsos positivos.

Para alcançar o objetivo principal da pesquisa, foi realizado um processo de transmissão de informações para as pacientes participantes após a aplicação de questionário para não comprometer dados. Esse processo se baseava em explicar o quadro geral da doença de forma clara e objetiva, citando as morbidades das doenças como as principais consequências para o binômio mãe/bebê e sempre ressaltando a importância de prevenir e seguir o tratamento corretamente. Como suporte foi confeccionado uma cartilha informativa (ANEXO 4) para reforçar o conhecimento adquirido. Nela continha informações gerais sobre o DMG, além de sugestões para prevenir a instalação doença como a prática de exercícios físicos leves e alimentação balanceada.

Esse processo de transmissão de informação para alertar e prevenir a doença foi mais importante a partir do momento em que a maioria das gestantes apresentavam dúvidas acerca da doença, demonstrando interesse, e reagindo positivamente durante a explicação. E por fim, todas se mostraram sensibilizadas de alguma forma ao participar do projeto pela importância do autocuidado e poder construir um conhecimento acerca da doença.

Quanto a aplicação de questionário para as pacientes, as perguntas realizadas permitiram identificar que o nível de informação acerca do DMG nessa população foi muito baixo, pois a maioria não soube responder as perguntas adequadamente. O total de 74,26% da amostra não souberam responder à primeira

pergunta, 21,79% e 25% das entrevistadas responderam às perguntas 2 e 3 respectivamente.

Com relação a primeira pergunta disparadora: “O que você entende por diabetes gestacional?” O total de 74,26% da amostra não soube responder a pergunta e as 25,73% restantes se dividiram entre respostas como alteração hormonal (1%), criança nasce com diabetes (1%), diabetes na gestação (9%), é perigoso (5%) e glicose alta/muito açúcar (9%) (Figura 4).



Figura 4: O que você entende por diabetes gestacional? Fonte: Própria

Na segunda pergunta: “Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento?”, 25% das entrevistadas responderam, sendo alimentação inadequada (10%), obesidade (2%), sedentarismo (1%), fator genético (1%), hipertensão (1%) e excesso de açúcar no sangue (10%) as respostas dadas. (Figura 5).

Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento?

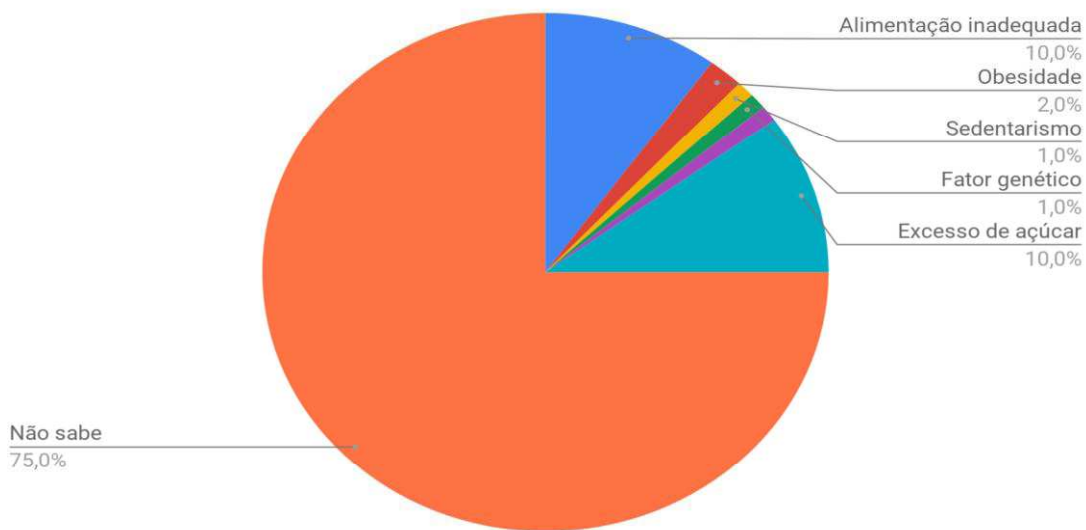


Figura 5: Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento? Fonte: Própria

Na terceira pergunta: “Como você enxerga o processo de tratamento da doença? Já participou de um trabalho de prevenção?”, 77,2% não souberam responder e 22,8% se dividiram entre respostas como atividade física (1%), boa alimentação (10%), controle do açúcar (3%), uso de comprimidos (2%) e uso de insulina (7%) (Figura 2). Apenas 5,14% das gestantes participaram de algum projeto de prevenção (Figura 6).

Como você enxerga o processo de tratamento da doença?

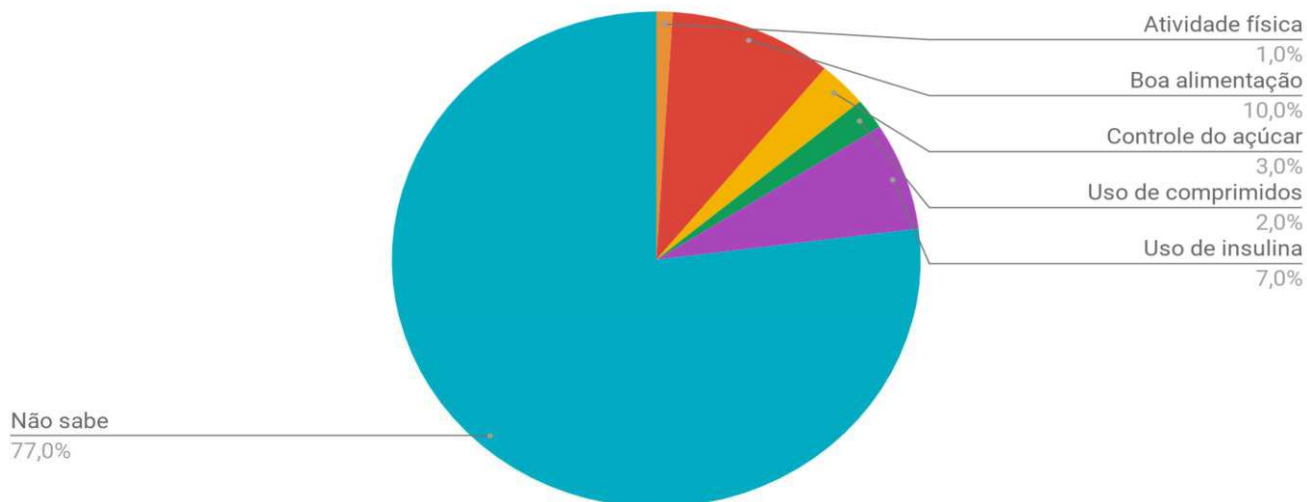


Figura 6: Como você enxerga o processo de tratamento da doença? Fonte: própria

Após a análise dos dados, foi observado que a falta de conhecimento é um grande percalço para a gestação. Pois mesmo as gestantes sendo acompanhadas por uma equipe multidisciplinar durante o seu pré-natal; promoção e prevenção da saúde nessa população não está efetiva. As mesmas relataram desconhecer trabalhos de prevenção acerca do assunto, tanto no hospital de internação quanto no nível de assistência básica.

Segundo Santos et al. (2012), há uma maior incidência do diabetes gestacional em maternidades das redes públicas de saúde, refletindo no aspecto socioeconômico dessas pacientes, mas que não se deve associar esse fator com o grau de escolaridade da população e sim com o grau de instrução/informação acerca de assuntos de saúde em geral, pois cabe aos profissionais de saúde orientarem seus pacientes.

Foi observado, também, quanto a incidência da doença, que as gestantes geralmente costumam procurar o serviço pré-natal no segundo trimestre da gravidez, tendo passado um período fundamental durante o desenvolvimento do feto, pois é justamente nesse período em que é possível prevenir uma diversidade de enfermidades, incluindo o diabetes gestacional (LESSA et al. 2006).

Gilbert et al. (2019), observou em seus estudos que há grande relevância da importância do apoio social e do autocuidado em relação a um estilo de vida saudável em mulheres com DMG. Dado que o bem-estar psicossocial, como apoio social e autocuidados, está associado à atividade física e a escolhas alimentares saudáveis. Foi observado também por Wilkinson et al. (2019), que o envolvimento da gestão de serviço hospitalar aliado a uma secretaria local de saúde favorece a uma maior efetiva implementação de políticas em educação em saúde, incluindo o panorama do diabetes gestacional.

Tal perspectiva mostra que deve ser intensificado a orientação ao profissional de saúde para intervir e informar os pacientes de forma mais clara sobre as necessidades de cuidados quanto a DMG, assim como explicado por Oliveira, Graciliano (2015), os quais afirmam que a assistência pré-natal deve se organizar para prevenir alguns desses fatores, visando à redução da ocorrência de doenças como o DMG. Diante disso, é notório que a falta de conhecimento é decorrente da ausência de métodos preventivos desenvolvidos durante o pré-natal.

Assim, o processo de educação em saúde voltado para prevenção e tratamento da doença tornam-se pilares na diminuição do número de casos da doença. Em metanálises recentes como as realizadas por Martis et al. (2018) e Brown et al. (2017), evidenciaram que as intervenções no estilo de vida são a principal estratégia terapêutica e preventiva para mulheres com DMG. Isto inclui realização de exercícios físicos leves/moderados, alimentação saudável e assistência psicológica.

Segundo Brown et al. (2017), o uso de medicamentos orais e/ou da Insulina para o tratamento da doença não mostraram diferenças significantes. A sua escolha irá depender da preferência da mãe ou do médico. O não tratamento da doença pode incluir efeitos não desejados para o binômio mãe-bebê, além dos riscos de morbidades fetais e neonatais, a gestação pode ficar comprometida, o aumento da resistência insulínica pode levar a um crescimento excessivo de placenta e inibição de sua eficiência (TANAKA et al. 2018).

Nesta coleta de dados, a minoria das pacientes associou a doença a algum fator de risco para o desenvolvimento da doença, citando entre eles obesidade, sedentarismo e histórico familiar, 2%, 1% e 1% das respostas, respectivamente. A Sociedade Brasileira de Diabetes considera os três termos como fator de risco isolado para o desenvolvimento da doença. Além disso, sabe-se que aumento da idade materna (LAINE et al. 2017) e em gestantes com histórico de depressão e ansiedade possuem risco moderado de desenvolver diabetes gestacional (BEKA et al. 2018).

Para alcançar o último objetivo dessa pesquisa, foram realizadas entrevistas com a equipe multiprofissional do ISEA para obter a opinião desses profissionais em relação ao contexto atual do diabetes gestacional. Foram realizadas 10 entrevistas com trabalhadores de profissões distintas, sendo 7 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 1 médico residente.

Na primeira pergunta: *“Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no contexto do Diabetes Gestacional?”*, obtiveram-se respostas homogêneas que convergiam no sentido de orientar o paciente, contando com realizar um pré-natal efetivo, conduzir o paciente e ter controle da glicemia. APBS, 34 anos, 12 anos de experiência, técnica em enfermagem cita que: *“Acho de extrema importância, pois através da minha profissão são feito os controles glicêmicos.”*

O engajamento da equipe multiprofissional em saúde é de fundamental importância para uma efetiva prevenção e tratamento. Segundo, Wilkinson et al. (2019), para resultados mais efetivos, deve-se dar prioridade a um processo de acompanhamento guiado, assistencial por toda equipe, ao invés de utilizar facilitadores como condutas médicas isoladas por médicos que as acompanham. O Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas obstétricas ao longo do pré-natal, sendo estas fundamentais para o diagnóstico efetivo da doença, sobretudo em sua primeira consulta pré-natal e entre a 24^a e 28^a semana em gestantes sem histórico de diabetes anterior a gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018)

Na segunda pergunta: *“Qual sua opinião sobre a doença no contexto atual?”*, observou-se respostas mais distintas que iam desde a importância do ISEA como ponto de referência em atender pacientes advindas do interior à questões de alimentação e hábitos de vida. Porém, todos abordaram o aumento do índice da doença e as consequências para mãe/bebê, como cita TAC, 32 anos, enfermeira: *“Teve um aumento por ser um hospital que atende toda a região e as cidades vizinhas”*; e OAO, 36 anos, Médico residente em ginecologia e obstetrícia: *“[...]com hábitos alimentares errados, aumento da obesidade, a doença ta elevada e mais frequente no alto risco”*.

Observa-se nas respostas coletadas a notoriedade no aumento de casos da doença, isso inclui diversos fatores que predispõe o desenvolvimento do diabetes gestacional na população estudada, como o perfil socioeconômico das gestantes e o nível de informação que interfere diretamente no fator prevenção (SANTOS et al. 2012). Além disso, muitas dessas gestantes procuram o serviço de pré-natal tardiamente, perdendo tempo fundamental no tratamento (LESSA et al. 2006).

Na terceira pergunta: *“Como você entende o seu papel da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento das pacientes com diabetes gestacional?”*, as respostas convergiam basicamente para um melhor cuidado ao paciente, orientação e acompanhamento para um bom pré-natal e a dependência entre profissionais no processo da doença, como cita MHPA, 55 anos, enfermeira: *“[...]entendo como muito positivo pra um bom resultado futuro evitando muitas sequelas, posso ajudar com minha assistência, explicar as coisas a ela.”*

Por fim, na pergunta quatro: *“O que você acha que poderia ser feito para minimizar o impacto da doença na saúde brasileira, sobretudo na saúde pública?”*,

Muitas respostas continham a assistência básica como uma saída efetiva para o controle e diminuição do índice do DMG e o papel da equipe de acompanhar o antes e depois do processo de gravidez. A orientação, mudanças de estilo de vida e a necessidade de melhoria na estrutura e na equipe de profissionais, fizeram parte de alguns feedbacks, como por exemplo: OAO, 36 anos, Médico residente: *“Referenciar essa patologia precoce no pré-natal alto risco e acompanhamento junto com a endocrinologista. Mudança de estilo de vida[...]”*; APBS, 34 anos, técnica em enfermagem: *“Mudanças em todos os termos, melhor estrutura, profissionais, em tudo [...]”*; TAC, 32 anos, enfermeira: *“Acompanhamento no pré-natal, palestras educativas, prevenção a respeito da doença, orientando a uma alimentação saudável e os riscos que podem acontecer”*.

Com a coleta de dados nas entrevistas feitas com os profissionais, notou-se que o profissional de saúde aparenta estar engajado no contexto atual da doença, sabendo ao menos o necessário para transmitir informação útil e benéfica para a paciente, além de ter capacidade de acompanhá-las antes, durante e depois do processo de gestação. Observa-se também que reconhecem falhas no processo do cuidado que poderiam ser revistas e melhoradas, como um maior auxílio durante o pré-natal e maior atenção a essas pacientes.

CONCLUSÃO

O processo de transmissão de informação para as gestantes participantes da pesquisa foi recebido de forma positiva entre as participantes da pesquisa, sendo sanado as dúvidas e fornecendo subsídios para um melhor autocuidado durante a gestação. Fica assim evidente que essa população de uma maneira geral está aberta a receber auxílio informativo e interessada em sua saúde e na do seu filho.

A prevalência do DMG no ano de 2014 a 2015 foi de 1,47% em relação a população internada no ISEA, com média da idade 33,33 anos ao diagnosticar a doença, sendo a maioria com faixa etária entre 30 a 39 anos.

Após a quantificação das respostas dos questionários, apenas 25% das mulheres, uma pequena parcela das pacientes, souberam responder as perguntas mostrando-se informadas do assunto, e uma minoria ainda menor que não tinha dimensão possíveis morbidades para si e para o bebê. Portanto, foi observado que a falta de conhecimento é um grande percalço para a gestação nessas pacientes,

sendo de fundamental importância que continuem sendo desenvolvidos trabalhos de prevenção acerca do assunto, principalmente com estímulo da conscientização pelos trabalhadores em saúde.

As informações obtidas com as entrevistas da equipe multiprofissional de saúde do hospital possibilitaram observar que o profissional encontra-se preparado para, ao menos auxiliar a gestante no processo da doença, tendo conhecimento de como conduzir antes e após a gestação. Assim como mostraram-se preocupados com os altos índices da doença ressaltando a necessidade de uma melhor atenção à paciente.

Dessa forma, fica claro que a incidência e evolução do diabetes gestacional depende em partes do nível de informação das pacientes, uma vez que ela entenda o quadro geral da doença e como prevenir/tratar poderá seguir de forma correta e consciente as orientações médicas, além de evitar fatores que possam predispor a doença. Nota-se também que esse processo de informação deve ser contínuo, visto que há grande rotatividade de pacientes não só no hospital em que foi realizada a pesquisa, mas como em qualquer outro local. Portanto, deve-se estimular a produção de mais projetos voltados ao contexto do diabetes gestacional no que se remete a esse processo de informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COUTINHO, T; COUTINHO, C. M.; DUARTE A. M. B. R.; ZUMMERMMANN, J. B.; COUTINHO, L. M. Diabetes gestacional: Como tratar? *FEMINA*, Rio de Janeiro, Vol. 38, Nº 10, Out 2010.

CUNHA, M. V; PICULO, F; MARINI, G; DAMASCENO, D. C; CALDERON I. M. P; BARBOSA, A. P. Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, Vol. 57, n. 7, p. 497-508, Out 2013.

MENEZES, J. A.; DINIZ, E. M. A.; SIMÕES, A.; VAZ, F. A. C. Morbidade neonatal em recém-nascidos de mães com diabetes gestacional. *Pediatria*, São Paulo, Vol. 21, n. 1, p. 6-30, Mar 1999.

CRUME, T. L.; OGDEN, L. G.; MAYER-DAVIS, E. J.; HAMMAN, R. F.; NORRIS, J. M.; BISCHOFF, K. J.; MCDUFFIE, R.; DABELEA, D. The impact of neonatal breastfeeding on growth trajectories of youth exposed and unexposed to diabetes in utero: the EPOCH Study. *International Journal of Obesity*. Londres, Vol. 36, p. 529-534, Abr 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun 2005.

FRANKEL, J.R; WALLEN, N.E. *How to design and evaluate research in education*. 8 Ed. Nova iorque. McGraw-Hill Education, 2011.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem [periódico online]*. Brasília, Vol. 57, n.5, p. 611-614, Set/Out 2014.

MAROTTI, J; GALHARDO A. P. M; FURUYAMA R. J; PIGOZZO, M. N; CAMPOS, T. N; LAGANÁ, D. C. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. São Paulo, Vol. 20, n. 2, p. 186-194, Mai/Ago 2008.

OLIVEIRA, A.C.M.; GRACILIANO, N.G. Hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus in a public maternity hospital of a Northeastern Brazilian capital, 2013: Prevalence and associated factors. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.24, n.3, p.441-451, 2015.

- LESSA, I; MAGALHÃES, L; ARAÚJO, M. J; ALMEIDA FILHO, N; AQUINO, E; OLIVEIRA M. M. C. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 6, p. 747-756, 2006.
- MASSUCATTI, L. A; PEREIRA, R. A; MAIOLI, T. U. Prevalência de diabetes gestacional em unidade de saúde básica. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v.1, n. 1, 2012.
- LAMBERG, S; RAITANEN, J; RISSANEN, P; LUOTO. R. TURATO, E. R. Prevalence and regional differences of gestational diabetes mellitus and oral glucose tolerance tests in Finland. *European Journal of Public Health*, Finlândia, v. 22, n. 2, p. 278-280, 2010.
- FEIG, D. S; HWEE, J; SHAH, B. R; BOOTH, G. L; BIERMAN, A. S; LIPSCOMBE, L. L. Trends in Incidence of Diabetes in Pregnancy and Serious Perinatal Outcomes: A Large, PopulationBased Study in Ontario, Canada, 1996–2010. *Diabetes Care*, v. 37, p. 1590-1596, Canadá, Jun 2014.
- ABI-ABIB, R. C; CABIZUCA, C. A; CARNEIRO, J. R. I; BRAGA, F. O; COBAS, R. A; GOMES, M. B; JESUS, G. R; MIRANDA, F. R. D. Diabetes na gestação, *Revista HUPE*, vol. 13, n. 3, p. 40-47, 2014.
- VALLADARES, C. G; KOMKA, S. B. Prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional em gestantes de um Centro de Saúde de Brasília-DF, *Revista Comunicação em ciência e saúde*, vol. 19, n.1, p. 11-17, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016, p 69-73, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018.
- OZGU-ERDINIC, A. S; SERT, U. Y; BUYUK, G. N; ERGIN-USTUN, Y. Prevalence of gestational diabetes mellitus and results of the screening tests at a tertiary referral center: A cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, V. 13, n. 1, p. 74-77, 2019.
- GILBERT, L; GROSS, J; LANZI, S; QUANSAH, D. Y; PUDER, J; HORSCH, A. How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with gestational diabetes mellitus: an integrative review. *BioMed Central pregnancy and childbirth*, V. 19, n. 1, p. 60, 2019.
- DEPUTY, N. P; KIM, S. Y; CONREY, E. J; BULLARD, K. M. Prevalence and Changes in Preexisting Diabetes and Gestational Diabetes Among Women Who Had

a Live Birth — United States, 2012–2016. Centers for Disease Control and Prevention, v. 67, n. 43, p. 1201-1207, 2018.

WANG, Y.Y; LIU, Y; LI, C; LIN, J; LIU, X. M; SHENG, J. Z; HUANG, H. F. Frequency and risk factors for recurrent gestational diabetes mellitus in primiparous women: a case control study. *BioMed Central endocrine disorders*, V. 19, n. 1, p.22, 2019.

GUERRA, J. V. V; ALVES, V. H; RODRIGUES, D. P; BRANCO, M. B. L. R; MARCHIORI, G. R. S; DOS SANTOS, M. V. Diabetes gestacional e estado nutricional materno em um hospital universitário de Niterói. *Journal of nursing and health*, v. 8, n. 1, 2018.

PINTO E SILVA, J. L. C; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 31, n. 7, p. 321-325, 2009.

MARTIS, R; CROWTER, C.A; SHEPERD, E; ALSWEILER, J; DOWNIE, M.R; BROWN, J. Treatments for women with gestational diabetes mellitus: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, n. 8.

BROWN, J; ALWAN, N.A; WEST, J; BROWN, S; MCKINLAY, C. J. D; FARRAR, D; CROWTER, C. A. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, n.5.

WILKINSON, S. A; O'BRIEN, M; MCCRAY, S; HARVEY, D. Implementing a best-practice model of gestational diabetes mellitus care in dietetics: a qualitative study. *BioMed Central health services research*, v. 14, n. 19, p. 122, 2019.

BEKA, Q; BOWKER, S. L; SAVU, A; KINGSTON, D; JOHNSON, J. A; KAUL, P. History of mood or anxiety disorders and risk of gestational diabetes mellitus in a population-based cohort. *Diabetic medicine: A journal of the british Diabetic Association*, v. 35, n. 1, p. 147-151, 2018.

TANAKA, K; YAMADA, K; MATSHISHIMA, M; IZAWA, T; FURUKAWA, S; KOBAYASHI, Y; IWASHITA, M. Increased maternal insulin resistance promotes placental growth and decreases placental efficiency in pregnancies with obesity and gestational diabetes mellitus. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, v. 44, n. 1, p. 74-80, 2018.

LAINE, M. K; KAUTIAINEN, H; GISSLER, M; RAINA, M; AAHOS, I; JARVINEN, K; PENNANEN, P; ERICKSSON, J. G. Gestational diabetes in primiparous women-

impact of age and adiposity: a register-based cohort study. *Acta obstetricia et gynecologica scandinavica*, v. 97, n. 2, p. 187-194, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ed. p.302, 2012.

APÊNDICE 1

O PANORAMA DO DIABETES GESTACIONAL EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO

Resumo

O objetivo deste estudo é realizar uma pesquisa-ação em educação em saúde acerca do tema diabetes gestacional com transmissão de informação. Além de quantificar a prevalência da doença, observar o grau de conhecimento das gestantes e coletar opiniões da equipe multiprofissional em saúde sobre o tema. A pesquisa esquadra-se como um estudo observacional a partir do método qualitativo, sendo realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) na cidade de Campina Grande-PB. Como resultados, percebeu-se boa receptividade das informações levadas às participantes da pesquisa. Durante a etapa de coleta de dados em prontuários, foram analisados 6051 prontuários, obtendo-se uma prevalência da doença de 1,47%, resultado abaixo da média nacional. A idade média de todas as pacientes diagnosticadas com a doença foi de 33,33 anos, sendo maior que as observadas em outros estudos. Uma amostra de 136 pacientes foi selecionada para aplicação de questionários. Durante esta etapa, foi visto que 74,26% dessas pacientes não souberam responder perguntas acerca da doença, evidenciando a necessidade do processo de educação em saúde. A entrevista com a equipe multiprofissional do hospital mostrou uma equipe engajada quanto ao contexto do diabetes gestacional.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Educação em saúde, Gravidez de alto risco.

INTRODUÇÃO

Obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares modernos vem aumentando a epidemia do diabetes, incluindo o gestacional. No Brasil, estima-se que 2,4% a 7,2% de todas gestantes desenvolvem DMG (Diabete Mellitus Gestacional), ou seja, cerca de 200.000 casos por ano. Vale ressaltar, ainda, que a maioria dessas gestantes que desenvolvem DMG apresentarão quadro de obesidade, geralmente com IMC > 25Kg/m². Toda essa problemática muitas vezes pode ser precavida de forma

conscientizadora, pois a falta de informação é um dos principais inimigos dessa doença (CUNHA et al, 2013).

Segundo a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), o DMG é conceituado como "*uma condição na qual a intolerância a carboidratos se desenvolve durante a gravidez*" e pela *American Diabetes Association* (ADA), como "*uma diabetes diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez que não era claramente um diabetes manifesto antes da gestação*". Sua prevalência estimada varia entre 5% e 10% em todas as mulheres grávidas, dependendo da população estudada (OZGU-ERDINIC et al, 2019).

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido quando uma mulher apresenta intolerância à glicose com início e primeiro reconhecimento entre 24^a a 28^a semanas de gestação. Sabe-se que até 40% das mulheres com DMG têm pré-diabetes no período pós-parto precoce (GILBERT et al, 2019). Como o excesso de peso e a obesidade na pré-gravidez estão fortemente associados ao desenvolvimento de diabetes gestacional, os cuidados pré-concepção oferecem uma oportunidade para fornecer a todas as mulheres a triagem de IMC (Índice de massa corpórea) recomendada, e encaminhar as mulheres com obesidade para intervenções comportamentais multicomponentes intensivas (DEPUTY et al, 2018).

A resistência à insulina sofrida pela mãe causa um quadro de hiperglicemia em seu organismo, conseqüentemente o neonato tenta compensar esse excesso de glicose com uma grande produção de insulina para tentar atender a demanda hiperglicemiante. Esse efeito durante a gestação fará com que muitas de suas células beta-pancreáticas acabem perdendo a capacidade de produzir insulina devido à sobrecarga (COUTINHO et al, 2010).

A DMG está relacionada a resultados adversos a curto e longo prazo, a mãe possui maiores riscos de desenvolver outras comorbidades como hipertensão induzida pela gravidez, alta taxa de parto cesáreo, risco elevado de recorrência da doença em gravidez futura e depressão pós-parto.(WANG et al, 2019). O bebê pode sofrer conseqüências como macrossomia, obesidade pediátrica, desenvolvimento de diabetes mais tarde na vida, malformações cardíacas, Policitemia, Hipoxemia e morte perinatal (MENEZES et al, 1999) (GILBERT et al, 2019).

O diabetes gestacional pode trazer conseqüências pouco desejadas para a mãe e riscos ao bebê, porém a grande maioria desses resultados pode ser evitado quando há cuidado em prevenir ou tratar de forma correta. Quando a criança se

encontra em um ambiente desfavorável no útero, no caso de uma exposição a elevados níveis de glicose intrauterina, há maior predisposição a serem obesas. Contudo, tais recém-nascidos terão menor possibilidade de desenvolver obesidade na hipótese de que sejam amamentados por mais de 6 meses (CRUME et al, 2012).

Dessa forma, observa-se uma grande quantificação de consequências do DMG que podem até resultar em morte fetal, sendo que sua maioria pode ser evitada caso haja uma atenção necessária. A conscientização não só das pacientes, mas também da população em geral, deverá reduzir o índice da doença e consequentemente, o número de morbidades para os respectivos filhos. A melhor forma fazê-la está direcionada para o uso de políticas públicas que possam levar conhecimento para a população, sobretudo a de classe socioeconômica mais baixa, em relação às morbidades que o diabetes gestacional pode causar ou está associado, para o binômio mãe/bebê.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Realizar pesquisa-ação em educação em saúde acerca do tema diabetes gestacional

2.2 Objetivos Específicos

- Obter a prevalência do diabetes gestacional entre os anos de 2014 a 2015 do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e quantificar a faixa etária das gestantes identificadas com a doença no período supracitado;
- Observar o grau de conhecimento das gestantes acerca da doença através da aplicação de questionário e levar informação para essa população de forma clara e coerente através de folheto informativo;
- Avaliar qualitativamente as opiniões dos profissionais de saúde em relação ao tema.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

A presente pesquisa enquadra-se como um estudo observacional de corte transversal, a partir do método quali-quantitativo por meio de um questionário

semiestruturado, preenchido sob a forma de entrevista, com uso de bloco de papel, prancheta para apoio e caneta. Ou identificação de respostas pré-determinadas de forma observacional quando tratava-se de investigação de prontuários.

A pesquisa qualitativa tem como objeto estudar o significado que os sujeitos dão aos fenômenos. Trabalhar qualitativamente implica entender os sentidos e as significações que uma pessoa atribui a situações em foco. Enquanto a pesquisa quantitativa busca explicar o comportamento das coisas, tendo fatos, vistos e descritos, como objeto de estudo (TURATO, 2005).

3.2 Local do estudo:

O estudo foi realizado no ISEA - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida localizado na Vila Nova da Rainha, 47 - Centro, Campina Grande - PB, 58400-220. A maternidade é reconhecida pela promoção da saúde e bem-estar da mulher, envolvendo mais de 183 municípios do estado da Paraíba e recebendo premiações da Câmara Federal (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2018).

3.3 Período do Estudo:

A pesquisa será desenvolvida no período de Junho de 2014 a Setembro de 2016. O início da coleta dos dados ocorreu após a aprovação do CEP/HUAC sob número 1.520.234.

3.4 População do Estudo:

A população consistiu nos profissionais da equipe multiprofissional de saúde alocada nos serviços do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida. Além dos prontuários do setor de arquivo e pacientes internadas no hospital supracitado durante o período da pesquisa.

3.5 Amostra:

Para realização de entrevista, a amostra foi definida por conveniência e fechamento amostral por saturação, contando com com 10 participantes profissionais escolhidos ao acaso de ambos setores de alto e baixo risco. À medida que os objetivos da pesquisa eram contemplados, as entrevistas com os profissionais eram suspensas. Estas foram realizadas nos meses de março e abril de 2016 nos setores de baixo risco e alto risco do hospital. Em relação às pacientes, o cálculo de determinação da amostra levou em consideração o número de

prontuários de gestantes internadas de junho de 2014 a junho de 2015. O quantitativo determinado para aplicação da entrevista apontou amostragem de 136 gestantes com 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e proporção de 10%, usando a seguinte fórmula: $n = \frac{o^2 p.q.N}{e^2 (N-1) + o^2 p.q}$ (MAROTTI, 2008). Realizado a partir dos dados de amostragem dos cadastros disponibilizados pelo hospital. Foram identificados todos os prontuários do período de junho de 2014 a junho de 2015, dos quais foram selecionados todos que tivessem o diagnóstico positivo para o diabetes gestacional nos setores de alto e baixo risco. A aplicação dos questionários foi realizada entre os períodos de março a junho de 2016 com as gestantes internadas no hospital.

3.6.1 Critérios de Inclusão

Estabelece-se como critérios de inclusão: Profissionais de ambos os sexos da equipe multiprofissional de saúde do ISEA, e gestantes internadas no hospital, de qualquer faixa etária que concordassem participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1), através de roteiro de questionário semi-estruturado. Os profissionais deveriam estar exercendo plenamente suas atividades profissionais durante o período da pesquisa.

Para os prontuários, os critérios de seleção para estudo foram: Serem prontuários de gestantes internadas entre junho de 2014 a junho de 2015 e apresentarem o diagnóstico confirmado para diabetes gestacional.

3.6.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: Profissionais de saúde que não faziam parte da equipe multiprofissional e não atuavam diretamente nos setores citados do ISEA, profissionais que se encontravam em licença médica; pacientes não gestantes ou não internadas no hospital. Para análise dos prontuários, foram descartados as fichas de gestantes internadas para realização de procedimentos que não envolviam partos naquele hospital. Bem como aqueles critérios que não se enquadrassem nos critérios de inclusão acima descritos.

3.7 Procedimentos para captação dos participantes

As entrevistas e aplicação de questionário foram realizadas pelos pesquisadores do estudo que entraram em contato com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde e pacientes em um turno semanal destinado à coleta de dados. Os prontuários analisados são reservados em sala exclusiva para arquivo, a qual o pesquisador teve acesso aos mesmos para contagem e seleção do setor de internação (Alto e baixo risco), sendo identificado diagnóstico de diabetes gestacional confirmado e idade da gestante diagnosticada. A coleta foi iniciada após a liberação da pesquisa pelo CEP – HUAC, sob número 1.520.234, e com anuência da coordenação do ISEA. Já em contato inicial com a população a ser pesquisada, houve apresentação do entrevistador e esclarecimento sobre a pesquisa, assim como a assinatura do TCLE (ANEXO 1). Como um dos objetivos da pesquisa, o processo de transmissão de informação para a população se deu após a entrevista por aplicação do questionário semi-estruturado (ANEXO 3). Após anotação das respostas dos entrevistados, a intervenção para educação em saúde deu-se através de uma conversa explicativa com utilização de um folheto informativo (ANEXO 4), o qual foi entregue ao participante, contendo o quadro geral da doença e seus males, e demais informações sobre o diabetes gestacional. Ao fim, foi aconselhado à gestante acompanhar seu pré-natal e sempre tirar dúvidas com seu médico.

3.8 Coleta de Dados

Com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa uma entrevista semi-estruturada (ANEXO 2) foi realizada individualmente com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde do ISEA. A entrevista tem como objetivo compreender em profundidade como estes profissionais de saúde compreendem sua atuação junto aos pacientes no contexto do diabetes gestacional. Assim, os profissionais da equipe multiprofissional de saúde foram convidados a compartilhar suas experiências e discutir sobre o assunto, pontuando a forma em que se insere a doença no panorama atual da saúde pública. A entrevista com os profissionais teve a seguinte pergunta disparadora: Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no contexto do diabetes gestacional? Seguida das seguintes perguntas norteadoras: 1. Qual sua opinião sobre a doença no contexto atual? 2. Como você entende o seu papel e o papel da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento das pacientes com diabetes gestacional? 3. O que você acha que poderia ser feito para minimizar o impacto da doença na saúde brasileira, sobretudo

saúde pública. A transcrição das entrevistas passaram por um processo de análise de conteúdo tendo como referencial teórico a literatura atual.

Para alcançar outro objetivo da pesquisa, foi realizada aplicação de questionário (ANEXO 3) com gestantes internadas no hospital e teve a seguinte pergunta disparadora: 1. O que você entende por diabetes gestacional? Seguida das seguintes perguntas: 2. Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento? 3. Como você enxerga o processo de tratamento da doença? Já participou de um trabalho e prevenção? As respostas passaram por um processo de quantificação através de padronização dos dados obtidos. O conteúdo obtido passou por um processo de quantificação de dados através de padronização de respostas.

3.9 Tratamento estatístico

3.9.1 Processamento dos dados:

Os participantes profissionais foram identificados por iniciais de modo a preservar o sigilo de sua participação. As transcrições foram realizadas de modo fidedigno, preservando as pontuações, pausas e falas dos voluntários. Nos questionários para gestantes não foi coletado identidade, tendo sido realizado uma quantificação dos dados obtidos a partir de uma padronização das respostas. Para obtenção da prevalência, foi buscado em prontuário a informação do diagnóstico de diabetes gestacional confirmado pela equipe médica e a faixa etária dessas gestantes diagnosticadas.

3.9.2 Análise dos dados:

Os dados qualitativos foram analisados indutivamente através da análise temática de conteúdo. Este é um método que tem grande aplicabilidade e extremamente importante na análise de dados das entrevistas individuais. A análise qualitativa de conteúdo conta com as seguintes fases após a transcrição do material coletado: a. *leitura flutuante* para compreensão global do conteúdo e início de familiarização com este; b. *seleção das unidades de análise* a qual será norteada pelos objetivos propostos pela pesquisa; c. *processo de categorização e sub-categorização* como forma de agregar temas que apresentem similaridades e possam transmitir significados e conhecimentos relativos à pesquisa (CAMPOS, 2004).

3.10 Aspectos Éticos:

O estudo em questão atende as normas e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC sob número 1.520.234. A coleta de dados foi iniciada após o parecer positivo deste e da liberação da coordenação do Hospital. Outros cuidados necessários para assegurar o sigilo dos participantes foram realizados, como por exemplo, a preservação de suas identidades.

Sobre os efeitos benéficos da pesquisa, pode-se apontar a colaboração para um melhor entendimento geral da doença pela população, sobretudo as grávidas, ressaltando a prevenção do diabetes gestacional, além disso, os profissionais tiveram oportunidade de argumentar sobre o tema, principalmente como intervir de forma mais eficaz para melhores resultados com as pacientes.

3.10.1 Consentimento Livre e Esclarecido:

Houve a apresentação aos participantes sobre os objetivos, procedimentos e possíveis desconfortos relacionados à pesquisa, assim como esclarecimentos de possíveis dúvidas. Em sequência, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1) – em duas vias, uma na posse do pesquisador e outra para a voluntária. O documento apresentou uma linguagem clara e acessível. Também foi comunicado ao voluntário que poderá desistir de sua participação em qualquer etapa da pesquisa.

3.11 Conflito de interesses:

Não há conflito de interesses e discussão dos dados, foi utilizado o referencial teórico da literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro do período de junho de 2014 a junho de 2015, foram contabilizados 6051 prontuários de pacientes atendidas no ISEA naquele período, dentre eles, 2254 classificados como “Alto risco” e 3797 como “Baixo risco”. Foram encontrados 114 diagnósticos de diabetes (Tipo 1, tipo 2 e gestacional), apenas 5 deles

pertencentes ao grupo de “Baixo risco”, enquanto 109 pertenciam ao grupo de “Alto risco”, observando ainda, 89 diagnósticos de diabetes gestacional, 88 em gestantes de alto risco e apenas 1 em uma paciente de baixo risco. Para fins informativos, 12 pacientes possuíam diabetes tipo 1 e 23 com diabetes tipo 2.

A prevalência identificada na análise de dados da atual pesquisa quanto a idade das gestantes variou entre 12 a 47 anos. Com isso, foi observado que 67,41% das pacientes diagnosticadas com a doença tinham idade igual ou acima de 30 anos. Dentre as 89 gestantes encontradas na coleta de dados que desenvolveram diabetes gestacional, 24 pertenciam a faixa de 20 a 29 anos de idade, 60 pertenciam 30 a 39 anos e por fim 5 gestantes pertenciam a faixa de 40 a 47 anos. A partir desses dados, constatou-se que a média de idade dessas gestantes com DMG foi de 33,33 anos, esse dado encontrou-se acima da média de idades observadas em literaturas nacionais e internacionais como no estudo de Santos et al. (2012), em Salvador-BA, encontrou a prevalência de 26 anos; Feig et al. (2012), em Ontário, Canadá, 30 anos; Lamberg et al. (2012), na Finlândia, 29,5 anos.

Segundo Guerra et al. (2018), a idade materna isoladamente já pode ser considerado fator de risco para o desenvolvimento da doença. Pinto, Silva (2009), relata que o avanço da idade materna pode favorecer o aparecimento de complicações como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. O aparecimento da doença durante a gravidez pode ser explicado por uma maior resistência à insulina na mãe, pois nessa fase gestacional, o desequilíbrio hormonal aumenta, além disso, associado ao avanço da idade, há um somatório nas características fisiológicas de desequilíbrios hormonais, podendo favorecer ainda mais o desenvolvimento do DMG (ABI-ABIB et al. 2014).

O índice de diagnóstico da doença chegou a 1,47% de todos os prontuários analisados. Devem-se levar em consideração os critérios usados pelos médicos quanto ao diagnóstico da doença, já que o diabetes gestacional pode ser confundido com uma hiperglicemia leve durante algum momento da gestação, sendo necessária a realização de repetidos testes para se firmar uma conclusão. Vale ressaltar que quando se observa a prevalência em relação ao número de grávidas de alto risco, essa porcentagem chega a 3,9%, denotando um número expressivo de pacientes diagnosticados com a doença, especialmente nessa classificação de risco.

Em alguns estudos brasileiros foram observados prevalências semelhantes entre si como nos estudos realizado por Oliveira et al. (2015), obtendo uma

prevalência de 6,5% no estado de Alagoas, Massucatti et al. (2012), realizou uma pesquisa em Vitória-ES, constatando um índice de 5,8% e Santos et al. (2012) com uma prevalência de 3,6% em Salvador-BA. Outros estudos recentes mostraram prevalências acima da média brasileira, como Zapeline et al. (2015) de 14,4% em uma região no Sul do país, levantando hipóteses de que a variante socioeconômica pode influenciar diretamente nesses achados.

Estudos internacionais mostraram variação em relação aos seus resultados, como nos estudos de Feig et al. (2014) 7,4% no Canadá; Deputy et al. (2018) 6,0% nos Estados Unidos e Macaulay et al. (2014), 13,9% na África do Sul e 1,8% na Nigéria, sendo notada grande divergência de valores quando são observadas regiões distantes entre si, além de evidenciarem-se características distintas entre pessoas desses diferentes lugares como o poder econômico, educacional e outros fatores sociais que podem causar variações na incidência da doença, citando ainda, a possibilidade de maior predisposição genética.

Com a contagem dos 6051 prontuários, foi realizado cálculo estatístico para composição de amostras de populações finitas (MAROTI et al. 2008), obtendo um resultado de 136 pacientes para aplicação de questionário. Quantitativamente foi observado que a média de idade predominante entre as gestantes foi de 26,36 anos, sendo a menor idade 15 anos e a maior de 45 anos, com maior prevalência, gestantes entre 21 e 25 anos de idade. A maioria das gestantes eram agricultoras (32%), domésticas (16%) e donas de casa (15%), em menor quantidade, profissões que requerem nível superior, apenas uma entrevistada trabalhava como professora.

O processo de transmissão de informação para as gestantes participantes da pesquisa foi recebido de forma positiva entre as participantes da pesquisa, sendo tiradas dúvidas e fornecendo subsídios para um melhor autocuidado durante a gestação. Ficou evidente que essa população de uma maneira geral está aberta a receber auxílio informativo e interessada em sua saúde e na do seu filho.

Para alcançar o objetivo principal da pesquisa, foi realizado um processo de transmissão de informações para as pacientes participantes após a aplicação de questionário para não comprometer dados. Esse processo se baseava em explicar o quadro geral da doença de forma clara e objetiva, citando as morbidades das doenças como as principais consequências para o binômio mãe/bebê e sempre ressaltando a importância de prevenir e seguir o tratamento corretamente. Como

suporte foi confeccionado uma cartilha informativa (ANEXO 4) para reforçar o conhecimento adquirido. Nela continha informações gerais sobre o DMG, além de sugestões para prevenir a instalação doença como a prática de exercícios físicos leves e alimentação balanceada.

Esse processo de transmissão de informação para alertar e prevenir a doença foi mais importante a partir do momento em que a maioria das gestantes apresentavam dúvidas acerca da doença, demonstrando interesse, e reagindo positivamente durante a explicação. E por fim, todas se mostraram sensibilizadas de alguma forma ao participar do projeto pela importância do autocuidado e poder construir um conhecimento acerca da doença.

Quanto a aplicação de questionário para as pacientes, as perguntas realizadas permitiram identificar que o nível de informação acerca do DMG nessa população foi muito baixo, pois a maioria não soube responder as perguntas adequadamente. O total de 74,26% da amostra não souberam responder à primeira pergunta, 21,79% e 25% das entrevistadas responderam às perguntas 2 e 3 respectivamente.

Com relação a primeira pergunta disparadora: “O que você entende por diabetes gestacional?” O total de 74,26% da amostra não soube responder a pergunta e as 25,73% restantes se dividiram entre respostas como alteração hormonal (1%), criança nasce com diabetes (1%), diabetes na gestação (9%), é perigoso (5%) e glicose alta/muito açúcar (9%) (Figura 1).



Figura 1: O que você entende por diabetes gestacional? Fonte: Própria

Na segunda pergunta: “*Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento?*”, 25% das entrevistadas responderam, sendo alimentação inadequada (10%), obesidade (2%), sedentarismo (1%), fator genético (1%), hipertensão (1%) e excesso de açúcar no sangue (10%) as respostas dadas. (Figura 2).

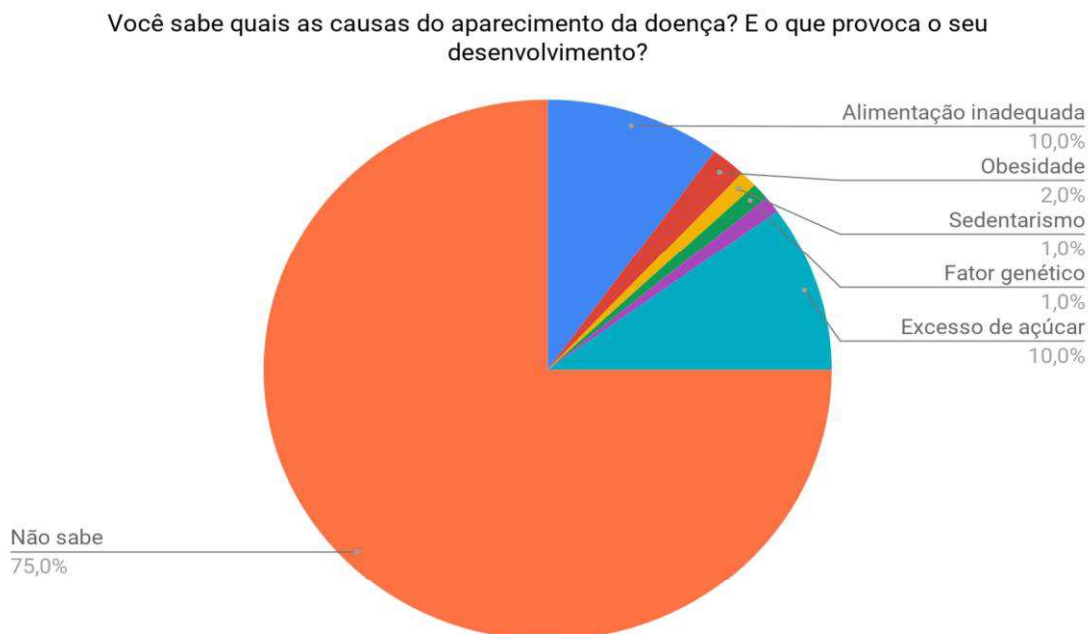


Figura 2: Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento? Fonte: Própria

Na terceira pergunta: “*Como você enxerga o processo de tratamento da doença? Já participou de um trabalho de prevenção?*”, 77,2% não souberam responder e 22,8% se dividiram entre respostas como atividade física (1%), boa alimentação (10%), controle do açúcar (3%), uso de comprimidos (2%) e uso de insulina (7%)(Figura 3). Apenas 5,14% das gestantes participaram de algum projeto de prevenção.

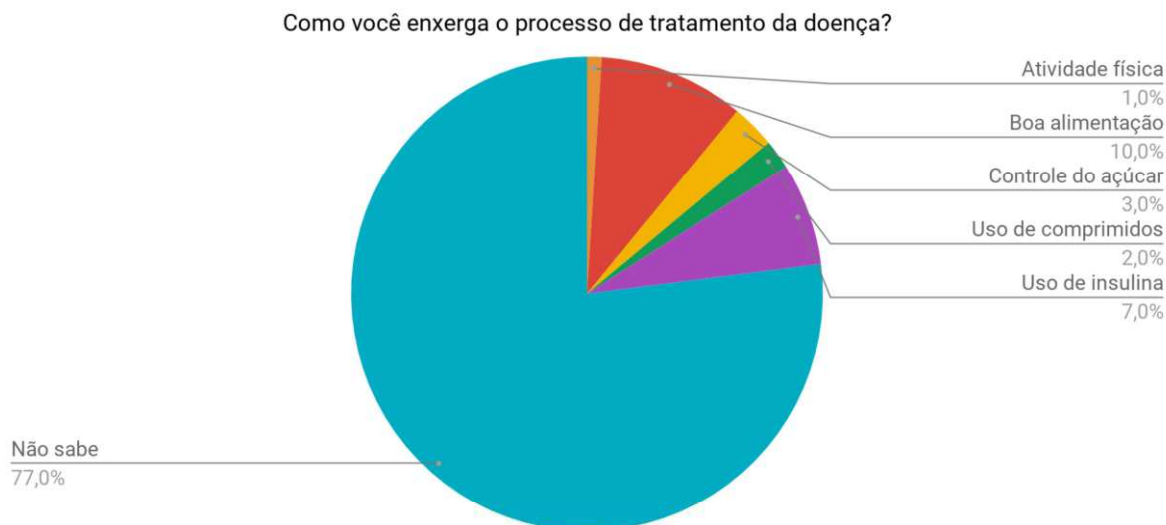


Figura 3: Como você enxerga o processo de tratamento da doença? Fonte: própria

Após a análise dos dados, foi observado que a falta de conhecimento é um grande percalço para a gestação. Pois mesmo as gestantes sendo acompanhadas por uma equipe multidisciplinar durante o seu pré-natal; promoção e prevenção da saúde nessa população não está efetiva. As mesmas relataram desconhecer trabalhos de prevenção acerca do assunto, tanto no hospital de internação quanto no nível de assistência básica.

Segundo Santos et al. (2012), há uma maior incidência do diabetes gestacional em maternidades das redes públicas de saúde, refletindo no aspecto socioeconômico dessas pacientes, mas que não se deve associar esse fator com o grau de escolaridade da população e sim com o grau de instrução/informação acerca de assuntos de saúde em geral, pois cabe aos profissionais de saúde orientarem seus pacientes.

Foi observado, também, quanto a incidência da doença, que as gestantes geralmente costumam procurar o serviço pré-natal no segundo trimestre da gravidez, tendo passado um período fundamental durante o desenvolvimento do feto, pois é justamente nesse período em que é possível prevenir uma diversidade de enfermidades, incluindo o diabetes gestacional (LESSA et al. 2006).

Gilbert et al. (2019), observou em seus estudos que há grande relevância da importância do apoio social e do autocuidado em relação a um estilo de vida saudável em mulheres com DMG. Dado que o bem-estar psicossocial, como apoio

social e autocuidados, está associado à atividade física e a escolhas alimentares saudáveis. Foi observado também por Wilkinson et al. (2019), que o envolvimento da gestão de serviço hospitalar aliado a uma secretaria local de saúde favorece a uma maior efetiva implementação de políticas em educação em saúde, incluindo o panorama do diabetes gestacional.

Tal perspectiva mostra que deve ser intensificado a orientação ao profissional de saúde para intervir e informar os pacientes de forma mais clara sobre as necessidades de cuidados quanto a DMG, assim como explicado por Oliveira, Graciliano (2015), os quais afirmam que a assistência pré-natal deve se organizar para prevenir alguns desses fatores, visando à redução da ocorrência de doenças como o DMG. Diante disso, é notório que a falta de conhecimento é decorrente da ausência de métodos preventivos desenvolvidos durante o pré-natal.

Assim, o processo de educação em saúde voltado para prevenção e tratamento da doença tornam-se pilares na diminuição do número de casos da doença. Em metanálises recentes como as realizadas por Martis et al. (2018) e Brown et al. (2017), evidenciaram que as intervenções no estilo de vida são a principal estratégia terapêutica e preventiva para mulheres com DMG. Isto inclui realização de exercícios físicos leves/moderados, alimentação saudável e assistência psicológica.

Nesta coleta de dados, a minoria das pacientes associou a doença a algum fator de risco para o desenvolvimento da doença, citando entre eles obesidade, sedentarismo e histórico familiar, 2%, 1% e 1% das respostas, respectivamente. A Sociedade Brasileira de Diabetes considera os três termos como fator de risco isolado para o desenvolvimento da doença. Além disso, sabe-se que aumento da idade materna (LAINE et al. 2017) e em gestantes com histórico de depressão e ansiedade possuem risco moderado de desenvolver diabetes gestacional (BEKA et al. 2018).

Para alcançar o último objetivo dessa pesquisa, foram realizadas entrevistas com a equipe multiprofissional do ISEA para obter a opinião desses profissionais em relação ao contexto atual do diabetes gestacional. Foram realizadas 10 entrevistas com trabalhadores de profissões distintas, sendo 7 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 1 médico residente.

Na primeira pergunta: *“Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no contexto do Diabetes Gestacional?”*, obtiveram-se

respostas homogêneas que convergiam no sentido de orientar o paciente, contando com realizar um pré-natal efetivo, conduzir o paciente e ter controle da glicemia. APBS, 34 anos, 12 anos de experiência, técnica em enfermagem cita que: *“Acho de extrema importância, pois através da minha profissão são feito os controles glicêmicos.”*

O engajamento da equipe multiprofissional em saúde é de fundamental importância para uma efetiva prevenção e tratamento. Segundo, Wilkinson et al. (2019), para resultados mais efetivos, deve-se dar prioridade a um processo de acompanhamento guiado, assistencial por toda equipe, ao invés de utilizar facilitadores como condutas médicas isoladas por médicos que as acompanham. O Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas obstétricas ao longo do pré-natal, sendo estas fundamentais para o diagnóstico efetivo da doença, sobretudo em sua primeira consulta pré-natal e entre a 24^a e 28^a semana em gestantes sem histórico de diabetes anterior a gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018)

Na segunda pergunta: *“Qual sua opinião sobre a doença no contexto atual?”*, observou-se respostas mais distintas que iam desde a importância do ISEA como ponto de referência em atender pacientes advindas do interior à questões de alimentação e hábitos de vida. Porém, todos abordaram o aumento do índice da doença e as consequências para mãe/bebê, como cita TAC, 32 anos, enfermeira: *“Teve um aumento por ser um hospital que atende toda a região e as cidades vizinhas”*; e OAO, 36 anos, Médico residente em ginecologia e obstetrícia: *“[...]com hábitos alimentares errados, aumento da obesidade, a doença ta elevada e mais frequente no alto risco”*.

Observa-se nas respostas coletadas a notoriedade no aumento de casos da doença, isso inclui diversos fatores que predispõe o desenvolvimento do diabetes gestacional na população estudada, como o perfil socioeconômico das gestantes e o nível de informação que interfere diretamente no fator prevenção (SANTOS et al. 2012). Além disso, muitas dessas gestantes procuram o serviço de pré-natal tardiamente, perdendo tempo fundamental no tratamento (LESSA et al. 2006).

Na terceira pergunta: *“Como você entende o seu papel da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento das pacientes com diabetes gestacional?”*, as respostas convergiam basicamente para um melhor cuidado ao paciente, orientação e acompanhamento para um bom pré-natal e a dependência

entre profissionais no processo da doença, como cita MHPA, 55 anos, enfermeira: “[...]entendo como muito positivo pra um bom resultado futuro evitando muitas sequelas, posso ajudar com minha assistência, explicar as coisas a ela.”

Por fim, na pergunta quatro: “O que você acha que poderia ser feito para minimizar o impacto da doença na saúde brasileira, sobretudo na saúde pública?”, Muitas respostas continham a assistência básica como uma saída efetiva para o controle e diminuição do índice do DMG e o papel da equipe de acompanhar o antes e depois do processo de gravidez. A orientação, mudanças de estilo de vida e a necessidade de melhoria na estrutura e na equipe de profissionais, fizeram parte de alguns feedbacks, como por exemplo: OAO, 36 anos, Médico residente: “Referenciar essa patologia precoce no pré-natal alto risco e acompanhamento junto com a endocrinologista. Mudança de estilo de vida[...]”; APBS, 34 anos, técnica em enfermagem: “Mudanças em todos os termos, melhor estrutura, profissionais, em tudo [...]”; TAC, 32 anos, enfermeira: “Acompanhamento no pré-natal, palestras educativas, prevenção a respeito da doença, orientando a uma alimentação saudável e os riscos que podem acontecer”.

Com a coleta de dados nas entrevistas feitas com os profissionais, notou-se que o profissional de saúde aparenta estar engajado no contexto atual da doença, sabendo ao menos o necessário para transmitir informação útil e benéfica para a paciente, além de ter capacidade de acompanhá-las antes, durante e depois do processo de gestação. Observa-se também que reconhecem falhas no processo do cuidado que poderiam ser revistas e melhoradas, como um maior auxílio durante o pré-natal e maior atenção a essas pacientes.

CONCLUSÃO

O processo de transmissão de informação para as gestantes participantes da pesquisa foi recebido de forma positiva entre as participantes da pesquisa, sendo sanado as dúvidas e fornecendo subsídios para um melhor autocuidado durante a gestação. Fica assim evidente que essa população de uma maneira geral está aberta a receber auxílio informativo e interessada em sua saúde e na do seu filho.

A prevalência do DMG no ano de 2014 a 2015 foi de 1,47% em relação a população internada no ISEA, com média da idade 33,33 anos ao diagnosticar a doença, sendo a maioria com faixa etária entre 30 a 39 anos.

Após a quantificação das respostas dos questionários, apenas 25% das mulheres, uma pequena parcela das pacientes, souberam responder as perguntas mostrando-se informadas do assunto, e uma minoria ainda menor que não tinha dimensão possíveis morbidades para si e para o bebê. Portanto, foi observado que a falta de conhecimento é um grande percalço para a gestação nessas pacientes, sendo de fundamental importância que continuem sendo desenvolvidos trabalhos de prevenção acerca do assunto, principalmente com estímulo da conscientização pelos trabalhadores em saúde.

As informações obtidas com as entrevistas da equipe multiprofissional de saúde do hospital possibilitaram observar que o profissional encontra-se preparado para, ao menos auxiliar a gestante no processo da doença, tendo conhecimento de como conduzir antes e após a gestação. Assim como mostraram-se preocupados com os altos índices da doença ressaltando a necessidade de uma melhor atenção à paciente.

Dessa forma, fica claro que a incidência e evolução do diabetes gestacional depende em partes do nível de informação das pacientes, uma vez que ela entenda o quadro geral da doença e como prevenir/tratar poderá seguir de forma correta e consciente as orientações médicas, além de evitar fatores que possam predispor a doença. Nota-se também que esse processo de informação deve ser contínuo, visto que há grande rotatividade de pacientes não só no hospital em que foi realizada a pesquisa, mas como em qualquer outro local. Portanto, deve-se estimular a produção de mais projetos voltados ao contexto do diabetes gestacional no que se remete a esse processo de informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABI-ABIB, R. C; CABIZUCA, C. A; CARNEIRO, J. R. I; BRAGA, F. O; COBAS, R. A; GOMES, M. B; JESUS, G. R; MIRANDA, F. R. D. Diabetes na gestação, *Revista HUPE*, vol. 13, n. 3, p. 40-47, 2014.

BEKA, Q; BOWKER, S. L; SAVU, A; KINGSTON, D; JOHNSON, J. A; KAUL, P. History of mood or anxiety disorders and risk of gestational diabetes mellitus in a population-based cohort. *Diabetic medicine: A journal of the british Diabetic Association*, v. 35, n. 1, p. 147-151, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ed. p.302, 2012.

BROWN, J; ALWAN, N.A; WEST, J; BROWN, S; MCKINLAY, C. J. D; FARRAR, D; CROWTER, C. A. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, n.5.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem [periódico online]*. Brasília, Vol. 57, n.5, p. 611-614, Set/Out 2014.

COUTINHO, T; COUTINHO, C. M.; DUARTE A. M. B. R.; ZUMMERMMANN, J. B.; COUTINHO, L. M. Diabetes gestacional: Como tratar? *FEMINA*, Rio de Janeiro, Vol. 38, Nº 10, Out 2010.

CRUME, T. L.; OGDEN, L. G.; MAYER-DAVIS, E. J.; HAMMAN, R. F.; NORRIS, J. M.; BISCHOFF, K. J.; MCDUFFIE, R.; DABELEA, D. The impact of neonatal breast-feeding on growth trajectories of youth exposed and unexposed to diabetes in utero: the EPOCH Study. *International Journal of Obesity*. Londres, Vol. 36, p. 529-534, Abr 2012.

CUNHA, M. V; PICULO, F; MARINI, G; DAMASCENO, D. C; CALDERON I. M. P; BARBOSA, A. P. Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, Vol. 57, n. 7, p. 497-508, Out 2013.

DEPUTY, N. P; KIM, S. Y; CONREY, E. J; BULLARD, K. M. Prevalence and Changes in Preexisting Diabetes and Gestational Diabetes Among Women Who Had a Live Birth — United States, 2012–2016. *Centers for Disease Control and Prevention*, v. 67, n. 43, p. 1201-1207, 2018.

FEIG, D. S; HWEE, J; SHAH, B. R; BOOTH, G. L; BIERMAN, A. S; LIPSCOMBE, L. L. Trends in Incidence of Diabetes in Pregnancy and Serious Perinatal Outcomes: A Large, PopulationBased Study in Ontario, Canada, 1996–2010. *Diabetes Care*, v. 37, p. 1590-1596, Canadá, Jun 2014.

FRANKEL, J.R; WALLEN, N.E. *How to design and evaluate research in education*. 8 Ed. Nova iorque. McGraw-Hill Education, 2011.

GILBERT, L; GROSS, J; LANZI, S; QUANSAH, D. Y; PUDER, J; HORSCH, A. How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with gestational

diabetes mellitus: an integrative review. *BioMed Central pregnancy and childbirth*, V. 19, n. 1, p. 60, 2019.

GUERRA, J. V. V; ALVES, V. H; RODRIGUES, D. P; BRANCO, M. B. L. R; MARCHIORI, G. R. S; DOS SANTOS, M. V. Diabetes gestacional e estado nutricional materno em um hospital universitário de Niterói. *Journal of nursing and health*, v. 8, n. 1, 2018.

LAINÉ, M. K; KAUTIAINEN, H; GISSLER, M; RAINA, M; AAHOS, I; JARVINEN, K; PENNANEN, P; ERICKSSON, J. G. Gestational diabetes in primiparous women-impact of age and adiposity: a register-based cohort study. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, v. 97, n. 2, p. 187-194, 2018.

LAMBERG, S; RAITANEN, J; RISSANEN, P; LUOTO, R. TURATO, E. R. Prevalence and regional differences of gestational diabetes mellitus and oral glucose tolerance tests in Finland. *European Journal of Public Health*, Finlândia, v. 22, n. 2, p. 278-280, 2010.

LESSA, I; MAGALHÃES, L; ARAÚJO, M. J; ALMEIDA FILHO, N; AQUINO, E; OLIVEIRA M. M. C. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 6, p. 747-756, 2006.

MAROTTI, J; GALHARDO A. P. M; FURUYAMA R. J; PIGOZZO, M. N; CAMPOS, T. N; LAGANÁ, D. C. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. São Paulo, Vol. 20, n. 2, p. 186-194, Mai/Ago 2008.

MARTIS, R; CROWTER, C.A; SHEPERD, E; ALSWEILER, J; DOWNIE, M.R; BROWN, J. Treatments for women with gestational diabetes mellitus: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, n. 8.

MASSUCATTI, L. A; PEREIRA, R. A; MAIOLI, T. U. Prevalência de diabetes gestacional em unidade de saúde básica. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v.1, n. 1, 2012.

MENEZES, J. A.; DINIZ, E. M. A.; SIMÕES, A.; VAZ, F. A. C. Morbidade neonatal em recém-nascidos de mães com diabetes gestacional. *Pediatria*, São Paulo, Vol. 21, n. 1, p. 6-30, Mar 1999.

OLIVEIRA, A.C.M.; GRACILIANO, N.G. Hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus in a public maternity hospital of a Northeastern Brazilian

capital, 2013: Prevalence and associated factors. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.24, n.3, p.441-451, 2015.

OZGU-ERDINIC, A. S; SERT, U. Y; BUYUK, G. N; ERGIN-USTUN, Y. Prevalence of gestational diabetes mellitus and results of the screening tests at a tertiary referral center: A cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, V. 13, n. 1, p. 74-77, 2019.

PINTO E SILVA, J. L. C; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 31, n. 7, p. 321-325, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016, p 69-73, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018.

TANAKA, K; YAMADA, K; MATSHISHIMA, M; IZAWA, T; FURUKAWA, S; KOBAYASHI, Y; IWASHITA, M. Increased maternal insulin resistance promotes placental growth and decreases placental efficiency in pregnancies with obesity and gestational diabetes mellitus. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, v. 44, n. 1, p. 74-80, 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun 2005.

VALLADARES, C. G; KOMKA, S. B. Prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional em gestantes de um Centro de Saúde de Brasília-DF, *Revista Comunicação em ciência e saúde*, vol. 19, n.1, p. 11-17, 2008.

WANG, Y.Y; LIU, Y; LI, C; LIN, J; LIU, X. M; SHENG, J. Z; HUANG, H. F. Frequency and risk factors for recurrent gestational diabetes mellitus in primiparous women: a case control study. *BioMed Central endocrine disorders*, V. 19, n. 1, p.22, 2019.

WILKINSON, S. A; O'BRIEN, M; MCCRAY, S; HARVEY, D. Implementing a best-practice model of gestational diabetes mellitus care in dietetics: a qualitative study. *BioMed Central health services research*, v. 14, n. 19, p. 122, 2019.

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Título da pesquisa: Morbidades fetais e neonatais devido ao diabetes gestacional: Informação e prevenção.

Pesquisador responsável: Ana Janaina Jeanine M. de Lemos

Contato: (083) 9660-9472; (081) 9661-1241 / jronaldomariano@gmail.com

Comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Endereço: O CEP-HUAC está situado na Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande – PB. Telefone.: (83) 21015545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br **Contato: (83) 2101 - 5545**

Nome do Voluntário: _____

Idade: _____ anos **RG:** _____

O Sr(a). está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “Morbidades fetais e neonatais devido ao diabetes gestacional: Informação e prevenção.”, de responsabilidade da pesquisadora Ana Janaina Jeanine M. de Lemos. Em qualquer momento, o Sr(a). poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo através dos telefones de contato presentes neste termo. Também poderá optar por desistir da participação a qualquer tempo. Será dada uma cópia deste consentimento para seu registro.

A pesquisa irá contribuir para a produção de conhecimento científico na área de pediatria e ginecologia/obstetrícia e suscitará reflexões para a melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes por profissionais de equipe multiprofissional de saúde. O estudo objetiva reunir conhecimentos atuais sobre morbidades neonatais e fetais devido ao diabetes gestacional e repassar essa informação a população e aos profissionais visando a prevenção. Para isso, o Sr(a). participará de uma entrevista semi-estruturada que será gravada e a Sra. participará de preenchimento de questionário com identidade anônima

Sua identidade e sigilo serão preservados, assim como será garantido a confidencialidade das informações geradas no estudo. Essa participação será voluntária, ou seja, sem receber auxílio financeiro de qualquer espécie.

O método de pesquisa não oferece nenhum risco à sua saúde física, emocional ou moral. No entanto, a pesquisa pode trazer riscos mínimos de constrangimento, caso haja algum desconforto, será indicado um serviço ao qual a participante poderá buscar se sentir necessidade. A entrevista será gravada para fins exclusivos de registro da atual pesquisa e o material será arquivado de modo sigiloso. Os dados coletados serão destruídos futuramente. Se o(a) Sr(a). tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa descrito acima.

Campina Grande, ____ / ____ /20 ____.

Assinatura ou impressão digital do voluntário: _____

Nome completo do voluntário: _____

Testemunha

Testemunha

Ana Janaina Jeanine M. de Lemos - Pesquisador Responsável RG:6.305.228

ANEXO 2**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA****(Profissionais)****I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.**

1. Nome:

2. Data de Nascimento: ___/___/___ 3. Idade: ___ anos

4. Profissão:

() Médico () Fisioterapeuta () Terapeuta Ocupacional () Psicólogo
() Enfermeira

5. Estado civil

() Solteiro () Casado () Viúvo

6. Religião: _____

7. Área de trabalho: _____

8. Tempo de atuação na área: _____

II – PERGUNTAS DISPARADORAS E NORTEADORAS**2.1. – Pergunta disparadora**

Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no contexto do diabetes gestacional?

2.2. – Perguntas norteadoras

1. Qual sua opinião sobre a doença no contexto atual?

2. Como você entende o seu papel e o papel da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento das pacientes com diabetes gestacional?

3. O que você acha que poderia ser feito para minimizar o impacto da doença na saúde brasileira, sobretudo saúde pública?

ANEXO 3
QUESTIONÁRIO
(Pacientes)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.

1. Idade: _____ anos

2. Profissão: _____

PERGUNTA 1:

O que você entende por diabetes gestacional?

PERGUNTA 2:

Você sabe quais as causas do aparecimento da doença? E o que provoca o seu desenvolvimento?

PERGUNTA 3:

Como você enxerga o processo de tratamento da doença? Já participou de um trabalho e prevenção?


ANEXO 4 – FOLHETO INFORMATIVO



Diabetes Gestacional



“Cuide bem de você, seu bebê agradece.”



Porque é tão importante prevenir o Diabetes Gestacional?

No Brasil surgem cerca de 200 mil casos de diabetes gestacional por ano², em sua grande maioria, o bebê sofre durante esse processo. A doença pode causar prejuízos a longo prazo se não tratada, basta sua prevenção para além de salvar, dar qualidade de vida tanto para mãe, quanto para o bebê.

Para mais informações, consulte seu médico.

diabetes gestacional: Informação e prevenção.

Pesquisadora responsável: Ana Janaina Jeanine Martins de Lemos
 Contato: janainajeainine@yahoo.com.br

Referências:
 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: Tipos de diabetes. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/diabetes/Tipos-de-diabetes>. Acesso em 23/09/2015.
 CUNHA, M. V.; TEIXEIRA, F.; WARDINI, G.; DAMASCENO, D. C.; CALDERONI, I. M. P.; BARBOSA, A. P. Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperlipidemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. *Arq Bras Endocrinol Metab.* São Paulo, v. 57, n. 7, p. 497-508, Oct.

O que é Diabetes Gestacional?

O diabetes gestacional é uma condição temporária que acomete o corpo da mãe, e caracteriza-se pela elevação dos níveis de açúcar no sangue. Caso não seja tratada, pode trazer riscos ao bebê durante a gestação.

Qual é a causa?

Durante a gravidez, o corpo materno passa por uma série de mudanças hormonais, e isso pode atrapalhar as funções do organismo, como a do controle do açúcar no sangue. Com isso, um aumento na quantidade de açúcar no sangue induz uma série de mudanças no organismo do bebê, o que pode trazer consequências irreparáveis. Toda e qualquer mulher pode desenvolver a doença, mas as mulheres com obesidade, histórico de diabetes, sedentarismo e má alimentação possuem maiores riscos de favorecer a doença.¹

Consequências para o bebê:

- Crescimento exagerado durante a gestação (bebê grande demais ao nascer);
- Problemas durante ou após o parto;
- Desequilíbrio de algumas funções do corpo;
- Possibilidades de problemas cardíacos, obesidade na infância e desenvolvimento de diabetes.

Como prevenir? Algumas sugestões:

- Consulte seu médico (a);
- Faça o pré-natal;
- Tenha uma alimentação balanceada (Inclua frutas, verduras e legumes na sua dieta);
- Pratique exercícios físicos leves;
- Amamente seu bebê;
- Perca o peso em excesso.