UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DE MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL SOBRE O CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL EM DIABETES

Raphaela Corrêa Monteiro Machado

Rio de Janeiro
2014

UNIVERSIDADE DO BRASIL UFRJ

INJC

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DE MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL SOBRE O CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL EM DIABETES

Raphaela Corrêa Monteiro Machado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Nutrição (PPGN), do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Nutrição Humana.

Orientadoras: Prof[a.] Dr[a.] Marta Maria Antonieta de Souza Santos
Prof[a.] Dr[a.] Mirian Ribeiro Baião

Rio de Janeiro
Dezembro, 2014

Machado, Raphaela Corrêa Monteiro
Sentidos e significados de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre o cuidado nutricional pré-natal em diabetes./Raphaela Corrêa Monteiro Machado . – Rio de Janeiro : UFRJ/INJC, 2014.
xix, 122 f. : il. ; 31 cm.
Orientadores: Marta Maria Antonieta de Souza Santos e Mirian Ribeiro Baião
Tese (Dissertação) -- UFRJ, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Nutrição, Rio de Janeiro, 2014.
Referências bibliográficas: f. 79-85.
1. Nutrição Pré Natal. 2. Assistência Perinatal. 3. Diabetes Nutricional – psicologia. 4. Diabetes Mellitus – psicologia. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Nutrição - Tese. I. Santos, Marta Maria Antonieta de Souza. II. Baião, Mirian Ribeiro. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, CCS, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós-graduação em Nutrição. IV. Título.

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DE MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL SOBRE O CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL EM DIABETES

Raphaela Corrêa Monteiro Machado

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de mestre em Nutrição Humana.

Examinada por:

_____

Prof[a]. Dr[a]. Marta Maria Antonieta de Souza Santos, D.Sc. (Presidente)
Doutora em Ciências Nutricionais, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil.
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

_____

Prof[a]. Dr[a]. Laura Johanson da Silva, D.Sc.
Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), Brasil.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

_____

Prof[a]. Dr[a]. Gilza Sandre Pereira, D.Sc.
Doutora em Anthropologie Sociale et Historique, Université de Toulouse II Le Mirail, França.
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

_____

Prof[a]. Dr[a]. Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho, D.Sc.
Doutora em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil.
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

DEZEMBRO, 2014

Dedico inteiramente a (o)...

Meu marido Claudio, encontro na adolescência, sentido de Amor

Minha mãe Lúcia Regina, minha origem, sentido de Intercessão
Meu pai Levi, minha origem, sentido de Fé
Meu irmão Rodrigo, amigo de todas as horas, sentido de Vitória

Minha avó Rosália, nossa matriarca, sentido de Fortaleza

Minha sogra Nazy, sentido de Coragem
Meu cunhado Alexandre, sentido de Viver o Hoje
Minha cunhada Rafaela, sentido de Luz

Minhas primas Karen, Karla e Kelly, irmãs de coração, sentido de União
Afilhados Thalita, Henrique, Yuri e Marcele, crianças para sempre, sentido de Esperança
Clea, família escolhida, sentido de Carinho
Minha família, sentido de Encorajamento
Meus amigos, de longe e de perto, sentido de Comunhão Fraterna

In memorian

Meu avô Corrêa, sentido de Honestidade
Minha tia Sônia, sentido de Sabedoria
Meu avô Arlindo e minha avó Celina, sentido de Cumplicidade
Meu sogro Antônio, sentido de Paciência
Minha tia Neli, sentido de Alegria
Nossa mascote Nina, sentido de Saudade

Minha gratidão

A Deus, o verdadeiro sentido da minha vida;

Às gestantes e seus bebês, que generosamente aceitaram dividir as suas histórias comigo;

Às minhas orientadoras, Marta dos Santos e Mirian Baião, responsáveis pela construção conjunta deste trabalho, com competência, dedicação e paciência nas horas de dificuldades. Estão guardados em minha memória e coração, momentos de carinho, de descontração e todas as boas conversas em aula e após as mesmas;

À Cláudia Saunders, nossa mãe científica do GPSMI, que acredita na gente, minha inspiração em Nutrição Materno-Infantil, devo a ela, os meus primeiros passos em pesquisa;

À Família GPSMI, em especial:

Helaine Lima, Larissa Mello e Letícia Barbosa, amigas com quem dividi o trabalho de campo;

Beatriz Líbera, inspiração para aceitar o desafio da pesquisa qualitativa;

Tereza Bessa, companheira de classe e parceira nas disciplinas;

Patrícia Padilha, amiga-professora que incentiva e celebra o nosso crescimento;

À Equipe de Nutricionistas da ME-UFRJ, pelo apoio e parceria, Alexandra Gonçalves, Bruna Albuquerque, Carolina Maia, Cristiane Oliveira, Larissa Mello, Neuza Sampaio, Sanmira Fagherazzi, Tereza Bessa e Vânia Trinta;

À Equipe do Pré-natal da ME-UFRJ, em especial a Enfermeira Grasiela Barros, referência no Ambulatório de Diabetes, a quem felizmente reencontrei anos depois do meu primeiro trabalho como Nutricionista, foi fundamental no trabalho de campo;

À Equipe do Alojamento Conjunto e da UTIN, em especial a Psicóloga Luciana Monteiro, a Enfermeira Lúcia Rosa, a Enfermeira Eliane Cristina Adegas e a Técnica de Enfermagem Veronica Miranda, com quem tenho grande satisfação de trabalhar;

À Equipe do Posto Municipal de Saúde Alayde Cunha - Duque de Caxias, em especial o Sr. José Luis da Silva, quem me ajudou a conciliar os horários de trabalho às atividades do mestrado;

À Laura Johanson, a quem tive a honra de trabalhar na ME-UFRJ, hoje Professora de Enfermagem da UNIRIO, me acompanhou ao longo dos dois anos do mestrado, desde a primeira apresentação do projeto, na qualificação e na defesa, com contribuições valiosas e amizade sincera, fundamentais para a conclusão desta dissertação;

À Equipe de Bibliotecárias da ME-UFRJ, em especial a Janaina Motta, quem me ajudou na busca bibliográfica e formatação da dissertação;

Às Professoras membros da banca examinadora, Laura Johanson, Gilza Sandre Pereira e Maria Cláudia Carvalho, pelo aceite do convite e por dividir seus conhecimentos com vistas à qualidade deste trabalho;

Às Professoras membros suplentes da banca examinadora, Elisabete Paz e Elisa Lacerda, pelo aceite do convite e disponibilidade em dividir seus conhecimentos com vistas à qualidade deste trabalho;

Ao Dr. Luiz Maurício Otero e a psicóloga Fernanda Murad, por cuidarem da minha saúde quando mais precisei.

Saber Viver

"Não sei...
Se a vida é curta ou longa demais para nós,
Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que acaricia,
desejo que sacia,
amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo:
é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela
não seja nem curta, nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura...
enquanto durar..."

Cora Coralina

APRESENTAÇÃO

Recordar a trajetória até o mestrado e a construção do objeto de estudo tratado na presente dissertação, significa remeter-se ao momento da escolha da Nutrição Materno Infantil como área de interesse para prática e aperfeiçoamento profissional. O aprendizado permanente enquanto nutricionista, desde 1998 até os dias atuais, sedimentou esta identificação. A possibilidade de intervir desde o início da vida, com impacto sob a saúde futura, por meio do cuidado nutricional à mulher em idade reprodutiva, à gestante, à nutriz, ao recém-nascido, ao lactente, à criança em idade pré-escolar e escolar e ao adolescente, já representa uma justificativa consistente para tal predileção.

A aprovação em concurso público para a Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2004 e o trabalho assumido desde então na Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ), representou grande conquista e motivo de realização profissional. Somado a este fato, a oportunidade de ingressar no Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI) coordenado pela Prof[a]. Dr[a]. Cláudia Saunders, vinculada ao Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC) da UFRJ, viabilizou o início de minha formação enquanto nutricionista pesquisadora. Integrar-se ao grupo possibilitou aprender a buscar o saber científico, analisar criticamente as informações, avaliar sua aplicabilidade em benefício da mulher e da criança, partilhar conhecimentos com os pares, familiarizar-se com trabalho de campo e questões éticas envolvidas, comprometer-se com registros adequados de dados e, acima de tudo, modificar o olhar na atenção à saúde, ou seja, servir-se da Ciência para aprimorar o cuidado.

Com base nessas premissas, o GPSMI que ao longo dos anos, vem desenvolvendo pesquisas voltadas para a melhora na qualidade da atenção nutricional perinatal, implantou em abril de 2011 o projeto intitulado “Contribuições teórico-práticas para a assistência pré-natal de gestantes diabéticas”. Os pesquisadores estiveram envolvidos em todas as etapas do projeto, sendo que alguns mais dedicados a etapas específicas, como a terceira e última, pautada na abordagem qualitativa e apresentada nesta dissertação (Contribuições Teórico-Práticas para a Assistência Pré-natal de Gestantes Diabéticas, SIGMA/UFRJ 19353, julho/10). O motivo principal que despertou o interesse e me impulsionou aceitar o desafio de desenvolver um trabalho baseado na metodologia qualitativa, foi a observação empírica realizada intuitivamente ao longo da prática profissional, que apontava particularidades nos

encontros terapêuticos, muitas delas não previstas em protocolos e não quantificáveis, porém fundamentais de serem compreendidas para um cuidado eficaz.

O período de 2011-2012, particularmente, representou o estágio probatório para o mestrado, sendo iniciada a revisão bibliográfica, recorte do objeto de estudo e o reconhecimento do campo. A participação no Curso de Alimentação e Cultura oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), no período de agosto a dezembro de 2011, possibilitou pela primeira vez, o contato com o Método de Pesquisa Qualitativa, passo primordial para elaboração do estudo. A inserção no campo para coleta de dados se deu em dezembro de 2011, após esta preparação inicial e perdurou até 2014.

O objeto de estudo consiste nos sentidos e significados de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre o cuidado nutricional pré-natal em diabetes, implantado em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Buscou-se como referencial teórico os sentidos e significados da gestação, seja ela acometida ou não pelo diabetes, do próprio processo de adoecimento na gestação, assim como, a dimensão biomédica e simbólica do diabetes *mellitus* e do cuidado nutricional especializado. Como referenciais técnicos para construção de dados, foram adotados a observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Os referenciais analíticos aplicados foram a Hermenêutica de Profundidade (HP) proposta por *John B. Thompson* (2011) e uma adaptação da Análise de Conteúdo (AC) proposta por *Bardin* (2003), em sua modalidade temática.

O processo seletivo para o mestrado ocorreu em outubro de 2012 e o curso foi iniciado em março de 2013. As disciplinas oferecidas pelo Programa de Pós-graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro (PPGN-INJC) contribuíram no processo de elaboração da dissertação, concomitante ao acompanhamento das minhas orientadoras Prof^{a}. Dr^{a}. Marta Santos e Prof^{a}. Dr^{a}. Mirian Baião. Ao longo de 2013, foi construída a versão preliminar da introdução, objeto, questões de estudo, objetivos e metodologia, enquanto também eram transcritas e analisadas as entrevistas. Em 13 de março de 2014, foi cumprida a qualificação do projeto, sendo sugeridas contribuições para o trabalho por banca examinadora. Optou-se pela dissertação sob a forma de manuscritos, elaborados entre março e outubro de 2014. O textual do trabalho foi dividido em introdução, referencial teórico, justificativa, objeto de estudo, questões de estudo, objetivos geral e específicos, métodos, resultados e

discussão, contemplando a análise sócio-histórica e dois manuscritos, e por fim, as considerações finais.

Em resumo, o mestrado trouxe frescor às ideias e ao físico também, o ambiente acadêmico é inspirador, ainda que o nosso tempo seja repartido com outras atribuições e haja o anseio em cumprir as exigências em tempo hábil, voltar a ser estudante, formalmente, em prol de uma prática profissional mais qualificada e humanizada foi renovador.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ADA	*American Diabetes Association*
AIG	Adequado para idade gestacional
AMG	Automonitorização glicêmica
ATPP	Ameaça de Trabalho de Parto Prematuro
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes *Mellitus*
DM 1	Diabetes *Mellitus* tipo 1
DM 2	Diabetes *Mellitus* tipo 2
DMG	Diabetes *Mellitus* Gestacional
DMP	Diabetes *Mellitus* Prévio
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
GIG	Grande para idade gestacional
GJ	Glicemia de jejum
GPSMI	Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil
HAPO	*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome*
IADPSG	*International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups*
IMCPG	Índice de Massa Corporal Pré-gestacional
INJC	Instituto de Nutrição Josué de Castro
IOM	*Institute of Medicine*
ITU	Infecção do Trato Urinário
HP	Hermenêutica de Profundidade
MCC	Método de Contagem de Carboidrato
ME-UFRJ	Maternidade Escola da UFRJ
MT	Método Tradicional
PIG	Pequeno para idade gestacional
PPGN	Programa de Pós-graduação em Nutrição

PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SHG	Síndromes Hipertensivas Gestacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	*World Health Organization*

Resumo da dissertação apresentada ao PPGN/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de mestre em Nutrição Humana.

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DE MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL SOBRE O CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL EM DIABETES

Raphaela Corrêa Monteiro Machado

Dezembro/2014

Orientadoras:
Prof[a.] Dr[a.] Marta Maria Antonieta de Souza Santos
Prof[a.] Dr[a.] Mirian Ribeiro Baião

RESUMO

A presente dissertação pautada na abordagem qualitativa constitui um estudo do tipo descritivo e representa a 3[a] etapa do projeto intitulado "Contribuições teórico-práticas para a assistência pré-natal de gestantes diabéticas", que foi desenvolvido no período de 2011-2014 pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Materna Infantil, vinculado ao Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O estudo aborda questões socioculturais no campo da saúde, destacando caminhos para estudar a concepção e práticas acerca do cuidado nutricional destinado a mulheres gestantes com diagnóstico de diabetes, assistidas em uma maternidade pública federal no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. O interesse sobre o tema partiu da convivência da pesquisadora com essas mulheres ao constatar as implicações da dimensão simbólica do cuidado nutricional a elas destinado. Participaram 17 puérperas adultas e com diagnóstico de diabetes prévio ou gestacional. A observação participante e entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas para a construção dos dados empíricos. Os referenciais analíticos adotados foram a Hermenêutica de Profundidade (HP) proposta por *John B. Thompson* (2011) e uma adaptação da Análise de Conteúdo (AC) proposta por *Bardin* (2008), em sua modalidade temática. Os resultados foram apresentados em dois manuscritos, cujos títulos incluem: "A gestante e o processo de viver com diabetes *mellitus*" e "A dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes", cada artigo respondendo a um objetivo específico do estudo. Os principais resultados evidenciaram o diabetes na gestação como um

evento marcante para as mulheres, considerando principalmente as possíveis complicações à saúde do bebê e as restrições alimentares impostas, sendo o diabetes reconhecido como *doença da disciplina*. A condição de *refém do diabetes* foi reformulada pela gestante a partir do acesso e compreensão do cuidado. O cuidado nutricional baseado no Método Tradicional ou Método de Contagem de Carboidrato foi compreendido como uma oportunidade de reeducação alimentar, porém, algumas gestantes defenderam o seu direito de *comer à vontade*. O emagrecimento foi considerado por algumas gestantes como desejável, ainda que contrariasse o aconselhado pelos nutricionistas. As gestantes adotaram basicamente o plano alimentar padrão, utilizando pouco da lista de substituição de alimentos. Referiram eventuais transgressões alimentares, consentidas em pequenas porções. Desenvolveram habilidade para leitura de rótulos em embalagens de alimentos favorecendo escolhas alimentares conscientes. O açúcar representou uma interdição, inclusive para gestantes acompanhadas pelo MCC. Alimentos contendo sacarose foram compreendidos como menos nocivos à saúde, quando comparados ao açúcar de adição. O termo adesão *flutuante* ao cuidado nutricional retrata a vivência da mulher ao longo da gestação, fruto de mudanças cotidianas, mesmo na vigência de um bom acompanhamento nutricional e interesse por parte da gestante. Concluiu-se que a vivência do diabetes na gestação e do cuidado nutricional pré-natal é única para cada mulher e apresenta múltiplos sentidos capazes de influenciar o desfecho da gestação. O nutricionista deve, então, buscar compreender a dimensão simbólica dessa condição, a fim de individualizar o cuidado e interagir com a mulher-gestante de forma holística enxergando-a para além de sua condição clínica.

Palavras-chave: CUIDADO PRÉ-NATAL. ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ. DIABETES *MELLITUS*. PESQUISA QUALITATIVA.

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DE MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL SOBRE O CUIDADO NUTRICIONAL PRÉ-NATAL EM DIABETES

Raphaela Corrêa Monteiro Machado
Dezembro/2014

Advisors:
Prof[a.] Dr[a.] Marta Maria Antonieta de Souza Santos
Prof[a.] Dr[a.] Mirian Ribeiro Baião

ABSTRACT

This dissertation focused on qualitative approach constitutes a descriptive study and represents the step 3 of the project entitled "Contributions theoretical-practical for prenatal care of diabetic pregnant women", which was developed in the period of 2011-2014 by Research Group on Maternal Child Health, linked to the Nutrition Institute Josué de Castro, Federal University of Rio de Janeiro. The study deals with cultural issues in the field of health, highlighting ways to study the design and practices about the nutritional care for pregnant women with a diagnosis of Diabetes, assisted in a public maternity hospital federal in Rio de Janeiro, RJ, Brazil. The interest on the theme came from the coexistence of researcher with these women to see the implications of symbolic dimension of nutritional care to them intended. Participants were 17 adult women who have recently given birth and with a diagnosis of previous or gestational diabetes. The simple observation and semi-structured interviews were applied to the construction of empirical data. The analytical benchmarks adopted were the Hermeneutics of Depth (HP) proposal by John B. Thompson (2011) and an adaptation of Content Analysis (AC) proposed by Bardin (2003), in its thematic modality. The results were presented in two manuscripts, whose titles include: "The pregnant woman and the process of living with diabetes mellitus" and "The symbolic dimension of nutritional care

prenatal care in diabetes", each article responding to a specific objective of the study. The main results showed the diabetes in pregnancy as a landmark event for the women, whereas mainly the possible complications to the baby's health and food restrictions imposed, and diabetes was recognized as *disease of the discipline*. The *hostage condition of diabetes* was reformulated by pregnant women from accessing and understanding of care. The nutritional care based on the Traditional Method or Carbohydrate Counting Method was understood as an opportunity to nutritional education, however, some pregnant women defended their right *to eat at will*. Weight loss was considered by some pregnant women as desirable, even going against the recommended by nutritionists. Pregnant women basically adopted the standard diet plan, using some of the food replacement list. Mentioned any dietary transgressions consented in small portions. Developed ability to read labels on food packaging favoring conscious food choices. Sugar accounted for a ban, including pregnant women followed by Carbohydrate Counting Method. Food containing sucrose were understood as less harmful to health when compared to the addition of sugar. The term *floating* adherence to nutritional care portrays the experience of women during pregnancy, the result of daily changes, even in the presence of a good nutritional monitoring and interest on the part of the pregnant woman. It was concluded that diabetes experience during pregnancy and prenatal nutritional care is unique to each woman and has multiple meanings able to influence the outcome of pregnancy. The nutritionist should then seek to understand the symbolic dimension of this condition in order to individualize the care and interact with - pregnant women holistically seeing it in addition to their clinical condition.

Keywords: PRENATAL CARE; DIET IN PREGNANCY; DIABETES MELLITUS; QUALITATIVE RESEARCH.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 01
1.1 Maternidade 01
2 REFERENCIAL TEÓRICO 04
2.1 Gestação e adoecimento 04
2.2 Diabetes *mellitus*: rastreamento e atenção na gestação 05
2.3 Cuidado nutricional pré-natal em diabetes 07
2.4 Sentidos e significados da gestação acometida pelo diabetes 11
3 JUSTIFICATIVA 13
4 OBJETO, QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO 14
4.1 Objeto do estudo 14
4.2 Questões do estudo 14
4.3 Objetivos 14
4.3.1 Objetivo geral 14
4.3.2 Objetivos específicos 15
5 MÉTODOS 16
5.1 Natureza do estudo 16
5.2 Seleção dos participantes do estudo 17
5.3 Experiência do cuidado nutricional pré-natal em diabetes na maternidade do estudo 18
5.4 Técnicas de construção de dados 20
5.4.1 Observação participante 20
5.4.2 Entrevistas semi-estruturadas 21
5.4.3 Levantamento de dados de prontuário institucional 22
5.5 Questões éticas 23
5.6 Análise dos dados 24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 27
6.1 Análise sócio-histórica 27
6.2 Manuscrito 1: A gestante e o processo de viver com diabetes *mellitus*. 33
6.3 Manuscrito 2: A dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes. 55

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79
ANEXOS 86

1 INTRODUÇÃO

1.1 Maternidade

O processo de constituição da maternidade inicia-se na pré-concepção, ainda na fase infanto-juvenil, a partir de atividades lúdicas, de relações e identificações com o universo feminino, muito antes da maturidade reprodutiva, do desejo de se ter um filho e da gravidez propriamente dita e compreende também a gestação, parto e pós-parto (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

A sociedade, portadora de um discurso normativo da maternidade, exalta o valor positivo da reprodução, o que alimenta o anseio pela maioria das mulheres por filhos. A maternidade é estimada como essência da identidade feminina e a imagem da mulher grávida contemporânea evidencia a barriga, exaltando a experiência corporal da gravidez. Reconhecida como um evento habitual da vida, a maternidade pode ser inesperada, ou até mesmo não ser celebrada, traz multiplicidades de sentidos e significados para a mulher e seus pares, e é possível que estes sejam desconhecidos pelos atores do setor saúde (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010; VARGAS, 2012; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Desde os anos 60, a partir da inserção da mulher no mercado de trabalho e do maior acesso aos recursos contraceptivos, vem sendo conquistado o protagonismo feminino na saúde reprodutiva, baseado no respeito à autonomia no processo de planejamento familiar (cuidado de si, exercício ou não da maternidade, do número de filhos e de quando tê-los, gestação, parto e pós-parto), favorecendo a configuração de uma demanda por filhos como fruto de escolha por parte da mulher, analisada sob inúmeros aspectos, em especial, sua relação com o parceiro, estabilidade econômica e social e investimento na carreira profissional. Justifica-se, neste contexto, a redução na taxa de fecundidade, o adiamento da gestação e até a opção por não ter filhos, intrinsecamente relacionados à sua história de vida, acompanhando as diversas transformações ocorridas na família, no casamento e na parentalidade (BARBOSA; COUTINHO, 2007; VARGAS, 2012; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Em alguns casos, essa possibilidade em optar pela maternidade encontra limites na biologia, o desejo de filhos combinado a não reprodução involuntária, resulta na infertilidade, que tem conotação mais ampla que a pura ausência de gravidez. Esta realidade, muitas vezes sofrida, tem mobilizado mulheres a buscarem a reprodução assistida, na rede pública e privada de saúde (VARGAS, 2012).

É preciso ressaltar que são reconhecidas inúmeras formas de maternidade, com semelhanças e diferenças em relação àquela exercida por mulheres que geram biologicamente seus filhos. É o caso de mães adotivas; pais com o duplo papel de pai e mãe; avós, familiares ou pessoas sem vínculo consanguíneo que assumem o papel de mãe. Exercer a maternagem parece conotar a tarefa de cuidar, amparar, buscar atender às necessidades emocionais e materiais de um ser para sua sobrevivência. Este exercício ocorre nas comunidades, orfanatos, lares, igrejas, escolas, hospitais, em muitos meios sociais. Podemos pensar que, ao longo da vida, um ser dispõe de algumas mães, uma biológica e outras adotivas, de maneira formalizada ou não. Esta reflexão nos apresenta o desafio de se buscar compreender os sentidos e significados do exercício da maternidade e neste estudo, optamos por aprofundar apenas naquele exercido por mães biológicas, a fim de relacionar o orgânico, o emocional e o social (MOREIRA; RASERA, 2010; SONEGO; LOPES, 2009).

Adotou-se o conceito de *sentido* e *significado* baseado na perspectiva de *Lev Vygotsky*. Para este autor russo, o ser humano constitui-se como sujeito na interação social por meio da linguagem, internalizando significados de objetos e fenômenos, a partir do social. O significado de cada palavra é uma generalização ou um conceito e decorre de atos de pensamento. O sentido, por sua vez, tem caráter simbólico, é provisório e dinâmico, não tem a estabilidade de um significado, mudará dependendo do contexto. O significado é enriquecido com o sentido por meio da contextualização. Segundo *Vygotsky* o significado é "apenas uma pedra no edifício do sentido" (COSTAS; FERREIRA, 2011; GÓES; CRUZ, 2006; VYGOTSKY, 1996).

A gestação é um processo dinâmico e traz consigo transformações internas - por vezes imperceptíveis, e externas - geralmente visíveis, que afetam profundamente a vida dos protagonistas gestacionais: a mulher-gestante, o pai, a dupla parental e o núcleo familiar. A mulher é geralmente mobilizada pela responsabilidade que sente sobre essa nova vida em desenvolvimento dentro de si mesma (BONADIO, 1998; CAMACHO et al., 2010).

Seja a gestação aguardada ou não, a vivência básica é a ambivalência do “querer e não querer estar grávida”, fruto do reconhecimento de si, mulher, em uma nova condição de vida e de suas implicações, como agregar o papel de mulher-gestante-mãe (pela primeira vez ou

novamente) aos que já dispõe, como: estudante, trabalhadora, filha, companheira, provedora entre outros, emergindo sentimentos desde solidão, desamparo, à felicidade. Ainda assim, este último parece ser o sentimento predominante que representa ser mãe (BONADIO, 1998; CAMACHO et al., 2010).

O parto é um momento marcante na vida da mulher, capaz de gerar lembranças positivas e negativas. Este evento não se resume à técnica (natural ou cesáreo) e demais aspectos biológicos, mas relaciona-se, sobretudo, a aspectos culturais, individuais e familiares. Infelizmente, em virtude da institucionalização e medicalização do parto, dissociados dos princípios de humanização, em muitos casos, a mulher participa minimamente das decisões relacionadas a esta fase do processo de nascimento (SILVA; BARBIERI; FUSTINOMI, 2011; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

O puerpério representa o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações fisiológicas provocadas pela gravidez e parto no corpo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo seu início logo após o parto e término a depender da duração da amamentação, sendo caracterizado também por intensas modificações psicológicas e sociais, ocasionadas pela nova configuração de vida (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Salienta-se desta forma, que cada mulher vivencia subjetivamente a maternidade e necessita ser acompanhada, respeitando-se seu universo social, cultural, afetivo, conhecimento intelectivo, sua intuição e sensibilidade. É importante reconhecer que atrás da barriga existem pessoas, inclusive um bebê que merece ser nomeado (CAMACHO et al., 2010; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestação e adoecimento

Gestação nos remete vida e saúde, não congrega qualquer processo de adoecimento, ao menos no senso comum. Este fato é verdadeiro em alguns casos, porém a adoção do conceito ampliado de saúde, disposto no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e na Constituição da República Federativa do Brasil (1988), pode ajudar a compreender que algumas gestações são adoecidas por realidades orgânicas, emocionais e sociais, combinadas entre si. Cada gestante traz consigo uma história e a possibilidade de um adoecimento próprio, resultante das condições de educação, trabalho, renda, moradia, alimentação, transporte, acesso aos serviços de saúde e lazer a que está submetida (HELMAN, 2003; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

O pré-natal confere proteção à saúde materna e infantil, na medida em que permite a detecção e tratamento oportunos de intercorrências no período gravídico-puerperal, contribuindo assim para a redução das taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal (BARBIERI et al., 2012). Refletindo sobre o acompanhamento pré-natal, é possível reconhecer adoecimentos orgânicos recorrentes: síndromes hipertensivas gestacionais (SHG), diabetes, carências nutricionais específicas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), infecções do trato urinário (ITU), ameaça de trabalho de parto prematuro (ATPP), entre outros. Da mesma forma, também é possível reconhecer adoecimentos emocionais e sociais, como: ansiedade e depressão, baixa autoestima, falta de apoio do companheiro ou familiares, desemprego ou condições de trabalho inadequadas à gestação, falta de moradia ou moradia em condições precárias, insegurança alimentar, acesso restrito aos serviços de saúde e educação, entre outros. Frente ao exposto, o contexto de uma gestação precisa ser compreendido, levando-se em consideração as diversas formas de adoecimento. Um adoecer orgânico acompanha um adoecer emocional e um adoecer social, visto que estão implicados mutuamente (BRASIL, 2012a).

Segundo Helman (2003), reconhecer-se adoecido envolve a concordância na percepção do comprometimento do bem-estar pelo próprio indivíduo e os que o cercam, ambos influenciados pelos aspectos socioculturais em que estão submetidos.

O modelo explicativo da doença adotado por profissionais de saúde segue a lógica científica, pode ser testado e verificado segundo condições objetivas e fornece informações

como etiologia, fisiopatologia, tratamentos e prognóstico, que caracterizam a enfermidade ou *disease*. O adoecido, em contrapartida, sofre de perturbação ou *illness*, que é a resposta subjetiva ao mal-estar abarcando os sentidos atribuídos a ele. Enfermidade é algo que um órgão tem, perturbação é algo que uma pessoa tem. Existem situações onde são constatadas desordens físicas, geralmente em níveis bioquímicos ou celulares, mas o indivíduo não se sente doente, é uma condição de enfermidade sem perturbação, condição esta, possível de ocorrer com gestantes com diagnóstico de diabetes (HELMAN, 2003).

Nesse sentido, os conceitos de doença adotados pelos profissionais de saúde podem diferir dos adoecidos. Ser doente pode significar estar impedido de fazer algo que lhe é apreciado e desconsiderar, em parte ou na totalidade, o que rege o saber médico-científico. No caso da gestante com diabetes, pode lhe ser custoso o simples fato de passar a monitorar qualitativa e quantitativamente a sua alimentação (GOMES; MENDONÇA, 2002).

2.2 Diabetes *mellitus*: rastreamento e atenção na gestação

O diabetes *mellitus* (DM) é um grupo de distúrbios metabólicos, caracterizado por hiperglicemia, decorre de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina, ou de ambos, sendo atualmente considerado como epidemia. Uma mulher sabidamente com diabetes pode planejar engravidar ou descobrir-se grávida e uma mulher considerada com boa saúde pode engravidar e descobrir-se com diabetes, configurando dois grupos, mulheres com diabetes prévio e mulheres com diabetes gestacional, respectivamente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; BRASIL, 2012b).

A classificação proposta pela *American Diabetes Association* (ADA) inclui quatro classes básicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (DMG). As classes de interesse neste estudo são gestantes que apresentam DM1 e DM2 ou diabetes *mellitus* prévio (DMP) e DMG (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; BRASIL, 2012b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a).

O DM1 é o resultado da destruição de células betapancreáticas, mediada por autoimunidade ou de natureza idiopática, com consequente deficiência absoluta de insulina. Enquanto o DM2 caracteriza-se por defeitos na ação ou na secreção da insulina, ou em ambos e está associado ao sobrepeso e a obesidade (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; SAUNDERS; PADILHA, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a).

O DMG é definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou reconhecimento na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Associa-se tanto a resistência à insulina quanto a diminuição da função das células beta (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; NEGRATO et al., 2010; SAUNDERS; PADILHA, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a).

O rastreamento do diabetes na gestação deve ser universal e solicitado na primeira consulta de pré-natal, segundo norma estabelecida pelo Brasil (2012b). O critério para diagnóstico pode variar conforme a referência adotada. Alguns serviços de pré-natal utilizam a recomendação da *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG) proposta em 2010, que se baseia nas conclusões do *Hiperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* (HAPO), um estudo observacional que teve como objetivo encontrar o exato ponto de corte que relacionava a hiperglicemia materna a eventos perinatais adversos. Este critério é reconhecido pela ADA desde 2011 e apresenta como pontos de corte para glicemia de jejum (GJ) plasmática e/ou da GJ observada no teste oral de tolerância à glicose (TOTG) após a ingestão de 75g de glicose, para uma hora e duas horas, iguais ou superiores a 92mg/dl, 180mg/dl, 153mg/dl, respectivamente. Um valor anormal já confirma o diagnóstico de DMG. Uma GJ $\geq$ 126mg/dl ou glicemia plasmática ao acaso $\geq$ 200mg/dl dispensam a realização do TOTG e também confirmam o diagnóstico de DMG (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; 2014; NEGRATO et al., 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a).

Segundo dados publicados por Hod e Meizner (1997), a ocorrência de DM1 na população de gestantes é de 0,1%, a ocorrência de DM2 é de 2 a 3% e a ocorrência de DMG é de 12 a 13% ao ano, dependendo da população estudada e dos critérios diagnósticos empregados. A American Diabetes Association (2014) estima a ocorrência de DMG em aproximadamente 7% das gestantes, variando de 1 a 14% ao ano. Na década de 80, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), em torno de 7,6% das gestantes brasileiras adultas atendidas desenvolveram DMG (Brasil, 2012a). Até o momento, não foi publicada na literatura científica a prevalência mundial e nacional de DMG, segundo o critério diagnóstico baseado no HAPO.

As complicações para a gestante com DMP são mais graves quando comparadas às DMG, pois os efeitos são precoces, durante a fertilização, implantação do óvulo e organogênese, ocasionando maior risco de malformações congênitas, restrição do crescimento fetal, morte fetal ou neonatal. No caso de gestantes com DMG, há maior risco de macrossomia e hipoglicemia neonatal (NEGRATO et al., 2010).

Outras complicações relacionadas ao diabetes na gestação, para a mulher, incluem maior ocorrência de SHG, polidramnia, ITU, candidíase, ATPP, risco futuro de desenvolvimento de DM2, retinopatia e nefropatia (SAUNDERS; PADILHA, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a).

A atenção à saúde da gestante com diabetes se baseia no cuidado nutricional, educação em saúde e prática de atividade física, condizente à condição de gestante e autorizada pelo obstetra. Os antidiabéticos orais não são adotados como tratamento farmacológico de escolha, pois até o momento, o seu uso não é considerado seguro na gestação. Nos casos em que o controle glicêmico não é alcançado, a terapia com insulina é indicada. A prática de automonitorização glicêmica (AMG) domiciliar (aferição da glicemia capilar), usualmente solicitada para gestantes em terapia com insulina ou que apresentam alterações no crescimento fetal, representa uma ferramenta que pode otimizar o controle glicêmico e auxiliar a equipe de saúde e a própria gestante a avaliar o impacto dos cuidados de saúde adotados (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; BRASIL, 2012b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a).

Os alvos glicêmicos para gestantes com DMG compreendem glicemia pré-prandial ≤ 95mg/dL; 1 hora pós-prandial ≤ 140mg/dL e 2 horas pós-prandial ≤ 120mg/dL. Já no caso de gestantes com DMP, são: glicemia pré-prandial e do período noturno devem variar de 60 a 99mg/dL e glicemia 1 hora pós-prandial de 100 a 129mg/dL (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

As puérperas com história de DMG deverão ser rastreadas para diabetes 6 semanas após o parto, por meio do TOTG, utilizando os critérios diagnósticos da WHO para pessoas adultas, ou seja, GJ ≥ 126 mg/dl e/ou glicemia 2 horas após sobrecarga de glicose ≥ 140 mg/dl (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; NEGRATO et al., 2010).

2.3 Cuidado nutricional pré-natal em diabetes

O aprofundamento no tema cuidado nutricional exige, primeiramente, a reflexão sobre o conceito de *cuidado*, amplamente utilizado em diversos contextos, como na atenção à saúde. Ayres (2004) desenvolve o mesmo com sabedoria e nos instrumentaliza para esta discussão.

O cuidado é uma das formas como as pessoas se relacionam entre si e com o mundo, possibilitando a construção da autonomia, de vínculos e de uma rede de solidariedade e apoio (AYRES, 2004; OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

O projeto de felicidade de cada ser humano representa o seu projeto existencial, é o que dá sentido, o que ressignifica os acontecimentos da vida, inclusive os obstáculos a este projeto, como por exemplo, o adoecimento físico ou mental. Cuidar é uma atitude terapêutica, que busca ativamente o sentido existencial de cada ser, é assistir de forma humanizada. Para o sucesso prático do cuidado na atenção à saúde, se faz necessário, o diálogo flexível entre as normas das ciências médicas e do mundo da vida. É baseado nessa perspectiva, que se busca direcionar o cuidado nutricional à gestante com diabetes (AYRES, 2004).

O destaque conferido ao cuidado nutricional não se justifica, apenas, por ser um estudo desenvolvido por um grupo de pesquisa vinculado à ciência da Nutrição, mas, sobretudo, por representar o pilar na atenção ao diabetes, conforme aponta a literatura científica e é multiplicado pela equipe de saúde às gestantes. O cuidado nutricional integra a atenção pré-natal e deve contemplar não apenas as gestantes de risco, como as de baixo risco também, pois confere impacto sob o resultado perinatal. Sabe-se, contudo, que o mesmo assume maior valor no contexto de uma gestação de risco e busca, no caso do diabetes, proporcionar além de uma adequada nutrição materno-fetal e ganho de peso recomendado, o controle glicêmico e a habilidade pela gestante de gerenciar a enfermidade com autonomia, comprometendo-se inclusive com a saúde futura de ambos, mãe e filho (PADILHA et al, 2010).

Baião e Deslandes (2010) descrevem achados relevantes sobre práticas alimentares na gravidez, como: alterações no apetite, nas preferências e aversões, associadas também a ocorrência de náuseas e vômitos; oscilação no consumo de alimentos ao longo do dia; fracionamento em torno de três refeições (desjejum, almoço e lanche); alimentação pouco variada e monótona, influenciada inclusive pela questão financeira; valorização de alimentos considerados essenciais (arroz, feijão e carne), mas ao mesmo tempo, consumo usual de alimentos considerados “besteiras” (definidos pelos participantes do estudo como tudo que engorda e que não é saudável). Estes dados sinalizam para o fato de que práticas alimentares na gestação podem contrariar o que é recomendado pelos nutricionistas e refletir múltiplos fatores relacionados à história de vida de cada mulher. Ser gestante não implica necessariamente a adoção espontânea de hábitos alimentares condizentes a esta condição, segundo regem as leis da Nutrição.

O cuidado nutricional é planejado pelo nutricionista e direcionado pela avaliação nutricional detalhada da gestante, que considera indicadores sociodemográficos, clínicos e obstétricos, antropométricos, bioquímicos, dietéticos, e funcional. A avaliação funcional em gestantes constitui a realização de entrevista validada para a investigação de cegueira noturna gestacional, sinal precoce da deficiência de vitamina A, viabilizando tratamento oportuno (SAUNDERS; BESSA; PADILHA, 2009).

A avaliação antropométrica da gestante com diabetes não difere das demais gestantes e baseia-se na publicação do *Institute of Medicine* (RASMUSSEN; YAKTINE, 2009), que atualizou as recomendações para ganho de peso gestacional e destacou os benefícios de práticas alimentares saudáveis aliadas à atividade física regular, desde o período pré-concepção e durante o ciclo gravídico-puerperal. Em cada fase, o cuidado nutricional individualizado contribui para o ajuste ponderal pré-gestacional e ganho de peso gestacional adequado (conforme previsto para cada categoria de índice de massa corporal pré-gestacional - IMCpg), de forma a minimizar a retenção de peso e favorecer o retorno ao peso pré-gestacional ainda no primeiro ano pós-parto. Essas medidas conferem impacto positivo para a saúde materno-infantil e redução da obesidade, cada vez mais prevalente em mulheres em idade reprodutiva, assim como o diabetes.

Desta forma, o cuidado nutricional compreende a elaboração conjunta da orientação alimentar com cada gestante, considerando sua condição social, hábitos de vida, seu estado nutricional pré-gestacional e o ganho de peso apresentado, carências nutricionais específicas como a anemia e a deficiência de vitamina A, hábitos alimentares, preferências e aversões, sintomatologias digestivas, controle glicêmico, comorbidades, intercorrências gestacionais, atividade física, necessidades nutricionais e a terapia com insulina instituída, se for o caso (SAUNDERS; PADILHA, 2009).

Segundo recomendações da ADA, existem duas estratégias possíveis para orientação nutricional de gestantes com diabetes: aquela baseada na distribuição energética por refeições e fracionamento da dieta, denominada neste estudo como Método Tradicional (MT) e a orientação baseada no Método da Contagem de Carboidratos (MCC), reconhecido como um método que confere vantagens ao portador de diabetes, como a flexibilidade alimentar (SAUNDERS; PADILHA, 2009).

O MT é amplamente adotado pelos serviços de nutrição, inclusive na maternidade de estudo, sendo bem aceito pelas gestantes. Neste método, a energia é distribuída em uma proporção maior nas grandes refeições (20 a 30% no almoço e jantar) e menor nas pequenas refeições (10 a 15% no desjejum; 5 a 10% na colação; 10 a 15% na merenda e 5 a 10% na

ceia). Outra característica é a restrição da sacarose em até 10% do valor energético total (VET), sendo contabilizada da quantidade total de carboidratos. A lista de substituições apresenta os alimentos agrupados conforme a função nutricional, de forma que cada porção tenha o mesmo valor calórico, estimado por média. A substituição do açúcar de adição (sacarose) por adoçantes de mesa pode ser útil, mas deve respeitar o desejo da gestante em, por exemplo, abster-se dos dois. Segundo a American Diabetes Association (2008), os edulcorantes atualmente aprovados para uso pelas gestantes e disponíveis no Brasil são acesulfame de potássio, aspartame, sacarina e sucralose, com controle da dose utilizada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1995, 2008; BORNIA; AMIM JUNIOR, 2006; BRASIL, 2012a; SAUNDERS; PADILHA, 2009).

O MCC representa uma ferramenta nutricional onde a regra é quantificar o carboidrato consumido por refeição, devendo ser inserido no contexto de uma alimentação saudável. A ADA passou a recomendá-lo em 1994, sendo adotado no Brasil a partir de 1997. Segundo esse comitê, diferentes tipos de carboidratos, simples ou complexos, têm o mesmo efeito sob a glicemia e são os principais responsáveis pelo controle glicêmico (100% são convertidos em glicose em um período de 15 minutos a 2 horas após sua ingestão). Diante disso, a sacarose não precisa ser excluída, porém contabilizada no total de carboidratos do plano alimentar. O uso de adoçantes de mesa é opcional e segue as mesmas recomendações do MT (SAUNDERS; PADILHA, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a, 2009b; SOUTO; ROSADO, 2010).

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009a), temas relacionados à alimentação devem ser abordados em programas de educação em diabetes, de forma que a gestante adquira aprendizados práticos, do cotidiano, e alcance objetivos selecionados por ela própria, de forma a minimizar os efeitos do diagnóstico sobre a sua vida.

Os princípios de aconselhamento devem ser considerados pelo nutricionista na atenção à gestante com diabetes, buscando o diálogo aberto e personalizado, uma escuta atenta e sem julgamentos, estabelecer vínculo, individualizar o cuidado e valorizar os objetivos alcançados. O nutricionista deve sempre se direcionar à gestante pelo seu nome, assim como, considerar o nome do bebê quando o mesmo já for conhecido/escolhido, buscando um atendimento personalizado (LÍBERA et al., 2011).

2.4 Sentidos e significados da gestação acometida pelo diabetes

A dimensão simbólica do gestar com diabetes para mulheres com o diagnóstico prévio da doença parece diferir daquelas com o diagnóstico na gestação. A gestante com diagnóstico de DMP pode vivenciar a gestação como uma nova chance de vida, o triunfo sobre o diabetes, mas pode também haver rotura do equilíbrio emocional conquistado durante o tempo de doença e causar estresse. Enquanto no DMG, a gestante pode vivenciar o luto, a "morte da gestação idealizada" (BRASIL, 2012a; TYER-VIOLA; LOPEZ, 2014).

Segundo Pessoa, Pagliuca e Damasceno (2006), o diagnóstico do DMG pode fazer emergir, na gestante, sentimentos como: susto, ansiedade e depressão, temores, insegurança, revolta, culpa, rejeição e impotência diante do prognóstico e do tratamento.

O diabetes apresenta à gestante algumas experiências próprias e outras comuns a uma gestação de médio e alto risco, como: calendário maior de consultas pré-natais com equipe multiprofissional especializada, realização de exames bioquímicos e obstétricos com maior frequência, possibilidade de internações hospitalares, que trazem repercussões para o seu cotidiano, como a constante necessidade de ausentar-se de sua casa e trabalho. Para algumas gestantes entram em cena conceitos e objetos antes desconhecidos – insulina, glicosímetro, fitas reagentes, controle glicêmico, diário alimentar, carboidrato. Todos esses aspectos podem fazê-la sentir como uma gestante diferente das demais (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006; PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006).

Em publicação recente, Minayo (2012) apresenta termos estruturantes da pesquisa qualitativa, dentre eles, *experiência* e *vivência*. Segundo a pesquisadora, o conceito de experiência diz respeito ao que o ser humano apreende no mundo e nas ações que realiza, enquanto vivência é produto da reflexão pessoal da experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, biografia e participação na história. Frente ao exposto, considera-se neste estudo que a vivência de uma gestação com diabetes é permeada por muitos sentidos, tornando-se única para cada mulher.

A vivência da gestação com diabetes pode significar, sob o referencial das mulheres, a necessidade de privações alimentares, temores relacionados às complicações da doença e sentimentos exacerbados como os relativos ao parto. É sabido pela gestante da indicação de realização do parto em maternidades ou hospitais que dispõem de unidade de terapia intensiva neonatal, devido o maior risco de intercorrências do recém-nascido associadas ao diabetes,

por isso, vive-se o conflito com o inesperado. Ter um filho saudável é, geralmente, o que mais importa (CARVALHEIRA; TONETE; PARADA, 2010; BRASIL, 2012b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009a; SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

A condição de gestante com diabetes exige que a mulher elabore sentidos e significados (dimensão simbólica do diabetes na gestação) para, posteriormente, desenvolver estratégias para o seu gerenciamento, como o cuidado de si, adesão às prescrições, processos interativos e a tomada de decisão (dimensão concreta do diabetes na gestação), em um espaço de tempo relativamente curto (BARSAGLINI, 2011; PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

As formas simbólicas de uma doença variam no tempo e no espaço e conforme o grupo social e cultural estudado. Agregam conceitos, símbolos, estruturas de referência, contexto de vida diária, experiências (prévia e atual, pessoal e de outras pessoas), contatos com serviços e profissionais de saúde, outras terapias, a mídia e com a trajetória da própria doença, sendo constantemente atualizados, inovados, reinterpretados, transformados ou reproduzidos (BARSAGLINI, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

Reconhecer que o processo de gestar com diabetes não é determinado exclusivamente com base no saber médico-científico, mas permeado pela experiência de quem vive esta condição, repleta de sentidos e significados que exercem influências sobre o cuidado de si e o desfecho da gestação, pode representar um passo para a construção de uma proposta de atenção pré-natal especializada e humanizada, a ser aplicada e reconstruída continuamente pelos serviços. Muitos destes já adotam como padrão de qualidade o bom desfecho perinatal - nascimento a termo, recém-nascido com peso adequado ao nascer e baixos índices de morbimortalidade materna e neonatal - e a qualidade de vida futura, alcançados por meio da adoção de protocolos assistenciais atuais e baseados em evidências. Mas, excluem aspectos subjetivos levados em consideração na avaliação do padrão de qualidade pela gestante e seus familiares.

Na verdade, pouco se conhece sobre as experiências e vivências das gestantes com diabetes, especialmente com relação à compreensão dos sentidos e significado do diabetes no cotidiano dessas mulheres e da complexidade de interação dessa dimensão simbólica com os contextos de vida e do cuidado, especificamente do cuidado nutricional. Evidencia-se, assim, um espaço vago na literatura científica acerca desse conhecimento específico.

Esta investigação busca interpretar a dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes, sob a perspectiva da mulher no ciclo gravídico-puerperal, a fim de oferecer subsídios para a avaliação deste cuidado.

4 OBJETO, QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

4.1 Objeto do Estudo

O presente estudo tem como objeto os sentidos e significados do cuidado nutricional pré-natal em diabetes para mulheres no ciclo gravídico-puerperal assistidas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro.

4.2 Questões do Estudo

Considerando as particularidades de uma gestação com diabetes e do cuidado nutricional pré-natal a ela direcionado, partiu-se das seguintes questões:

- Como as mulheres vivenciam a gestação com diabetes?
- Quais os sentidos e significados atribuídos à gestação com diabetes?
- Que sentidos e significados as gestantes atribuem à alimentação e ao cuidado nutricional pré-natal em diabetes?

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo geral

Compreender os sentidos e significados atribuídos por mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre o cuidado nutricional pré-natal em diabetes, implantado em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro.

4.3.2 Objetivos específicos

- Analisar como as mulheres vivenciam a relação entre gestação e diabetes no ciclo gravídico-puerperal.
- Analisar os sentidos e significados atribuídos pelas mulheres à alimentação e às diferentes dimensões do cuidado nutricional pré-natal em diabetes.

5 MÉTODOS

5.1 Natureza do estudo

Este estudo integra o projeto intitulado "Contribuições teórico-práticas para a assistência pré-natal de gestantes diabéticas", desenvolvido no período de 2011-2014 pelo GPSMI, vinculado ao INJC da UFRJ. Tal projeto contempla três etapas, duas das quais sob a perspectiva quantitativa, sendo um estudo transversal realizado no período de 2004-2010 (1ª etapa) e um estudo de intervenção realizado no período de 2011-2014 (2ª etapa). O presente estudo, do tipo descritivo, está pautado na abordagem qualitativa e representa a 3ª etapa do projeto, iniciado concomitante à 2ª etapa (Contribuições Teórico-Práticas para a Assistência Pré-natal de Gestantes Diabéticas, SIGMA/UFRJ 19353, julho/10). Pretende-se descrever as características de um grupo de mulheres que participou de um cuidado nutricional pré-natal em diabetes e compreender a dimensão simbólica do mesmo, de forma a contribuir para a prática em saúde direcionada a este grupo (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas interpretativas que dão visibilidade ao mundo, que constitui um complexo formado pela significação das experiências e vivências humanas. É neste contexto que a crença individual, a ação humana e a cultura entrecruzam-se. Os pesquisadores qualitativos estudam a ação humana em seu cenário natural, buscando compreender os fenômenos sociais em termos de significados rotineiros e problemáticos por meio de representações dispostas em notas de campo, depoimentos e documentos (DENZIN; LINCOLN, 2006; MINAYO, 2012).

Em fase preliminar da pesquisa, buscou-se a definição clara do objeto e objetivos e o reconhecimento do campo, concomitante à leitura do referencial teórico baseado em grandes temas, como: ciclo gravídico-puerperal, gestação e adoecimento, diabetes *mellitus*, cuidado nutricional pré-natal em diabetes e sentidos e significados da gestação acometida pelo diabetes, conforme apresentado na introdução e referencial teórico desta dissertação. Sabia-se, contudo, que surgiriam novos elementos e dimensões a serem buscados na literatura, com vistas a apresentar, de forma mais aproximada possível, a complexidade dos dados empíricos (GODOY,1995; VERONESE; GUARESCHI, 2006).

Em seguida procedeu-se a indicação, criteriosa e adequada ao objeto de estudo, do paradigma compreensivo e da postura epistemológica hermenêutica, para fundamentar a escolha dos referenciais metodológicos de construção e análise dos dados e apreensão da

dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes (SCHWANDT, 2006; VERONESE; GUARESCHI, 2006).

5.2 Seleção dos participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública federal localizada no bairro de Laranjeiras, região sul da cidade do Rio de Janeiro, considerada referência para o pré-natal de gestantes com diabetes. Esta instituição foi inaugurada em 18 de janeiro de 1904, tendo completado, portanto, 110 anos de existência. Apresenta como principal atividade a atenção à saúde materno-infantil, particularmente no período pré-natal e neonatal, ou seja, à gestante e ao recém-nascido até 28 dias de vida. É considerada uma unidade de saúde especializada, que dispõe de atenção ambulatorial e hospitalar, com perfil multiprofissional, e linhas de cuidado de alto risco. As atividades assistenciais estão aliadas à formação profissional (alunos de graduação, pós-graduação e residência médica e multiprofissional), atividades de pesquisa e inovação tecnológica (MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, 2014).

O acesso ao local do estudo foi facilitado devido o fato de já atuar como nutricionista nesta instituição de saúde e ter agregado o papel de pesquisadora. É importante destacar, contudo, que os momentos em que atuava apenas como nutricionista eram diferentes dos que atuava como nutricionista e pesquisadora. Os dois papéis foram somados na etapa de intervenção do cuidado (2ª etapa do projeto), junto aos demais integrantes do grupo de pesquisa, e na etapa qualitativa do projeto (3ª etapa), atuando como única pesquisadora responsável. Em ambas as etapas, foi valorizada a explicação clara do papel do pesquisador e dos objetivos da pesquisa.

Dentre os aspectos ressaltados à puérpera no momento do convite para participar da pesquisa, foi que se tratava de um estudo de mestrado e que o principal objetivo era contribuir para o aprimoramento do cuidado nutricional direcionado à gestante com diagnóstico de diabetes, e que não se tratava de uma avaliação individual de profissionais ou serviços.

Os critérios de inclusão definidos no estudo foram: ser puérpera em idade adulta, de gestação única, apresentar DMP ou DMG, ter realizado pré-natal e parto na maternidade do estudo e participado do cuidado nutricional pré-natal em diabetes. Foram considerados critérios de exclusão, ser adolescente ou gemelidade. Apresentar SHG e/ou tireoidopatias não foram considerados critérios de exclusão, visto serem enfermidades frequentemente associadas ao diabetes.

Na etapa de construção dos dados, foi considerado além dos critérios de inclusão, o princípio de saturação de sentidos, a partir do movimento de idas e vindas à teoria e aos dados empíricos, prosseguindo até que houvesse reincidência de informações, assim como, inclusões sucessivas até que fosse possível a discussão densa das questões do estudo. Desta forma, a amostra não buscou uma representatividade numérica e sim um aprofundamento da temática, sendo constituído por 17 puérperas. Não houve recusa em participar da pesquisa (GOMES; MENDONÇA, 2008; LAPERRIÈRE, 2008).

Durante o processo de elaboração do projeto de pesquisa, suscitou-se o questionamento se seria mais coerente estudar apenas gestantes com DMP ou com DMG, porém optou-se por não iniciar o trabalho com a informação pré-concebida de que os grupos seriam necessariamente diferentes, como ocorre segundo aspectos biológicos, corroborando com a escolha de Castillo e Vásquez (2009) e Nolan, McCrone e Chertok (2011).

5.3 Experiência do cuidado nutricional pré-natal em diabetes na maternidade do estudo

O local do estudo apresenta a particularidade de oferecer às gestantes com diabetes, um cuidado nutricional pré-natal especializado. A partir de uma parceria estabelecida entre o Serviço de Nutrição da instituição e o INJC, desde o final da década de 90, todos os protocolos nutricionais direcionados às gestantes são revisados periodicamente. Em 2010, o protocolo nutricional para gestante com diabetes foi atualizado com base nos resultados de um estudo transversal, realizado no período de 2004-2010 (1ª etapa do projeto), no qual se traçou o perfil de saúde e nutrição de 1371 gestantes e seus recém-nascidos, acompanhados na mesma unidade. A universalidade do cuidado nutricional às gestantes com diabetes já era rotina na unidade, porém o mesmo foi ampliado, contemplando ações em saúde voltadas para vigilância nutricional, prevenção, tratamento, informação e participação ativa das gestantes. Em 2010, houve aumento expressivo na demanda por atendimento pré-natal de gestantes com diabetes, em virtude da adoção pela equipe do pré-natal do critério diagnóstico para DMG baseado no estudo HAPO, enfatizando a relevância da pesquisa para a instituição (Contribuições Teórico-Práticas para a Assistência Pré-natal de Gestantes Diabéticas, SIGMA/UFRJ 19353, julho/10).

Este cuidado especializado foi testado por meio de um estudo de intervenção, realizado no período de 2011-2014 (2ª etapa do projeto), o mesmo propõe calendário mínimo de seis consultas individuais com o nutricionista e orientação nutricional individualizada,

específica para o período gestacional e baseada no MT ou no MCC. No desenho do projeto foi definido que as gestantes DMG, cujo número do prontuário institucional fosse ímpar, seriam acompanhadas pelo MT e, as de prontuário par, pelo MCC. Além disso, estabeleceu-se que todas as gestantes DMP seriam acompanhadas pelo MCC.

Os pesquisadores do GPSMI se responsabilizaram, ao longo do desenvolvimento do projeto, pelo acompanhamento das gestantes com diabetes que atendiam aos critérios de inclusão. A elaboração preliminar de formulários e *folders* específicos para cada método de orientação nutricional foi também atribuição destes pesquisadores (ANEXO 1).

As gestantes acompanhadas pelo MT receberam o plano alimentar individualizado em formulário próprio, contendo lista de substituição por grupo de alimento em equivalentes, orientações relativas a uma alimentação saudável no período gestacional e informações quanto o uso de edulcorantes, tipo e quantidade segura, assim como, um livreto de receitas isentas de açúcar, previamente testadas, contendo rendimento e informação nutricional por porção.

As gestantes acompanhadas pelo MCC receberam o plano alimentar individualizado em formulário próprio, contendo lista de substituição por grupo de alimento, no qual cada equivalente, correspondia a 15g de carboidrato, orientações relativas a uma alimentação saudável para o período gestacional e informações sobre o uso de edulcorantes, tipo e quantidade segura (caso opte em usá-lo como substituto do açúcar de adição), assim como, uma lista de alimentos para eventos comemorativos com o conteúdo de carboidrato por porção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009b).

O aconselhamento em aleitamento materno foi realizado na última consulta individual de Nutrição próxima a data do parto e para tal, utilizou-se como instrumento o folheto educativo sobre este tema, elaborado pelo Serviço de Nutrição.

O cuidado nutricional pré-natal em diabetes prevê também a participação das gestantes DMG em ações educativas em grupo, realizadas no auditório do 2º andar do prédio do ambulatório, previamente à consulta de pré-natal, às terças e sextas-feiras, no horário de 8 às 9h, quinzenalmente. O planejamento e a execução dessas ações são compartilhados pelos nutricionistas do grupo de pesquisa, uma enfermeira e uma psicóloga da maternidade.

As ações educativas seguem um planejamento de quatro sessões, contemplando temas relevantes para a gestão do diabetes, porém, a equipe foi capacitada para reconhecê-las, acima de tudo, como uma oportunidade para: escuta qualificada, diálogo aberto, compartilhamento de saberes e sentimentos e troca de experiências e vivências, de forma que sejam valorizados assuntos de interesse das gestantes a fim de que, por meio da construção conjunta, possam

desenvolver consciência crítica e reflexiva e propor e opinar nas decisões de sua saúde (SANTOS; PENNA, 2009).

Os temas previamente selecionados para as ações educativas compreendem: cuidado nutricional na gestação com diabetes pelo MT e pelo MCC, diabetes, rótulos de alimentos e atenção à saúde no puerpério, que inclui cuidados com o recém-nascido, amamentação e alimentação da nutriz. Para cada tema foram propostas oficinas e todo o material necessário foi confeccionado e adquirido pelo grupo. Além das quatro sessões alternadas quinzenalmente, foi prevista a dinâmica denominada "Colcha de Retalhos", realizada duas vezes por ano, por psicóloga e nutricionistas do grupo, com o objetivo de promover a integração das gestantes entre si e com os profissionais, e o diálogo sobre as vivências na gestação. Cada gestante era convidada a participar da confecção de uma colcha de retalhos, onde cada retalho representasse algum sentimento, desejo, pensamento, algo vivido na gestação e que ela pudesse falar a respeito. Deste encontro, simbolicamente, era confeccionada artesanalmente uma colcha de retalhos única, impossível de ser replicada.

5.4 Técnicas de construção de dados

A escolha do puerpério como linha temporal para a construção de dados, se deu por agregar o ciclo gravídico-puerperal que possibilita à mulher elaborar toda a vivência. Foram definidas três técnicas de coleta de dados: observação participante, entrevistas semi-estruturadas e levantamento de dados de prontuário institucional, iniciadas em abril de 2011 (DENZIN; LINCOLN, 2006; FLICK, 2009; LAPERRIÈRE, 2008; SANTOS, 2011).

5.4.1 Observação participante

A observação participante é uma técnica da pesquisa qualitativa em que o pesquisador observa pessoalmente e de maneira prolongada as ações sociais de seu interesse. O pesquisador assume, até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Esta técnica acompanhou todo o processo de pesquisa e foi orientada pelas questões norteadoras do estudo (DENZIN; LINCOLN, 2006; FLICK, 2009; GIL, 2008; LAPERRIÈRE, 2008; SANTOS, 2011).

A observação foi realizada na instituição do estudo, em cenários destinados às gestantes, desde o momento da admissão até se tornarem puérperas. Estes cenários incluíram a recepção no ambulatório de pré-natal, o local onde aguardavam a chamada para as consultas, as próprias salas de consultório, em especial, do Serviço de Nutrição, o auditório utilizado para as ações educativas, o refeitório da instituição, as enfermarias do Alojamento Conjunto e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Esta técnica foi aplicada formalmente na frequência de uma vez por semana, nas ocasiões em que me encontrava na instituição exercendo atividades ligadas à pesquisa, devidamente identificada como integrante do grupo e vestindo jaleco branco personalizado. Assim como, aleatoriamente, durante plantões na instituição enquanto nutricionista permanecia atenta ao grupo de estudo e registrava toda observação digna de nota.

As questões de natureza descritiva (cenário e participantes) e reflexiva do pesquisador, assim como, questões emergentes foram registradas em caderno de campo e utilizadas na construção analítica dos dados empíricos. A observação permite o acesso direto a ação humana de interesse, neste caso, a mulher no ciclo gravídico-puerperal submetida ao cuidado nutricional pré-natal em diabetes, enquanto as entrevistas, aos relatos das participantes a respeito desta ação, sendo, portanto complementares para a compreensão do objeto (DENZIN; LINCOLN, 2006; FLICK, 2009; LAPERRIÈRE, 2008).

5.4.2 Entrevistas semi-estruturadas

As puérperas participaram da pesquisa, quando ainda estavam internadas no Alojamento Conjunto ou como acompanhantes de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ou ainda, após a alta hospilalar, ao retornarem no Ambulatório para consulta de revisão 20 dias após o parto ou para realização do teste oral de tolerância à glicose - TOTG, 6 semanas após o parto. O tempo de puerpério variou de horas a 10 semanas após o parto. No primeiro contato, era definido o melhor momento para a realização da entrevista, orientada por roteiro semi-estruturado, contendo perguntas abertas, possibilitando que a entrevistada pudesse discorrer sobre temas que integravam o objeto da pesquisa - o contexto da gestação; o impacto do diagnóstico do diabetes na gestação; a atenção pré-natal e o cuidado nutricional pré-natal - com a possibilidade de adaptações pelo pesquisador mediante a

necessidade de aprofundamento das falas (ANEXO 2). As entrevistas foram realizadas com cada puérpera, em um único encontro, com duração média de trinta minutos, no período de dezembro de 2011 a agosto de 2012 e totalizaram dezessete, sendo dezesseis delas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, conferindo maior precisão dos dados. Uma entrevista não foi gravada por falha técnica no gravador, porém ao final da mesma, os dados foram registrados em caderno de campo. A transcrição fidedigna de todas as entrevistas foi finalizada em fevereiro de 2013 e gerou 111 páginas digitadas. As entrevistas foram realizadas e transcritas pelo próprio pesquisador (SILVERMAN, 2009a; GOMES et al., 2008).

A entrevista individual é um método de coleta de dados produzido de forma colaborativa entre entrevistador e entrevistado, busca a compreensão de opiniões, crenças, valores, representações, relações, motivações e atitudes. É considerado um método econômico, em função do tempo e recursos a ele dispensados. O roteiro ou tópico guia deverá conter linguagem simples, termos familiares ao entrevistado e progressão lógica e plausível dos temas, porém sem ordem rígida das questões (SILVERMAN, 2009a).

5.4.3 Levantamento de dados de prontuário institucional

No intervalo que antecedia a entrevista, era realizado o levantamento de dados do prontuário institucional de cada puérpera, o qual dispõe de registros da equipe multidisciplinar. Com base nesses dados, foi construído um resumo da história de cada mulher (ANEXO 3), contendo: idade, naturalidade, procedência (bairro de moradia), escolaridade, ocupação, estado civil, história clínica e obstétrica (ocorrência de aborto ou natimorto, malformação fetal, macrossomia), história da gestação atual, história do diabetes, dados antropométricos, método dietético empregado no cuidado nutricional (MT ou MCC), número total de consultas pré-natal e de Nutrição, participação nas ações educativas, tipo de parto e condições de nascimento, o que possibilitou o enriquecimento dos dados das entrevistas (Notas de campo).

A triangulação foi adotada como alternativa para a validação do material empírico, e constitui a exposição do fenômeno às duas estratégias: observação e entrevistas (DENZIN; LINCOLN, 2006; LAPERRIÈRE, 2008; SANTOS, 2011).

5.5 Questões éticas

As questões éticas foram embasadas nos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e igualdade, em cada estágio do processo da pesquisa - planejamento, construção, análise de dados e elaboração de relatórios científicos - conforme prevê a Resolução 196/96, revogada pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi iniciada quando ainda estava em vigor a Resolução 196/96, acompanhou a transição para a Resolução 466/12 e não fere as diretrizes e normas dispostas em ambas (BRASIL, 2013).

Cada puérpera foi convidada a participar voluntariamente, mediante a apresentação da identidade do pesquisador e esclarecimento dos objetivos e procedimentos metodológicos do estudo e quando aceitos, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 4) específico para esta etapa qualitativa. A possibilidade de desistência da mulher a qualquer momento, sem que houvesse prejuízo na atenção a sua saúde lhe foi garantida (JACCOUD; MAYER, 2008; BRASIL, 2013).

As entrevistas com as puérperas foram realizadas em sala reservada no Alojamento Conjunto ou Ambulatório, levando-se em consideração o seu estado de saúde e a possibilidade para deambulação, assim como, a garantia da presença dos bebês junto a elas, estando disponível um berço portátil. A equipe de enfermagem era informada sobre o local da entrevista, caso fosse necessário encontrá-la para algum procedimento em saúde. As entrevistas não eram realizadas em horários reservados para visitas, considerando o prejuízo que poderia ocasionar à mulher, que seria privada do contato com o pai do bebê, familiares ou rede social. No caso das entrevistas realizadas no período após a alta, a mesma foi agendada de forma que conciliasse com outros compromissos do binômio na instituição, minimizando qualquer ônus adicional. Após a transcrição da entrevista, cada mulher e seu recém-nascido foi codificado por nomes fictícios, garantindo o anonimato, definido pela pesquisadora em homenagem a referências maternas de sua família e amigos. Cada depoimento foi utilizado apenas para fins científicos, respeitando a confidencialidade. As gravações em mídia das entrevistas estarão sob responsabilidade da pesquisadora durante o curso do mestrado (até março de 2015), serão armazenadas até 2020 e em seguida descartadas (BRASIL, 2013; SILVERMAN, 2009b).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ME-UFRJ, Protocolo de Pesquisa N. 17/2010- CEP/ME-UFRJ de 15/10/2010 (ANEXO 5).

5.6 Análise dos dados

O plano de análise dos dados foi iniciado em 2012, baseado nos pressupostos da hermenêutica de profundidade (HP) proposto por John B. Thompson (2011), selecionados para ancorarem a compreensão do objeto de estudo (VERONESE; GUARESCHI, 2006).

A hermenêutica contemporânea surgiu no final do Séc. XIX e início do Séc. XX e é considerada por seus representantes - Dilthey, Gadamer, Heidegger e Ricoeur - como a ciência da interpretação, que propõe um estudo sistematizado sobre o que é interpretar e como se interpreta. Essa perspectiva reconhece que o processo de compreensão não é exercido exclusivamente por cientistas, é uma condição inerente de todo ser humano, está presente na vida cotidiana, é dialógico, negociado, progressivo e temporal (CASAL, 1996; DENZIN; LINCOLN, 2006).

A interpretação da *doxa* ou hermenêutica da vida cotidiana representa o primeiro e fundamental passo do trabalho hermenêutico, que consiste em compreender os sentidos que os sujeitos atribuem à realidade cotidiana, porém se faz necessário ultrapassá-la, visando alcançar um nível mais profundo de interpretação (CASAL, 1996; CHAGAS; SEEGER, 2013; DENZIN; LINCOLN, 2006).

Este nível mais profundo de interpretação pode ser alcançado por meio da HP proposta por Thompson (2011), que representa uma ferramenta metodológica para análise sistemática de formas simbólicas, inseridas em seu contexto sócio-histórico. Este referencial viabiliza uma leitura qualificada da realidade, sugere uma verdade plausível, mesmo que provisória, propõe sentidos viáveis e os fundamenta com argumentos (THOMPSON, 2011; VERONESE; GUARESCHI, 2006).

As formas simbólicas são construções significativas e complexas – ações e falas, imagens e textos, acontecimentos - que dizem alguma coisa sobre algo e por isso merecem ser compreendidas e interpretadas. A compreensão e a interpretação pressupõem um mundo de sentidos partilhados entre o eu e o outro, entre passado e presente, entre o todo e a parte (CASAL, 1996; DENZIN; LINCOLN, 2006; THOMPSON, 2011).

Segundo Oliveira, Andrade e Silva (2013), Thompson propõe uma teoria que visa desvelar ideologias intencionalmente difundidas por instituições sociais estruturadas (família, escola, sociedade) e meios de comunicação de massa, que são os principais responsáveis pela criação, manifestação e promoção de formas simbólicas.

A análise foi processada a partir das três fases da HP articuladas e complementares entre si: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/ re-interpretação (THOMPSON, 2011; VERONESE; GUARESCHI, 2006).

- 1ª Fase HP - Análise sócio-histórica: o objetivo é reconstruir as condições sociais de produção, circulação e recepção das formas simbólicas num determinado espaço e tempo. Além disso, examinar os campos de interação, as relações sociais existentes, a estrutura das instituições sociais, suas regras e convenções, a distribuição de poder, recursos e oportunidades e os meios técnicos de construção de mensagens e de transmissão.

- 2ª Fase HP - Análise formal ou discursiva: o objetivo é a organização interna das formas simbólicas, com suas características estruturais, seus padrões e relações e a reconstrução dos padrões de inferência que caracterizam o discurso. Para investigar esta dimensão, Thompson (2011) prevê a possibilidade em utilizar algumas técnicas, dentre elas, a técnica de Análise de Conteúdo (AC) proposta por *Bardin* (2003), adotada neste estudo e descrita a seguir.

- 3ª Fase HP - Interpretação/ reinterpretação: o objetivo é propor sentidos, integrar o conteúdo das formas simbólicas ao contexto de sua produção e fornecer uma explicação interpretativa, plausível e bem fundamentada.

A Análise de Conteúdo (AC) é definida como uma técnica de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com a intenção de inferir, ou seja, deduzir de maneira lógica e justificada, conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mesmas. A AC, em sua modalidade temática, foi adaptada e utilizada na 2ª fase do enfoque da HP, sendo organizada nas seguintes etapas:

1. Pré-análise: etapa de organização dos dados, que consiste na leitura flutuante (contato exaustivo com o texto) e seleção de trechos mais significativos das entrevistas para compor o *corpus* de análise, considerando as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

2. Exploração do material: etapa de categorização dos dados, a partir da identificação e classificação dos temas, que são palavras ou frases que formam núcleos de sentido para o objeto analisado.

A fase de organização e exploração do material empírico compreendeu a transcrição fidedigna das entrevistas e leitura exaustiva do material transcrito, buscando apreender a visão de conjunto e das particularidades. Em posse do *corpus* de análise, foram inicialmente definidos nove temas, orientados pelo roteiro semi-estruturado da entrevista, sendo posteriormente reduzidos a cinco categorias analíticas: *refém do diabetes*, *doença da disciplina*, o *comer na condição de gestante com diabetes*; *cuidado nutricional como regra* e *cuidado nutricional como decisão*.

A primeira e a segunda categorias abordam questões relacionadas ao momento do diagnóstico do diabetes, a rotina do pré-natal e aos cuidados demandados no decorrer do ciclo gravídico-puerperal. A três últimas categorias abordam o comer e o cuidado nutricional.

Para cada categoria foi criado um arquivo, contendo trechos significativos das entrevistas e elaborados pressupostos iniciais, que auxiliaram na busca dos sentidos das falas. Os núcleos de sentidos foram ordenados, constituindo o início da descrição textual. Ao final desta fase, foram realizadas inferências relacionadas aos sentidos e significados de mulheres sobre a gestação com diabetes. Alguns trechos das falas são apresentados em sua forma literal nos resultados e dispõem de grifos que sinalizam o sentido central abordado.

A fase de interpretação considerou os sentidos apreendidos, o diálogo com a literatura e demais construções desenvolvidas nas fases citadas anteriormente.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O início do trabalho interpretativo se deu no campo, por meio da observação, com a contextualização das mulheres do estudo, conforme consta no tópico 6.1 (1ª fase HP). Estes dados articulados aos primeiros depoimentos das mulheres sobre "*Como foi saber que estava grávida*?", contribuíram para a compreensão dos sentidos e significados da gestação, sem enfatizar, neste primeiro momento, o diabetes.

6.1 Análise sócio-histórica

A maternidade do estudo localiza-se no município do Rio de Janeiro, mais especificamente em Laranjeiras, um bairro da Zona Sul, tipicamente residencial, de classe média e classe média alta. Fundada em 1904, a referida unidade de saúde iniciou seu funcionamento com a finalidade principal de dar proteção à gestante e às crianças recém-nascidas das classes menos favorecidas (MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, 2014). Atualmente, o acesso ao pré-natal da maternidade ocorre, exclusivamente, por meio da Central de Regulação do município do Rio de Janeiro (SISREG III). A unidade é responsável pela cobertura da área programática 2.1 (AP 2.1), que compreende os bairros de Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.

A clientela é constituída por gestantes que realizavam o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, uma vez triadas com risco, foram encaminhadas, como no caso das que desenvolvem DMG, assim como, gestantes que iniciam o pré-natal na UBS e já são classificadas com risco, como aquelas com diagnóstico de DMP, sendo imediatamente encaminhadas e, em menor proporção, gestantes com baixo risco acompanhadas desde o início na instituição. Periodicamente, são autorizadas algumas vagas para o pré-natal de baixo risco, a depender da demanda de alto risco, para que os alunos e residentes lotados na maternidade tenham a experiência desta atenção à saúde. Neste caso, a gestante residente na AP 2.1, com idade gestacional até 12 semanas, poderá realizar pessoalmente a matrícula no pré-natal. Os documentos exigidos para todas as gestantes são: carteira de identidade, cadastro de pessoas físicas (CPF), comprovante de residência e exame confirmatório de gravidez - sangue ou ultrassonografia ginecológica.

A atenção pré-natal se inicia com uma consulta coletiva e multidisciplinar denominada Acolhimento, sendo realizada por enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo e direcionada a todas as gestantes, diabéticas ou não, com o intuito de familiarizá-las com a rotina do pré-natal, as normas institucionais, os direitos sociais enquanto gestantes, recursos disponíveis no pré-natal e puerpério e alguns cuidados gerais de saúde, como a alimentação saudável. O Acolhimento acontece no auditório, localizado no 2º andar do prédio do ambulatório do pré-natal, as cadeiras estão dispostas em círculo, favorecendo a ideia de uma roda de conversa. A partir do Acolhimento, cada mulher passa a ter uma identificação institucional, pois recebe o Cartão da Gestante com a sua matrícula, informações pessoais e a data da primeira consulta de pré-natal. Este cartão será preenchido ao longo do pré-natal com informações de saúde, da gestação e a agenda das consultas. Além disso, o cartão contém o telefone para contato com a instituição.

As consultas são previamente agendadas para terça ou sexta-feira, dias reservados para o atendimento de gestantes com diabetes. O horário para chegada na instituição é 7h, com tolerância até 9h e o atendimento segue a ordem de chegada.

A espera pelas consultas se dá no pátio, que dispõe de bancos em madeira em número suficiente para que todas as gestantes possam se sentar junto aos seus acompanhantes. Neste período de espera, muitas gestantes conversam entre si, trocando informações e experiências. Há também banheiros - feminino e masculino e um bebedouro. Apesar de ventilado, em dias ensolarados, o local é quente. As consultas acontecem em consultórios dispostos no 1º e no 2º andar do prédio do ambulatório, sendo o acesso ao 2º andar por rampa. Em 2014, foram iniciadas obras envolvendo os prédios do pré-natal e do Alojamento Conjunto, com vistas a construir uma ligação entre ambos, sendo a previsão de término para 2016.

A equipe multidisciplinar que integra o pré-natal é composta por médicos (obstetras e endocrinologistas), enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, um funcionário administrativo e funcionários de serviços gerais. Fazem parte da equipe uma fisioterapeuta e uma psiquiatra que acompanham algumas gestantes com indicação clínica para a sua especialidade.

As consultas individuais são agendadas para cada profissional, que busca otimizar o tempo de espera para o atendimento, mas geralmente a gestante com diabetes permanece cerca de 4 horas, ou seja, o turno da manhã inteiro, para cumprir todas as atividades previstas, incluindo consultas e exames.

As gestantes com diabetes acompanhadas no pré-natal da referida maternidade são beneficiadas pelo convênio firmado entre a instituição e a Secretaria Municipal de Saúde do

RJ, por meio do Programa de Diabetes *Mellitus*, que fornece às gestantes submetidas à terapia com insulina, os insumos para o controle da doença na gestação: lancetador, lancetas, glicosímetro e bateria, fitas reagentes, seringas, além das insulinas NPH e regular.

Neste estudo, a oportunidade de realizar o pré-natal na instituição significou para algumas mulheres a continuidade de sua própria história, iniciada em gestações anteriores. Havia mulheres em sua primeira experiência, contudo, motivada pela vivência anterior de familiares e conhecidos. Os próprios funcionários e estudantes que por ali passam, quando precisam, também recomendam e se matriculam no serviço do pré-natal. Além disso, há casos de mulheres que escolhem a unidade, levando em consideração a praticidade, ou seja, o simples fato de ser próximo do seu local de trabalho.

A possibilidade de realizar o pré-natal e o parto na mesma unidade foi lembrado como um aspecto positivo, já que minimiza a necessidade de buscar maternidades para internação.

O início deste estudo ocorreu 11 anos após a implantação no Brasil do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e coincidiu com o lançamento da Rede Cegonha, uma estratégia do MS, que visa, entre outros aspectos, assegurar a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e ao nascimento. Com base nesta estratégia, a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, foram medidas adotadas na maternidade do estudo (BRASIL, 2000; 2012a).

As mulheres acompanhadas no presente estudo tinham entre 22 e 43 anos de idade e residiam em todas as regiões da cidade (Central, Norte, Sul e Oeste e, também, em município da Baixada Fluminense). Contudo, para mulheres que necessitam de um maior número de consultas e de outros procedimentos no pré-natal por conta da ocorrência do diabetes, morar distante da maternidade traz o desconforto de ter que realizar longas viagens para deslocamento, associado ao alto custo com transporte, tornando *a rotina do pré-natal muito pesada, muito sacrificante*.

Algumas mulheres do estudo residiam em comunidades da cidade do Rio de Janeiro (Cantagalo, em Ipanema, Rocinha, em São Conrado, São Miguel, na Tijuca e Vidigal, em São Conrado). Em geral, o termo comunidade tornou-se uma palavra-chave que indica um grupo de pessoas de baixo poder aquisitivo que vive dentro de uma área geográfica limitada, interagindo em uma constante dialética entre o individual e o coletivo. As comunidades são caracterizadas por constantes condições de precariedade da infraestrutura urbana e de serviços públicos, bem como, pela maior exposição à violência urbana.

O acesso à educação formal, e ao ensino médio em particular, possibilitou que parte das mulheres tivesse inserção em diversas áreas do mercado de trabalho, com vínculo empregatício - no comércio (alimentos, estética, imóveis, vestuário), como doméstica e na saúde (recepcionista, auxiliar de dentista). Segundo Barbosa e Coutinho (2007), as mulheres que trabalham fora têm a necessidade de agregar múltiplas atividades no cotidiano e conciliá-las com as que surgem na gestação.

As mulheres estudadas relataram viver um relacionamento estável com o pai de seus filhos, tanto na forma de união consensual, como formalmente casadas. A estabilidade do relacionamento conjugal, o sentido de família, concorre para que as mulheres sintam-se mais seguras em relação à gestação e aos cuidados demandados, sob o ponto de vista emocional e material promovidos pelo apoio paterno e familiar (PONTIERI; BACHION, 2010).

É preciso considerar, porém, que no estudo em questão viver um relacionamento estável nem sempre foi sinônimo de apoio paterno, pois outros fatores como desemprego e outras questões socioeconômicas, pareceram influenciar diretamente na decisão e aceitação da maternidade (BARBOSA; COUTINHO, 2007).

Foram identificados diversos contextos nos quais a gestação aconteceu. Houve casos em que a gestação já era desejada, outros nem tanto. Algumas mulheres imaginavam não poder mais ter filhos, ou que nunca poderiam tê-los. A gravidez inesperada foi definida como um *susto feliz*, pela conjunção dos sentidos de imprevisibilidade e de receio do inesperado, mas, em contrapartida, acompanhado de realização e alegria.

A intenção paterna pelo aborto também foi citada e compreendida pela mulher como rejeição não só ao bebê, mas a ela própria. A decisão pelo aborto pode partir apenas da mulher, apenas do homem ou de ambos, com significados diferentes. O apoio que a mulher necessita, muitas vezes, pode vir de sua rede social e não incluir o pai do seu filho. "[...] *a parada comigo é pra matar, porque foi uma facada no meu coração, eu não gostei* [...] *Eu conversei com a minha mãe que tava grávida* [...] *aí ela pediu pra não tirar e pra assumir as crianças."* (Karen)

Já o caso de Francisca retratou a situação em que a gravidez é desejada por longa data e não ocorre por impedimentos biológicos, o que a fez buscar tratamento para infertilidade. "[...] *tentei fazer até um tratamento, um tratamento meio complicado, paguei até médico caro, mas tava tão caro* [...] *por fim eu falei com meu esposo que eu não queria mais* [...] *Vou deixar nas mãos de Deus, se Ele achar que eu vou ser mãe, eu vou ser mãe e foi vindo* [...]" (Francisca)

O reconhecimento da gravidez ocorre muitas vezes por leigos, pelo companheiro, antes mesmo do diagnóstico clínico, por meio de mudanças comportamentais da mulher, como no humor e na alimentação. "[...] *meu esposo que desconfiou que eu estava grávida* [...] *Aí ele*

falou: porque você está muito enjoada, me atacando muito e muito nervosa [...] *vamos fazer o exame* [...] *Não é que meu marido estava com razão?!* [...] *Como é que a gente muda sem perceber."* (Neli)"

A concretude do resultado positivo de gravidez e o reconhecer-se grávida não ocorrem necessariamente no dia em que a mulher recebe essa notícia, mas muitas vezes a partir do momento em que percebe sinais da existência fetal e a necessidade de espaço na sua vida, como observado nas falas a seguir: "[...] *Aí depois, quando a barriga foi crescendo, aí eu me aceitei* [...] *comecei a pegar afinidade com a minha barriga e o bebê, aí ele se mexia...*" [Lúcia]. "[...] *comecei a acreditar mesmo, depois que a minha barriga começou a crescer, depois que ela começou a mexer né ... agora sim! agora estou grávida mesmo.*" (Ana Carolina).

A primeira ultrassonografia obstétrica costuma ser muito significativa, é capaz de revelar a imagem do feto (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011), a ponto das mulheres recordarem minuciosamente o que foi dito pelo médico no momento do exame: "[...] *o médico falou pra mim, mãe aqui tem um morador, o morador quando crescer.... vai chegar uma época que vai achar o apartamento pequeno e vai querer sair. Eu falei: tem um morador aí?*[...]." (Karen)

A paridade variou de 0-2 filhos, a maioria já tinha a experiência da maternidade. Embora algumas puérperas tivessem relatado não ter planejado a última gestação, cinco delas o fizeram em atendimento ao desejo de ter um filho pela primeira vez, de ter o primeiro filho de um novo companheiro ou de tentar ter uma menina, quando já mãe de menino.

Parte das mulheres iniciou o pré-natal no período recomendado pelo MS, ou seja, ainda no primeiro trimestre, comparecendo ao mínimo de 6 consultas e apresentaram frequência média a 5 consultas de nutrição.

No grupo das dezessete mulheres, uma apresentava DM tipo 1, três DM tipo 2 e treze desenvolveram DMG. O diagnóstico do DMG ocorreu de forma equilibrada nos três trimestres de gestação.

A puérpera Patrícia, diagnosticada com DM tipo 1, era acompanhada pela Endocrinologia de um Hospital Universitário do RJ, desde o diagnóstico do diabetes aos 19 anos (12 anos de doença), após a sua primeira gestação, porém com controle precário. A última gestação foi inesperada (terceiro filho) e na ocasião encontrava-se com controle glicêmico inadequado, sendo encaminhada ao pré-natal da maternidade do estudo.

As duas puérperas que apresentavam DM tipo 2 - Celina e Francisca - eram acompanhadas por endocrinologista vinculado à iniciativa privada, porém de forma irregular e, apesar de terem planejado a gravidez, o controle prévio do diabetes não representava uma meta para ambas. Celina desenvolveu DMG em 2004, em sua primeira gestação, confirmando o diagnóstico de DM tipo 2 após a mesma, portanto, vivenciou o gestar com diabetes na condição de DMG e depois de DMP. Enquanto Neli só teve o diagnóstico de DMP do tipo 2,

na gestação, pois apesar de ter realizado glicemia de jejum no período pré-gestacional que confirmava o diabetes, não apresentou o resultado deste exame a nenhum médico à época, apenas ao seu obstetra e, por isso, recebeu o diagnóstico apenas ao iniciar o pré-natal.

Aspectos importantes da gestação com diabetes foram representados no grupo de estudo e contribuíram para maior riqueza nos dados empíricos, como a ocorrência de prematuridade e macrossomia, assim como, a presença combinada do diabetes com outras enfermidades.

Os resultados deste estudo foram apresentados na forma de dois manuscritos. O primeiro deles intitulado: "A gestante e o processo de viver com diabetes *mellitus*", apresenta a análise das categorias - *refém do diabetes* e *doença da disciplina* - e responde ao primeiro objetivo específico do estudo. O segundo manuscrito intitulado "A dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes", apresenta a análise das categorias - *o comer na condição de gestante com diabetes*; *cuidado nutricional como regra* e *cuidado nutricional como decisão* - e responde ao segundo objetivo específico do estudo.

6.2 **Manuscrito 1**

A gestante e o processo de viver com diabetes *mellitus.*

The pregnant woman and the process of living with diabetes mellitus.

Raphaela Corrêa Monteiro Machado[1]
Mirian Ribeiro Baião[3]
Cláudia Saunders[4]
Marta Maria Antonieta de Souza Santos[2]

1- Mestranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (INJC/UFRJ). Nutricionista da Maternidade Escola da UFRJ. Mestranda Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI).

Endereço para publicação: Maternidade Escola da UFRJ. Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras. Rio de Janeiro/ RJ. CEP 22240-001
Tel.: (21) 2285-7935 Ramal: 216
raphaelamachado@me.ufrj.br

ABSTRACT

Qualitative study, part of the dissertation entitled "Senses and meanings of women in pregnancy and childbirth on prenatal nutrition care in diabetes", whose aim was to portray the process of living with diabetes in pregnancy, from the perspective of women. Participants were 17 adult women who have recently given birth and with a diagnosis of previous or gestational diabetes. The simple observation and semi-structured interviews were applied to the construction of empirical data. The analytical benchmarks adopted were the Hermeneutics of Depth (HP) proposal by John B. Thompson (2011) and an adaptation of Content Analysis (AC) proposed by Bardin (2003), in its thematic modality. The results showed diabetes during pregnancy as a landmark event for women, especially considering the possible complications to the baby's health and food restrictions imposed, and the so-called diabetes: *disease of the discipline*. The *hostage condition of diabetes* was reformulated by pregnant women from accessing and understanding of care. Despite all the particularities of a pregnancy with diabetes, one can not generalize that all pregnant women feel apprehensive about this reality. Diabetes was considered the easiest to control disease in pregnancy compared to gestational

hypertension syndrome. Insulin therapy meant the failure of nutritional care (in gestational diabetes), or the constant reminder of the disease (in the previous diabetes). Inexplicable events by pregnant women were attributed to diabetes and the sense of giving birth was weak for normal delivery. It was concluded that the process of gestating with diabetes, whether prior or gestational is unique to each woman and has multiple meanings that can influence self-care and the outcome of pregnancy.
Keywords: PREGNANCY; DIABETES MELLITUS; QUALITATIVE RESEARCH.

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa, parte da dissertação de mestrado intitulada "Sentidos e significados de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre o cuidado nutricional pré-natal em diabetes", cujo objetivo foi retratar o processo de viver com diabetes na gestação, sob a perspectiva das mulheres. Participaram 17 puérperas adultas, com diagnóstico de diabetes prévio ou gestacional e que realizaram o pré-natal e tiveram seus filhos em uma maternidade pública federal do Rio de Janeiro. A observação participante e entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas para a construção dos dados empíricos. Os referenciais analíticos adotados foram a Hermenêutica de profundidade (HP) proposta por *John B. Thompson* (2011) e uma adaptação da Análise de Conteúdo (AC) proposta por *Bardin* (2003), em sua modalidade temática. Os resultados evidenciaram o diabetes na gestação como um evento marcante para as mulheres, considerando principalmente as possíveis complicações à saúde do bebê e as restrições alimentares impostas, sendo o diabetes denominado: *doença da disciplina*. A condição de *refém do diabetes* foi reformulada pela gestante a partir do acesso e compreensão do cuidado. Apesar de todas as particularidades de uma gestação com diabetes, não se pode generalizar que toda gestante se sente apreensiva por esta realidade. O diabetes foi considerado como a enfermidade de mais fácil controle na gestação, quando comparada à síndrome hipertensiva gestacional. A terapia com insulina ora significou o fracasso do cuidado nutricional (no diabetes gestacional), ora a lembrança constante da doença (no diabetes prévio). Eventos inexplicáveis pela gestante foram atribuídos ao diabetes e o sentido do parir foi de debilidade para o parto normal. Concluiu-se que o processo de gestar com diabetes, seja ele prévio ou gestacional é único para cada mulher e apresenta múltiplos sentidos capazes de influenciar o cuidado de si e o desfecho da gestação.
Palavras-chave: GESTAÇÃO; DIABETES *MELLITUS*; PESQUISA QUALITATIVA.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo dinâmico e traz consigo transformações internas - por vezes imperceptíveis, e externas - geralmente visíveis, que afetam profundamente a vida dos protagonistas gestacionais: a mulher-gestante, o pai, a dupla parental e o núcleo familiar. A mulher é geralmente mobilizada pela responsabilidade que sente sobre essa nova vida em desenvolvimento dentro de si mesma.[1,2]

Seja a gestação aguardada ou não, a vivência básica é a ambivalência do "querer e não querer estar grávida", fruto do reconhecimento de si, mulher, em uma nova condição de vida e de suas implicações, como agregar o papel de mulher-gestante-mãe (pela primeira vez ou novamente) aos que já dispõe, como: estudante, trabalhadora, filha, companheira, provedora entre outros, emergindo sentimentos desde solidão, desamparo a felicidade. Ainda assim, este último parece ser o sentimento predominante que representa ser mãe.[1,2]

Gestação é associada à vida e saúde, não congrega qualquer processo de adoecimento, ao menos no senso comum. Este fato é verdadeiro em muitos casos, porém algumas gestações são adoecidas por realidades orgânicas, emocionais e sociais, combinadas entre si. Este artigo trata especificamente do processo de viver da gestante com diabetes *mellitus*.[3,4]

O diabetes *mellitus* (DM) é um grupo de distúrbios metabólicos, caracterizado por hiperglicemia, sendo atualmente considerado como epidemia, decorre de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina, ou de ambos. Uma mulher sabidamente com diabetes prévio (DM tipo 1 ou tipo 2) pode planejar engravidar ou descobrir-se grávida, e uma mulher considerada com boa saúde pode engravidar e descobrir-se com diabetes gestacional (DMG).[5,6]

O DMG é definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou reconhecimento na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Associa-se tanto a resistência à insulina quanto a diminuição da função das células beta.[5,7,8,9]

As complicações para a gestante com DMP são mais graves quando comparadas às DMG, pois os efeitos são precoces, durante a fertilização, implantação do óvulo e organogênese, ocasionando maior risco de malformações congênitas, restrição do crescimento fetal, morte fetal ou neonatal. No caso de gestantes com DMG, há maior risco de macrossomia e hipoglicemia neonatal.[7]

Outras complicações para a mulher, relacionadas ao diabetes na gestação, incluem maior ocorrência de síndromes hipertensivas gestacionais, polidramnia, infecções do trato

urinário, candidíase, ameaça de trabalho de parto prematuro, risco futuro de desenvolvimento de DM2, retinopatia e nefropatia.[8,9]

A atenção à saúde da gestante com diabetes se baseia no cuidado nutricional, educação em saúde e prática de atividade física, adequada à sua condição e autorizada pelo obstetra. Os antidiabéticos orais não são adotados como tratamento farmacológico de escolha, pois até o momento, o seu uso não é considerado seguro na gestação. Nos casos de DMP e de DMG em que o controle glicêmico não é alcançado, a terapia com insulina é indicada.[5,6,9]

Em publicação recente, Minayo (2012)[10] apresenta termos estruturantes da pesquisa qualitativa, dentre eles, *experiência* e *vivência*. Segundo a pesquisadora, o conceito de experiência diz respeito ao que o ser humano apreende no mundo e nas ações que realiza, enquanto vivência é produto da reflexão pessoal da experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, biografia e participação na história.

A gestante que apresenta DMP pode vivenciar a gestação como uma nova chance de vida, o triunfo sobre o diabetes, mas pode também haver rotura do equilíbrio emocional conquistado durante o tempo de doença. Enquanto no DMG, a gestante pode vivenciar o luto, a "morte da gestação idealizada".[6] Segundo Pessoa *et al* (2006)[11] o diagnóstico do DMG pode fazer emergir, na gestante, sentimentos como: susto, ansiedade e depressão, temores, insegurança, revolta, culpa, rejeição e impotência diante do prognóstico e do tratamento.

O diabetes apresenta à gestante algumas experiências próprias e outras comuns a uma gestação de médio e alto risco, como: calendário maior de consultas pré-natais com equipe multiprofissional especializada, realização de exames bioquímicos e obstétricos com maior frequência, possibilidade de internações hospitalares, que trazem repercussões para o seu cotidiano, como a constante necessidade de ausentar-se de sua casa e trabalho. Para algumas gestantes entram em cena conceitos e objetos antes desconhecidos – insulina, glicosímetro, fitas reagentes, controle glicêmico, diário alimentar, carboidrato. Todos esses aspectos podem fazê-la sentir-se como uma gestante diferente das demais.[11, 12, 13]

Sob o referencial das mulheres, a vivência da gestação com diabetes pode significar, a necessidade de privações alimentares, temores relacionados às complicações da doença e sentimentos exacerbados como os relativos ao parto. É sabido pela gestante da indicação de realização do parto em maternidades ou hospitais que dispõem de unidade de terapia intensiva neonatal, devido o maior risco de intercorrências do recém-nascido associadas ao diabetes, por isso, vive-se o conflito com o inesperado. Ter um filho saudável é, geralmente, o que mais importa.[6,9,14,15,16]

Pretende-se com este estudo, interpretar os sentidos e significados da gestação com diabetes, sob a perspectiva de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, a fim de retratar o processo de viver com diabetes na gestação. Deste modo, representam questões do estudo: Como as mulheres vivenciam a gestação com diabetes? Quais os sentidos e significados atribuídos à gestação com diabetes?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, baseado nos pressupostos da Hermenêutica de Profundidade (HP), propostos por John B. Thompson (2011).[17] Foi desenvolvido no período de 2011-2014 pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI), vinculado ao Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ.

Cenário do estudo

O cenário escolhido para desenvolver o estudo foi uma maternidade pública federal localizada no município do Rio de Janeiro, mais especificamente no bairro de Laranjeiras, um bairro da Zona Sul, tipicamente residencial, de classe média a alta. Esta maternidade é considerada referência para o pré-natal de gestantes com diabetes. Nesta unidade, as gestantes com diabetes são beneficiadas pelo convênio firmado entre a instituição e a Secretaria Municipal de Saúde do RJ, por meio do Programa de Diabetes *Mellitus*, que fornece às gestantes submetidas à terapia com insulina, os insumos para o gerenciamento da doença na gestação: lancetador, lancetas, glicosímetro e bateria, fitas reagentes, seringas, além das insulinas NPH e regular. Além disso, dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por médicos (obstetras e endocrinologistas), enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Fazem também parte da equipe uma fisioterapeuta e uma psiquiatra que acompanham algumas gestantes com indicação clínica para a sua especialidade.

Participantes do estudo

Fizeram parte do estudo, dezessete puérperas com idade entre 22 e 43 anos, gestação única e paridade anterior até 2 filhos, sendo a minoria primigesta. Quanto a natureza do diabetes, quatro delas tinham diagnóstico de DMP (uma DM tipo 1 e três DM tipo 2) e treze de DMG.

O local de moradia incluiu todas as regiões da cidade (Central, Norte, Sul e Oeste e, também, um município da Baixada Fluminense). Algumas mulheres residiam em comunidades da cidade do Rio de Janeiro (Cantagalo, em Ipanema, Rocinha e Vidigal, em São Conrado e São Miguel, na Tijuca). Houve predomínio de mulheres com acesso à educação formal, em particular, ao ensino médio, e que trabalhavam fora do lar, com vínculo empregatício, em diversas áreas do mercado de trabalho, no comércio (alimentos, estética, imóveis, vestuário), como doméstica e na saúde (recepcionista, auxiliar de dentista). Todas as mulheres realizaram pré-natal e parto na maternidade do estudo.

Os participantes deram sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após receberem informações sobre a natureza e os objetivos da investigação. Não houve recusa em participar da pesquisa.[18]

Técnicas de construção de dados

Foram adotadas três técnicas de construção de dados: observação participante, entrevistas semi-estruturadas e levantamento de dados de prontuário institucional.[19,20,21,22]

A observação foi realizada na maternidade do estudo, em ambientes destinados às gestantes, desde o momento da admissão até se tornarem puérperas. As questões de natureza descritiva (cenário e participantes) e reflexiva do pesquisador, assim como, questões emergentes foram registradas em caderno de campo e utilizadas na construção analítica dos dados empíricos.[19,20,21]

As entrevistas foram realizadas com cada puérpera, em um único encontro, durando em média trinta minutos, no período de dezembro de 2011 a agosto de 2012. O tempo de puerpério variou de horas a 10 semanas após o parto. As puérperas foram entrevistadas quando internadas no Alojamento Conjunto ou como acompanhantes de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ou ainda, após a alta hospitalar, ao retornarem no Ambulatório para consulta de revisão 20 dias após o parto ou para realização

do teste oral de tolerância à glicose - TOTG, 6 semanas após o parto. No primeiro contato com a puérpera, era definido o melhor momento para a realização da entrevista, contendo perguntas abertas, possibilitando que a entrevistada pudesse discorrer sobre temas que integravam o objeto da pesquisa - o contexto da gestação; o impacto do diagnóstico do diabetes na gestação; a atenção pré-natal e o cuidado nutricional pré-natal - com a possibilidade de adaptações pelo pesquisador, mediante a necessidade de aprofundamento das falas.

Utilizou-se o critério de saturação dos sentidos para a composição da amostra de conveniência, o que foi alcançado com dezessete mulheres entrevistadas. Dezesseis entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, conferindo maior precisão dos dados. Uma entrevista não foi gravada por falha técnica no gravador, porém ao final da mesma, os dados foram registrados em caderno de campo. A transcrição fidedigna de todas as entrevistas foi finalizada em fevereiro de 2013 e gerou 111 páginas digitadas.[23, 24] As entrevistas foram realizadas e transcritas pela pesquisadora principal do estudo.

No intervalo que antecedia a entrevista, era realizado o levantamento de dados do prontuário institucional de cada puérpera, o qual dispõe de registros da equipe multidisciplinar. Com base nesses dados, foi construído um resumo da história de cada mulher com vistas a enriquecer os dados das entrevistas.

As entrevistas com as puérperas foram realizadas em sala reservada no Alojamento Conjunto ou Ambulatório. Após a transcrição da entrevista, cada mulher foi codificada por nome fictício, garantindo o anonimato. As gravações em mídia das entrevistas estarão sob responsabilidade da pesquisadora durante o curso do mestrado (até março de 2015), serão armazenadas até 2020 e em seguida descartadas.[18,23]

A triangulação foi adotada como alternativa para a validação do material empírico, e constitui a exposição do fenômeno às duas estratégias: observação e entrevistas.[19,21,22]

As questões éticas foram embasadas nos princípios de beneficência, não maleficência, justiça e igualdade, em cada estágio do processo da pesquisa - planejamento, construção, análise de dados e elaboração de relatórios científicos - conforme prevê a Resolução 196/96, revogada pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi iniciada quando ainda estava em vigor a Resolução 196/96, acompanhou a transição para a Resolução 466/12 e não fere as diretrizes e normas dispostas em ambas.[18]

Análise dos dados

A fase de organização e exploração do material empírico compreendeu a transcrição fidedigna das entrevistas e leitura exaustiva do material transcrito, buscando apreender a visão de conjunto e das particularidades. Para interpretar os dados, utilizou-se o referencial da HP.[17]

A HP representa uma ferramenta teórico-metodológica para análise sistemática das formas simbólicas, inseridas em seu contexto sócio-histórico. Este referencial propõe uma leitura qualificada da realidade, sugere uma verdade plausível, mesmo que provisória, propõe sentidos viáveis e os fundamenta com argumentos.[17,25]

As formas simbólicas são construções significativas e complexas – ações e falas, imagens e textos, acontecimentos - que dizem alguma coisa sobre algo e por isso merecem ser compreendidas e interpretadas. A compreensão e a interpretação pressupõem um mundo de sentidos partilhados entre o eu e o outro, entre passado e presente, entre o todo e a parte.[17,19,26]

A análise foi processada a partir das três fases da HP, articuladas e complementares entre si: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/re-interpretação.[17,25]

A análise sócio-histórica buscou construir interpretações contextualizadas sócio-historicamente sobre a produção, circulação e apropriação das formas simbólicas.

Para a análise formal ou discursiva, se procedeu uma adaptação da Análise de Conteúdo (AC) de *Bardin* (2003)[27], na modalidade temática.

Nesta fase, em posse do *corpus* de análise, foram inicialmente definidos nove temas, orientados pelo roteiro semi-estruturado da entrevista, sendo posteriormente reduzidos a cinco categorias analíticas. No presente artigo, foram analisadas as categorias: *refém do diabetes* e *doença da disciplina*.

Para cada categoria foi criado um arquivo, contendo trechos significativos das entrevistas e elaborados pressupostos iniciais, que auxiliaram na busca dos sentidos das falas. Os núcleos de sentidos foram ordenados, constituindo o início da descrição textual. Ao final desta fase, foram realizadas inferências relacionadas aos sentidos e significados de mulheres sobre a gestação com diabetes. Alguns trechos das falas são apresentados em sua forma literal nos resultados e dispõem de grifos que sinalizam o sentido central abordado.

A fase de interpretação considerou os sentidos apreendidos, o diálogo com a literatura e demais construções desenvolvidas nas fases citadas anteriormente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, Protocolo de Pesquisa N. 17/2010- CEP/ME-UFRJ de 15/10/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Refém do diabetes

O diabetes *mellitus* divulgado e representado no senso comum é aquele capaz de ocasionar situações irreversíveis relacionadas às complicações desta enfermidade crônica, que comprometem a qualidade de vida, daí a notícia do diagnóstico ser impactante para a gestante, conforme retratado nas falas: "[...] *as pessoas falam de diabetes, que morreu por causa do diabetes, que ficou cega por causa do diabetes, conheço pessoas que tiveram que amputar a perna por causa do* diabetes [...]" (Karla) "[...]*minha avó sofreu muito* [...] *não cuidava direito* [...] *tinha feridas no corpo, que não fechavam direito* [...] *o diabetes é muito agressivo, muito ruim, você fica refém do diabetes, a verdade é essa."* (Neli)

Para algumas mulheres, ter o diagnóstico de diabetes prévio, por si só, representava uma interdição para a gravidez, mediante os riscos à saúde a ele atribuídos. Porém, a história bem sucedida de outras pessoas na mesma condição, sobretudo, aquelas próximas, pode desmistificar tal crença: "[...] *meu medo maior era o diabetes, aí conversando com as pessoas e tudo, aí pelo exemplo da minha mãe, pô se ela teve* [...]" (Celina) Em contrapartida, dependendo do tempo de doença e da habilidade alcançada em gerenciá-la, a descoberta da gestação, apresentando o diagnóstico de DMP, pode não suscitar preocupações e ser vivenciada de forma semelhante a uma mulher que não tenha a doença[28], como foi o caso de Francisca: "[...] *com 30 anos de idade eu descobri que estava diabética, desde então trato direitinho* [...] *Ah não, de modo algum, isso não, não me preocupei não* (em ser diabética)**."** A possibilidade de engravidar e vivenciar os sinais e sintomas da gestação, como náuseas matinais, ganho ponderal e crescimento da barriga, tendo o diagnóstico de uma doença crônica, aproximam a gestante de um grupo dito "normal", conforme descreveram Tyer-Viola & Lopez (2014).[29]

A recordação do momento em que o médico informou sobre o diagnóstico do diabetes gestacional é geralmente marcante e citado espontaneamente pela mulher, quando questionada sobre a gestação. A mulher se sente mobilizada com o diagnóstico, considerando os riscos à sua própria saúde e do bebê.[12]

O conhecimento deste tipo específico de diabetes, o gestacional, por parte da mulher, se dá muitas vezes pela primeira vez quando ela própria é informada que desenvolveu tal intercorrência, a partir daí, pode despertar o seu interesse para o tema e fazê-la buscar novas

informações. "[...] *nunca imaginei, não sabia que existia* [...] *diabetes gestacional* [...] *aí que eu comecei a ver em jornais, em revistas, aí eu fui me informar sobre o assunto*." (Kelly)

Os sentimentos das gestantes mediante o diagnóstico nos levam a inferir que o diabetes significa mais do que um fator de risco, possui muitas representações simbólicas.[28] Sentimentos como susto, choque, medo, nervoso e tristeza foram atribuídos por elas, conforme recordou Lúcia: "[...] *porque a médica falou que a diabetes faz o bebê crescer, aí eu fiquei um pouco assustada* [...]", dados semelhantes aos encontrados em outros estudos.[30,31]

E a doença, qualificada como "*bicho de sete cabeças*", "*coisa de outro mundo*", capaz de "*acabar com a vida da gestante*", "*fazer o mundo cair*" ou conforme relatou Maria Aparecida: "[...] *Eu pensei que era assim uma coisa grave, que não tinha solução* [...]", reforça o sentido de algo terrível, quase sobrenatural e de difícil enfrentamento.

O diagnóstico remete imediatamente à necessidade de mudar a alimentação, pela realização de uma "*dieta rigorosa*", na qual se deve "*cortar os doces*".[33,34] "[...] *pensei mil coisas, achei que... acabou a minha vida, sou diabética, não posso comer mais nada* [...] *chorei muito... foi difícil, até eu entender que não era aquele bicho de sete cabeças que eu imaginava* [...] *aí nas consultas, a nutricionista me explicando... aí eu contornei e aceitei* [...]" (Kelly)

Ainda segundo Kelly, o diabetes durante a gestação instaura uma situação de conflito alimentar, pois para ela, a gestação está associada ao maior apetite, fartura e variedade alimentar enquanto o diabetes ao controle alimentar "[...] *eu achava absurdo porque, na gestação você fica mais gulosa* [risos] *e quer comer tudo que vê pela frente* [...]" A sociedade "autoriza" a mulher a comer na gestação, porém o diabetes a desautoriza. A barriga gravídica justifica o comer, permite à mulher dar vazão aos seus desejos.

A preocupação das gestantes relacionada à possibilidade do bebê nascer com diabetes foi recorrente, condição esta que já seria pré-estabelecida, antes do nascimento e ocasionada por "transferência" materna, conforme apontou Thaise: "[...] *era o meu medo de passar pra ele* [...]" e também Rosália: "[...] *O que me assustava era saber que a minha filha tinha chance de nascer... diabética...* [Choro]" De forma similar, Hirst *et al.*(2012)[31] revelaram que algumas mães referiram medo ao amamentarem seus filhos, por acreditarem que a amamentação pudesse transmitir o diabetes ao seu filho.

Para Neli, a forma como a gestação se desenvolveu e como o parto se deu esteve diretamente relacionado ao fato dela apresentar diabetes: "[...] *eu não vou ter força para colocar uma criança de parto normal para fora de mim de novo, tô sentindo que eu tô muito... o diabetes me debilitou, eu sei que... na minha inspeção física eu tô bem e tal, mas acho que eu não tô* [...]." O diabetes sendo uma enfermidade, consome *forças*, ocasiona *fraqueza* conforme se vivencia em episódios de hipoglicemia, transmitindo a sensação de incapacidade para o trabalho de parto normal. O

sentido da *força* do diabetes nos corpos dos adoecidos, também foi retratado no estudo de Xavier *et al.* (2009).[32] Segundo este autor, os adoecidos têm a sensação de "luta" contra esta força avassaladora. Este achado aponta para a importância de se trabalhar o momento do parto com a gestante, ao longo do pré-natal.

Acontecimentos relacionados à saúde da mulher e do bebê que não são compreendidos passam a ser relacionados ao diabetes, como se para cada gestante o diabetes pudesse ocasionar efeitos diferentes. "[...] *eu não sei, se ele* [o bebê] *virou, porque ele sentou e se enrolou pela minha diabetes, eu não sei, entendeu?"* (Celina) Hirst *et al.* (2012)[31] descreveram o mesmo fenômeno, gestantes atribuindo ao diabetes, sintomas não relacionados a enfermidade, como a dificuldade para respirar.

Toda informação veiculada sobre diabetes na gestação terá impacto sobre a gestante, seja aquela difundida pelos meios de comunicação de massa, por leigos ou profissionais de saúde, dependendo da origem da observação, esta poderá ser danosa e equivocada. Segundo dados publicados por Nolan *et al.* (2011)[30], histórias contadas por familiares e amigos podem ocasionar medo nas gestantes. Faz parte do seu cotidiano, compartilhar informações, porém tratando-se de saúde, é aconselhável certificar-se com a equipe de saúde que a acompanha.

A equipe de saúde, por sua vez, deverá respeitar a dimensão simbólica do diabetes atribuída pelas gestantes e enriquecê-la com informações baseadas no conhecimento científico.[32] Desde a formação acadêmica, os profissionais aprendem que possuem conhecimento superior ou mais evoluído e desfrutam do poder de definir o que é melhor para o outro.[35] O diálogo franco e aberto entre o profissional e a gestante permite a expressão de suas dúvidas e o encontro entre os diferentes saberes, que podem dialogar e serem potencializados mutuamente.[36] A gestante precisa ter a oportunidade de recriar os conhecimentos científicos conjugando-os com o saber popular, o que possibilita a apropriação da experiência do adoecer e do tratamento.[37]

A possibilidade do gerenciamento do diabetes por meio de um tratamento acessível modifica o cenário de impotência e sentença negativa sobre a situação, conforme foi encontrado também por Oliveira & Madeira (2011).[38] "[...] *Foi um susto* [...] *não tenho diabetes na família* [...] *foi um choque, mas depois eu consegui entender que teria como controlar com a dieta* [...]*"* (Alessandra)

Doença da disciplina

O significado "*doença da disciplina*", identificado neste estudo, recorda o conjunto de medidas terapêuticas necessárias ao gerenciamento do diabetes, como a alimentação individualizada, adequada em qualidade e quantidade, organizada em horários regulares e, por vezes, associada à terapia com insulina, também em horários determinados. O portador de diabetes necessita, portanto, de disciplina para gerenciar a doença. Esta informação vai ao encontro do que foi apresentado por Stuhler & Camargo (2012)[33]: "o diabetes é definido como a *doença do não*", ou seja, compartilham o mesmo sentido de restrição, privação, sobretudo, alimentar. O destaque é conferido à alimentação, que justifica o controle ou o descontrole da doença.[36]

Entre as mulheres que desenvolveram DMG, o principal tratamento implementado foi exclusivamente a dieta e a dieta associada à terapia com insulina. "[...] *é melhor você ter uma alimentação saudável do que precisar usar insulina, morria de medo de usar...*" [Kelly]. "[...] *no primeiro dia para eu aplicar essa insulina, foi muito difícil, eu fiquei nervosa, eu queria chorar... eu achei que era uma coisa assim que não devia ter acontecido comigo* [...]" (Lúcia)

A terapia com insulina é temida pela maioria das gestantes com DMG[30], conforme referiu Karla: "[...] *fiquei apavorada quando eu soube que ia passar a usar insulina* [...]". Esta terapia pode significar o fracasso de um tratamento, no caso, o cuidado nutricional e, quando aliado à baixa adesão pela gestante, significar também punição pelo não cumprimento de uma regra, representado pela necessidade de sucessivas "furadas" ao longo do dia conforme descrito por Barsaglini & Canesqui (2010).[34]

A administração de insulina acompanha a prática de automonitorização glicêmica (AMG) domiciliar, ou seja, a aferição de 4 a 6 vezes ao dia da glicemia capilar e o seu registro em um diário. A AMG é uma ferramenta que pode otimizar o controle glicêmico e auxiliar a equipe de saúde e a própria gestante a avaliar o impacto dos cuidados adotados, é portanto indispensável.[31] O significado desta prática para a gestante é que precisa ser considerado. Em muitos casos, pode ser responsável por lembrar a todo instante de sua doença, seja no caso de DMP ou DMG, conforme relatam Celina e Nazy e por isso é motivo de desagrado.[5,6,9,36] "[...] *eu ficava mais nervosa ainda, porque eu tinha que fazer no trabalho, isso era complicado, porque às vezes eu tinha que fazer o dextro* [...] *aí tinha que 1 hora depois fazer a insulina para almoçar* [...] *e a minha patroa toda hora, cadê Celina e já tava eu fazendo insulina, entendeu?!...*" [Celina]. "[...] *Assim, era chato né, fazer ele* (controle glicêmico) *todo dia, todo dia ter que levar uma furada* [...]" (Nazy)

O plano terapêutico do diabetes na gestação foi representado por Letícia, como a adoção de práticas ampliadas de saúde, além da alimentação e medicação, que fazem parte de um estilo de vida saudável: "[...] *Ah, eu diria pra ela se alimentar direito, pra não tomar refrigerante, pra não tomar bebida alcoólica, pra não fumar, dormir direito, fazer exercício*." Estes dados corroboram aos apresentados por Barsaglini & Canesqui (2010)[34], que consideram o fato do diabetes impor um tipo de vida regrada.

Minimizar os possíveis riscos à saúde do bebê, como malformações ou até mesmo a morte, representa, ao mesmo tempo, prioridade e motivação para o cuidado de si materno. Esses dados são congruentes com os obtidos por outros estudos.[12,30,31,39] A ênfase na saúde do bebê pode representar exclusivamente o anseio materno, mas pode também reproduzir a influência do discurso biomédico no da mulher, centrado no desfecho da gestação, condição ao nascer e ao maior risco que essa mulher tem em desenvolver futuramente DM tipo 2.[12,39]

"[...] *que eu pudesse perder o bebê ou que o bebê tivesse alguma malformação ou que eu fosse ficar diabética pra sempre, tudo isso passa* [na cabeça]... *Até a gente conversar com os profissionais e entender, que não é bem assim."* (Alessandra)

As diferentes formas de apoio social recebidas pela mulher durante a gestação podem contribuir para tornar o controle do diabetes mais ameno conforme é apresentado por Costa *et al.* (2011)[40] e ilustrado no seguinte excerto: "[...] *eu recebi muito apoio, aí eu fui ficando mais solta, mais leve, entendeu?* [...] *muito apoio da nutricionista, de todas elas, da minha médica, de todos, apoio da minha família, do meu esposo* [...]" (Rosália)

O apoio familiar contempla informações ou recursos materiais fornecidos por grupos, como família, amigos ou profissionais de saúde, que trazem benefícios emocionais ou comportamentais para quem os recebe. É preciso considerar, contudo, que apoio familiar também pode significar uma forma de controle excessivo, com pouco ou nenhum respeito ao livre arbítrio do outro. A presença ou a ausência de apoio familiar está relacionada a muitos fatores, como a convivência e a comunicação existente entre os membros e a forma como significam a condição de adoecimento. A ausência de apoio familiar pode gerar sentimentos de abandono, desamparo e solidão e comprometer a motivação para o tratamento.[37]

A aceitação das famílias sobre as mudanças que forem necessárias no cotidiano pode favorecer o gerenciamento do diabetes pela gestante, ainda que muitas vezes, ocupe ela própria o papel de cuidadora deste núcleo, sendo responsável, por exemplo, pela aquisição, preparo e disponibilização de alimentos.[34,39,40] "[...] *você tem que mudar todo o sistema da tua casa, aí o que você comprava, já não compra mais, o marido também para ajudar não pode comer alguma coisa, porque sozinha a gestante fica difícil pra ela* [...]" (Neli)

Em alguns casos, o diagnóstico do diabetes pode ser confirmado no contexto de uma internação hospitalar, indicada por motivo obstétrico, como ocorreu com Nazy.[12] Neste caso, o controle da doença foi alcançado, mediante a aplicação de medidas terapêuticas que constituem rotina na atenção à gestante hospitalizada, como: visita diária dos profissionais de saúde, alimentação prescrita por nutricionista, refeições fornecidas pelo Serviço de Nutrição de 3/3 horas e monitoramento da glicemia e aplicação de insulina pelo Serviço de Enfermagem, sendo consideradas pela gestante como facilitadores do bem-estar, porém sem deixar de reconhecer as dificuldades relacionadas ao afastamento de sua rotina domiciliar e familiar. "[...] *Quando eu descobri, eu já fui ficando internada. Aí eu me tratei aqui, fiquei almoçando, fiz dieta, aqui tomando insulina, não cheguei nem tomar em casa não, só aqui no hospital* [...]" (Nazy)

Segundo estudo realizado por Araújo *et al.* (2013)[41], as gestantes com diabetes vivenciam a dualidade da felicidade e do sofrimento, a primeira atrelada a possibilidade de ser mãe, de realizar o tratamento e a esperança de obter a cura após o parto, enquanto o segundo, está relacionado ao impacto do diagnóstico e ao afastamento dos familiares e do cotidiano doméstico quando se faz necessária a hospitalização.

Enfermidades podem se apresentar combinadas ao período gestacional, e entre as muitas possibilidades, a ocorrência concomitante de diabetes e síndromes hipertensivas da gravidez (SHG) representa a realidade de muitas gestações. Neste caso, algumas gestantes atribuem riscos à saúde semelhantes, outras conferem destaque a uma delas, dependendo do resultado alcançado com o tratamento. Em estudo desenvolvido por Azevedo *et al.* (2009)[42] sobre pré-eclâmpsia, as gestantes reconheceram a gravidade da doença, conferiram grande destaque ao sintoma de "pressão alta", porém foi notório o desconhecimento sobre a doença. Souza *et al.* (2007)[43] consideraram a falha no processo de comunicação entre equipe de saúde e gestantes, como um dos aspectos capaz de justificar a ausência ou inadequação de informações sobre a doença. No presente estudo, Karla considerou o diabetes como a doença de mais fácil controle, quando comparado a SHG e Francisca demonstrou conhecimento limitado sobre ambas as doenças, porém com reconhecimento dos possíveis riscos à saúde. "[...] *a pressão alta assusta mais* [...] *o diabetes é mais fácil de controlar, porque quando eu soube* [...] *larguei tudo* [...] *escolhi sacrifício* [...] *eu deixava de comer pela saúde...*" [Karla]. "[...] *uns falam que a pressão alta não vai sangue suficiente pro bebê, e outros, ouvia falar, que a diabetes poderia vir muito alta, sei lá, hormônio, um negócio assim, não peguei muito detalhado, mas minha mente ficava encucada com esse tipo de coisa, entendeu?*" (Francisca). O diabetes ter sido considerado uma enfermidade de mais fácil controle quando comparado à SHG, está associado aos resultados visíveis e quase imediatos do cuidado nutricional (após duas semanas já é possível identificar alterações na glicemia), de

forma distinta, pois, na SHG, muitos fatores não-controláveis influenciarão na evolução da doença. Este achado retrata a ressignificação do conhecimento científico pela vivência da gestante.

A "escolha pelo sacrifício" indicado na fala anterior está relacionada ao papel de mãe, de proteção, desde a vida intra-útero, livrando o filho de qualquer tipo de sofrimento.

Neli considera como motivo para baixa adesão ao tratamento a incompreensão do quadro clínico e dos efeitos práticos para a vida da própria gestante, por isso valoriza o direito a informação clara, capaz de motivar a gestante quanto ao cuidado de si.[36] "[...] *na verdade, a gente não tem noção, o bom dessa maternidade é que os alunos, os recém-formados e os médicos* <u>*explicam para o paciente a situação*</u>*, porque nos outros lugares não explicam, porque uma pessoa que é leiga não tem noção como medir os danos que ela pode ter* [...] *às vezes, não é porque ela não quer, mas ela não tem noção daquilo ali* [...]" (Neli) Além disso, é preciso considerar o cotidiano dessas mulheres, muitas vezes marcado por dificuldades, associadas a condições socioeconômicas limitadas, dedicação às tarefas domésticas e ao cuidado de outros filhos, não encontrando, assim, tempo para cuidar de si.[38]

A descoberta do DMG sendo trabalhadora da área de saúde, como técnica de enfermagem, requer a troca de papéis, ao menos durante o pré-natal, "*quem orientava, passará a ser orientada*", a aderir aos cuidados, a medicar-se, ainda que assuma fazê-lo contrariada. "[...] *eu com diabetes...* [...] *oriento as pessoas que tem que tomar remédio, mas* <u>*eu não suporto tomar remédio*</u>*, não suporto* [...] *porque aí já não afetou só o meu corpo, aí já tinha o meu bebê, sabe?* [...]" (Flávia) Percebe-se nesta fala, o desagrado quanto à necessidade de cumprir uma prescrição de saúde, possível apenas, quando passou à condição de assistida. A linguagem do profissional geralmente não favorece a reflexão crítica para a tomada de decisão frente aos desafios diários impostos pela doença.[36]

Segundo recomendações propostas pela SBD[9], toda mulher com diagnóstico de DMP, deve preferencialmente alcançar um bom controle glicêmico antes de engravidar, prevenindo possíveis complicações fetais precoces. Porém, algumas mulheres acabam engravidando sem que tenham atingido o bom controle da doença,[28], assim como, muitas desconhecem o diagnóstico (geralmente DM tipo 2), com suspeita logo no primeiro exame bioquímico de pré-natal. "[...] *Aí continuei tomando a Metformina®, só que nos últimos tempos eu relaxo, a glicose tá boa, não sei o que, relaxo, aí quando eu engravidei dessa vez agora,* <u>*ela tava mais acentuada*</u>." (Celina). Isto também pode ser ilustrado a partir do caso da puérpera Neli, que receberia o diagnóstico do diabetes a partir de um exame realizado antes da gestação, se o tivesse levado para avaliação médica, porém o mesmo acabou passando despercebido, refletindo a descontinuidade na atenção à

saúde. "[...] (descobri o diabetes) *durante a gestação. Mas eu já estava, porque eu trouxe o exame que por mim passou até despercebido, agente não tem mania de olhar e se informar, mania de brasileiro, então, eu tinha um exame meu que constava 130 de açúcar de jejum, sem estar grávida* [...]" (Neli)

O comprometimento real da saúde do bebê ocasionado pela baixa adesão materna ao tratamento pode representar o principal sentido capaz de fazê-la reconhecer-se doente e a valorizar o cuidado de si. Sentido este relacionado, novamente, ao papel de mãe, de proteção, tal qual ocorreu com Celina: "[...] *a diabética é você e não o neném, o neném não aguentou entendeu, e isso me apavorou um pouquinho, aí foi a última... foi que caiu a ficha. Meu Deus do céu! Eu sou diabética e meu filho não é, e ele que está sofrendo porque eu sou diabética, aí eu fiquei meio apavorada*." Em estudo realizado por Nolan *et al.* (2011)[30], parte das mulheres entrevistadas expressaram sentimentos de culpa em relação às complicações de saúde de seus filhos.

O caso de Celina teve como desfecho o nascimento de um bebê prematuro, com malformação congênita, tendo sido necessário permanecer internado na UTIN. Diante desta realidade, foi possível assumir a parcela de responsabilidade em não adotar medidas que poderiam favorecer o gerenciamento da doença e o melhor controle metabólico[36]: "[...] *leva a sério a insulina, a dieta, que eu sei o quanto é importante, entendeu?*[...]"

O acesso ao atendimento humanizado e a tratamentos especializados oferece à mulher com diabetes o apoio para obter maior controle sobre a doença. "[...] *Fazer o pré-natal aqui nesta instituição!* [Risos]. *Tem tudo o que ela precisa. Encontra carinho, né... são todos atenciosos e tem tudo o que você precisa, tanto pra doenças... pressão alta, pro diabetes e o pré-natal normal."* [Karla]. "[...] *Eu daria um conselho de procurar um lugar correto* [...] *não diria um posto, porque num posto não tem todos os cuidados né, mas eu indicaria esta instituição, profissionais maravilhosos e o cuidado que aqui tem com a gestante* [...] *eu indicaria, um bom lugar*." (Karen). Segundo Oliveira & Madeira (2011)[38], as mulheres identificam diferenças na assistência prestada em uma unidade básica de saúde, na maioria das vezes massificada, e em um serviço especializado, com equipe multiprofissional, reconhecendo neste último, maior chance de que suas necessidades sejam atendidas.

Durante o pré-natal, ao mesmo tempo que as mulheres valorizavam o monitoramento de sua saúde com consultas frequentes e múltiplos exames, também consideravam a rotina densa, cansativa, capaz de interferir na dinâmica da vida cotidiana.

Todo este controle minucioso exige da mulher um processo de construção de regras de autoajuda que acabam sendo compartilhadas: "[...] *você tem que ter fé em você também, força de vontade. Porque se você não tem força de vontade e se você não ama seu bebezinho... você tem que ter muita força de vontade e confiança nos médicos...*" [Rosália]. "[...] *eu falaria pra ela, a experiência do diabetes gestacional, que não é tão grave quanto a gente pensa, que tem um tratamento correto, tem um controle, tem informação, tem a reeducação e que depende da gente* [...]" (Alessandra). Tal processo de construção de

regras a torna difusora de um repertório de autoajuda para outras mulheres.[36] "[...] *foi uma descoberta, hoje eu tenho, eu posso passar pra alguém o que eu passei de uma forma... da forma correta*."

Estes resultados despertam para o fato de que apesar de todas as particularidades de uma gestação com diabetes, ainda assim, não se pode generalizar que toda gestante se sente diferente das demais, conforme relata Celina: "[...] *Não, em nenhum momento* (me senti como uma gestante diferente)."

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, vale ressaltar a importância do acesso à história de vida de cada mulher, antes de qualquer intervenção, com vistas a compreender a dimensão simbólica da gestação e viabilizar o cuidado individualizado. Esta decisão favorece não só à gestante, mas ao próprio cuidador, que reconhece maior eficiência em suas ações. Em outras palavras, antes de tudo, é preciso saber como a gestação se apresentou a essa mulher. Colher dados para o preenchimento do cartão da gestante, classificando-a segundo o enfoque de risco é imprescindível, mas não é suficiente.

Quando a gestação vem acompanhada de uma enfermidade, se faz necessário, da mesma forma, compreender a dimensão simbólica da enfermidade isoladamente e dela no contexto da gestação. Foi possível perceber que a gestação com diabetes, representa para a mulher, a submissão a um conjunto de regras para as quais é necessário uma mobilização interna, além do apoio de sua rede social, seja o diabetes diagnosticado antes (prévio) ou durante a gestação (gestacional).

Corroborando com a literatura, a saúde do bebê representou a principal motivação para o cuidado materno. Uma questão interessante foi identificar o sentido de que o diabetes poderia ser "transferido" ao bebê, como ocorrem com os nutrientes, oxigênio, eletrólitos e doenças transmissíveis.

O fato de ser gestante com diabetes, por si só, trouxe o sentido de debilidade para o parto normal, informação esta importante de ser considerada e trabalhada desde o pré-natal pela equipe de saúde.

Escutar de cada mulher entrevistada, o que ela diria caso encontrasse uma gestante com uma história semelhante à sua, foi profissionalmente inspirador na medida em que, pela primeira vez, foi possível desfrutar do resultado imediato do trabalho em equipe e também

reconhecer a capacidade e o direito de cada sujeito em decidir livremente pelo cuidado a ser seguido.

A atenção pré-natal especializada em diabetes demanda ações em saúde adicionais, que favoreçam a mulher vivenciar ativamente a sua gestação e isto significa inseri-la no centro do cuidado, dando-lhe voz. O diabetes não deve sobrepor à gestação, mas sim agregar-se a ela, é uma condição adjacente, mas não por isso negligenciada. Faz-se necessário esclarecer a finalidade de cada procedimento, da rotina densa de cuidados e dos riscos assumidos em não adotá-la, mas principalmente valorizar cada mulher na condição de gestante. Considerar que o processo de gestar com diabetes não é determinado exclusivamente com base no saber médico-científico, mas permeado pela experiência de quem vive esta condição, repleta de sentidos e significados que exercem influências sobre o cuidado de si e o desfecho da gestação.

Colaboradores

RCM Machado trabalhou na elaboração da pesquisa qualitativa (3ª etapa do projeto), execução da coleta e análise de dados, além da redação final; MMAS Santos e MR Baião trabalharam na concepção e elaboração da pesquisa qualitativa (3ª etapa do projeto), orientaram a elaboração das atividades de pesquisa, realizaram o refinamento do projeto, contribuíram na análise de dados e refinamento da redação final e C Saunders coordenou o projeto e trabalhou na concepção, elaboração e execução da pesquisa quantitativa (1ª e 2ª etapas do projeto).

Agradecimentos

Agradecemos o apoio do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI), vinculado ao Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ, que proporcionou o desenvolvimento do projeto intitulado "Contribuições teórico-práticas para a assistência pré-natal de gestantes diabéticas", do qual faz parte o presente estudo, que gerou este artigo.

Referências

1. Bonadio IC. Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. Rev Esc Enf USP, 1998 abr;32(1):9-15.

2. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM, Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. Cienc Enferm, 2010;16(2):115-25.

3. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
4. Zampieri MF, Erdmann A. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saúde Matern Infant, 2010;10(3):359-67.

5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2014;37(Suppl 1):S14-S80.

6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

7. Negrato CA, Montenegro RM Jr, Mattar R, Zajdenverg L, Francisco RPV, Pereira BG, et al. Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian Consensus Statement. Diabetol Metabol Synd, 2010;2:27.

8. Saunders C, Padilha PC. Diabetes melito na gestação. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2.ed. reimp, ver e atual. Rio de Janeiro: Cultura Médica : Guanabara Koogan; 2009. p.191-207.

9. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disglicemias na gestação. In: Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3.ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica; 2009a. p.266–80.

10. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. Saúde Coletiva, 2012;17(3):621-626.

11. Pessoa SMF, Pagliuca LMF, Damasceno MMC. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. Rev. Enferm. UERJ, 2006;14 (3):463-9.

12. Bezerra MGA, Carvalho FAM, Sobreira TT. Sentimentos das gestantes diabéticas. Rev. RENE., 2001;2(1):95-100.

13. Péres DS, Franco LJ, Santos MA dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Rev Saúde Pública**,** 2006;40(2):310-7.

14. Carvalheira AP, Tonete VLP, Parada CMGL. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010;18(6):[08 telas].

15. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. Rev Latino-Am Enfermagem, 2004;12(6):899-904.

16. Barsaglini RA. As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 248p.

17. Thompson JB. A metodologia da interpretação. In: Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9.ed. Petrópolis: Vozes; 2011. p.355-77.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº. 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DOU 2013 jun. Seção 1. p.59.

19. Denzin NK, Lincoln YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.15-41.

20. Flick U. Observação e etnografia. In: Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.203-18.

21. Laperrière A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: Poupart J. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 410-35.

22. Santos MMAS. Avaliação do impacto de um programa de acompanhamento nutricional pré-natal no resultado obstétrico de gestantes adolescentes: uma conjugação das dimensões biomédica e sociocultural. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro;2011.

23. Silverman D. Pesquisa qualitativa confiável**.** In: Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.107-43.

24. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciênc. Saúde Coletiva, 2008;13(6):1975-84.

25. Veronese MV, Guareschi PA. Hermenêutica de profundidade na pesquisa social. Ciênc Soc Unisinos, 2006;42(2):85-93.
26. Casal AY. Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica. Lisboa: Edições Cosmos; 1996.

27. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.

28. Griffiths F, Lowe P, Boardman F, Ayre C, Gadsby R. Becoming pregnant: exploring the perspectives of women living with diabetes. British Journal of General Practice, March, 2008.

29. Tyer-viola LA, Lopez RP. Pregnancy with chronic illness. JOGNN, 2014: 43: 25-37; 2014.

30. Nolan JA, Mccrone S, Chertok IRA. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. Journal oh the Amerian Academy of Nurse Practitioners, 2011: 23: 611-618.

31. Hirst JE, Tran TS, Rowena F, Morris JM, Jeffery HE. Women with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours. BMC Pregnancy & Childbirth, 2012, 12:81.

32. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. Texto Contexto Enferm, 2009;18(1):124-30.

33. Stulher GD, Camargo BV. Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva, 2012;6(3).

34. Barsaglini RA; Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. Saúde Soc. São Paulo, 2010: 19(4): 919-932.

35. Santos RV; Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 18(4): 652-60.

36. Ribas CRP, Santos MA, Zanetti ACG, Zanetti ML. Representações sociais de pacientes com diabetes *mellitus* sobre o atendimento por profissionais de saúde. Psico, 2013;44(1):139-49.

37. Santos MA, Alves RCP, Oliveira VA, Ribas CRP, Teixeira CRS, Zanetti ML. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. Rev Esc Enferm USP 2011;45(3):651-8.

38. Oliveira VJ, Madeira AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. Esc Anna Nery (impr.) 2011; 15(1):103-9.

39. Castillo CAG, Vásquez ML. El cuidado de sí de la ambarazada diabética como una via para asegurar un hijo sano. Texto Contexto Enferm, 2006;15(1):74-81.

40. Costa JA; Balga RSM; Alfenas RCG; Cotta RMMC. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programa de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2011: 16(3):2001-2009.

41. Araújo MFM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Zanetti ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. Rev Bras Enferm, 2013;66(2):222-7.

42. Azevedo DV, Araújo ACPF, Costa ICC, Medeiros Júnior A. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. Rev. Salud Pública. 2009;11(3):347-58, 2009.

43. Souza NL, Araújo ACPF, Azevedo GD, Jerônimo SMB, Barbosa LM, Sousa NML. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. Rev Saúde Pública, 2007;41(5):704-10.

6.3 **Manuscrito 2**

A dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes *mellitus*.

The symbolic dimension of prenatal nutrition care in diabetes.

Raphaela Corrêa Monteiro Machado[1]
Mirian Ribeiro Baião[3]
Cláudia Saunders[4]
Marta Maria Antonieta de Souza Santos[2]

1- Mestranda do Programa de Pós-graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (INJC/UFRJ). Nutricionista da Maternidade Escola da UFRJ. Mestranda Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI).

Endereço para publicação: Maternidade Escola da UFRJ. Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras. Rio de Janeiro/ RJ. CEP 22240-001
Tel.: (21) 2285-7935 Ramal: 216
raphaelamachado@me.ufrj.br

ABSTRACT

Qualitative study, part of the dissertation entitled "Senses and meanings of women in pregnancy and childbirth on prenatal nutrition care in diabetes", whose aim was to portray the symbolic dimension of prenatal nutritional care in diabetes under the perspective of women. Participants were 17 adult women who have recently given birth and with a diagnosis of previous or gestational diabetes. The simple observation and semi-structured interviews were applied to the construction of empirical data. The analytical benchmarks adopted were the Hermeneutics of Depth (HP) proposal by John B. Thompson (2011) and an adaptation of Content Analysis (AC) proposed by Bardin (2008), in its thematic modality. The need for changes in eating was the main significance of diabetes, either prior or gestational. The feeding of pregnant women with diabetes is under constant surveillance. The nutritional care based on the Traditional Method or Carbohydrate Counting Method was understood as an opportunity to nutritional education, some pregnant women, however, defended their right to *eat at will*. Weight loss was considered by some pregnant women as desirable, even going against the recommended by nutritionists. Pregnant women basically adopted the standard

diet plan, using some of the food replacement list. Mentioned any dietary transgressions, consented in small portions. Developed ability to read labels on food packaging and food conscious choices. Sugar accounted for a ban, including pregnant women followed by Carbohydrate Counting Method. Food containing sucrose were understood as less harmful to health when compared to the addition of sugar. The term *floating* adherence to nutritional care portrays the experience of women during pregnancy, the result of daily changes, even in the presence of a good nutritional monitoring and interest on the part of the pregnant woman. It was concluded that every woman - pregnant woman experiences the eating and prenatal nutritional care in diabetes not as a dietary method, but as something that is part of their way of life.
Keywords: PRENATAL CARE; DIET IN PREGNANCY; DIABETES MELLITUS.

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa, parte da dissertação de mestrado intitulada "Sentidos e significados de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre o cuidado nutricional pré-natal em diabetes", cujo objetivo foi retratar a dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes, sob a perspectiva das mulheres. Participaram 17 puérperas adultas e com diagnóstico de diabetes prévio ou gestacional. A observação participante e entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas para a construção dos dados empíricos. Os referenciais analíticos adotados foram a Hermenêutica de profundidade (HP) proposta por *John B. Thompson* (2011) e uma adaptação da Análise de Conteúdo (AC) proposta por *Bardin* (2003), em sua modalidade temática. A necessidade de mudanças no comer foi o principal significado do diabetes, seja prévio ou gestacional. A alimentação da gestante com diabetes está sob constante vigilância. O cuidado nutricional baseado no MT ou MCC foi compreendido como uma oportunidade de reeducação alimentar, algumas gestantes, porém, defenderam o seu direito de *comer à vontade*. O emagrecimento foi considerado por algumas gestantes como desejável, ainda que contrariasse o aconselhado pelos nutricionistas. As gestantes adotaram basicamente o plano alimentar padrão, utilizando pouco da lista de substituição de alimentos. Referiram eventuais transgressões alimentares, consentidas em pequenas porções. Desenvolveram habilidade para leitura de rótulos em embalagens de alimentos e escolhas alimentares conscientes. O açúcar representou uma interdição, inclusive para gestantes acompanhadas pelo MCC. Alimentos contendo sacarose foram compreendidos como menos

nocivos à saúde, quando comparados ao açúcar de adição. O termo adesão flutuante ao cuidado nutricional retrata a vivência da mulher ao longo da gestação, fruto de mudanças cotidianas, mesmo na vigência de um bom acompanhamento nutricional e interesse por parte da gestante. Concluiu-se que cada mulher-gestante vivencia o comer e o cuidado nutricional pré-natal em diabetes não como um método dietético, mas como algo que integra a sua forma de viver.

Palavras-chave: CUIDADO PRÉ-NATAL; ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ; DIABETES *MELLITUS*; PESQUISA QUALITATIVA.

INTRODUÇÃO

O gestar pode ser considerado um processo natural, de acordo com o senso comum. Por outro lado, é verdade que algumas gestações são adoecidas por realidades orgânicas, emocionais e sociais, combinadas entre si, representando assim, um período de potenciais riscos à saúde da mulher e da criança. No passado, mulheres que apresentavam doenças crônicas eram aconselhadas a não engravidarem. Hoje, felizmente, mediante avanços no processo do cuidado, estas mulheres podem vivenciar a maternidade[1]. A coexistência entre gestação e diabetes *mellitus* é um exemplo e o cuidado nutricional pré-natal destinado a essas gestantes é tema deste artigo.[2,3]

Segundo Helman (2003)[2], reconhecer-se adoecido envolve a concordância na percepção do comprometimento do bem-estar pelo próprio indivíduo e os que o cercam, ambos influenciados pelos aspectos socioculturais em que estão submetidos.

A condição de adoecido pode significar estar impedido de fazer algo que lhe é apreciado e desconsiderar, em parte ou na totalidade, o que rege o saber médico-científico. No caso da gestante com diabetes, pode lhe ser custoso o fato de passar a monitorar qualitativa e quantitativamente a sua alimentação.[4]

O cuidado nutricional integra a atenção pré-natal, confere impacto sobre o resultado perinatal e busca, no caso de diabetes na gestação, proporcionar além de uma adequada nutrição materno-fetal e ganho de peso recomendado, o controle glicêmico e a habilidade pela gestante de gerenciar a enfermidade com autonomia, comprometendo-se inclusive com a saúde futura de ambos, mãe e filho.[5]

Segundo recomendações da ADA, existem duas estratégias possíveis para orientação nutricional de gestantes com diabetes: aquela baseada na distribuição energética por refeições e fracionamento da dieta, denominada neste estudo como método tradicional (MT) e a orientação baseada no método da contagem de carboidratos (MCC), reconhecido por conferir vantagens à pessoa com diabetes, como a flexibilidade alimentar.[6]

O presente estudo busca valorizar a dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes, visto que o processo de gestar com diabetes não é determinado exclusivamente com base no saber médico-científico, mas permeado pela experiência de quem vive esta condição, repleta de sentidos e significados que exercem influências sobre o cuidado de si e o desfecho da gestação.

Segundo *Lev Vygotsky*[7], *significado* de uma palavra ou fenômeno é uma generalização ou um conceito e decorre de atos de pensamento. O *sentido*, por sua vez, tem caráter simbólico, é provisório e dinâmico, não tem a estabilidade de um significado, mudará dependendo do contexto.[8,9]

A condição de gestante com diabetes exige que a mulher elabore sentidos e significados (dimensão simbólica do diabetes na gestação) para, posteriormente, desenvolver estratégias para o seu gerenciamento, como o cuidado de si, adesão às prescrições, processos interativos e a tomada de decisão (dimensão concreta do diabetes na gestação), em um espaço de tempo relativamente curto.[10,11]

O objetivo deste estudo foi compreender a dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes, sob a perspectiva de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, a fim de oferecer subsídios para a avaliação deste cuidado. Deste modo, a questão norteadora do estudo é: Que sentidos e significados as gestantes atribuem à alimentação e ao cuidado nutricional pré-natal em diabetes?

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo, pautado na abordagem qualitativa e nos pressupostos da Hermenêutica de Profundidade (HP), propostos por John B. Thompson (2011).[12]

Representa um recorte (3ª etapa) do projeto intitulado “Contribuições teórico-práticas para a assistência pré-natal de gestantes diabéticas”, desenvolvido no período de 2011-2014

pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI), vinculado ao Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC) da UFRJ (SIGMA/UFRJ 19353, julho/10).

Cenário do estudo

O local escolhido para o estudo foi uma maternidade pública federal do município do Rio de Janeiro, considerada como referência para o pré-natal de gestantes com diabetes. Nesta unidade, as gestantes com diabetes são beneficiadas pelo convênio firmado entre a instituição e a Secretaria Municipal de Saúde do RJ, por meio do Programa de Diabetes *Mellitus*, que fornece àquelas submetidas à terapia com insulina, os insumos para o gerenciamento da doença na gestação: lancetador, lancetas, glicosímetro e bateria, fitas reagentes, seringas, além das insulinas NPH e regular. Dispõe também do acompanhamento por uma equipe multidisciplinar composta por médicos (obstetras e endocrinologistas), enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, além de uma fisioterapeuta e uma psiquiatra que acompanham algumas gestantes com indicação clínica para a sua especialidade.

Desde o final da década de 90, há nessa instituição, uma parceria entre o Serviço de Nutrição e o INJC, que viabiliza a atualização permanente de todos os protocolos nutricionais direcionados às gestantes. Em 2010, o protocolo nutricional para gestante com diabetes foi revisado com base nos resultados de um estudo transversal, realizado no período de 2004-2010 (1ª etapa do projeto), no qual se traçou o perfil de saúde e nutrição de 1371 gestantes e seus recém-nascidos, acompanhados na mesma unidade. A universalidade do cuidado nutricional às gestantes com diabetes já era rotina na unidade, porém o mesmo foi ampliado, contemplando ações em saúde voltadas para vigilância nutricional, prevenção, tratamento, informação e participação ativa das gestantes. Em 2010, houve aumento na demanda pelo atendimento pré-natal de gestantes com diabetes, em virtude da adoção pela equipe do pré-natal do critério diagnóstico para DMG baseado no estudo HAPO, enfatizando a relevância da pesquisa para a instituição (SIGMA/UFRJ 19353, julho/10).

Este cuidado especializado foi testado por meio de um estudo de intervenção, realizado no período de 2011-2014 (2ª etapa do projeto), o mesmo propõe calendário mínimo de seis consultas com o nutricionista, orientação nutricional individualizada e específica para o período gestacional, baseada no MT ou no MCC, com esclarecimentos quanto ao uso seguro de edulcorantes, aconselhamento em aleitamento materno e a participação voluntária das

gestantes DMG em ações educativas em grupo. Os pesquisadores do GPSMI elaboraram formulários e *folders* específicos para cada método, que incluíram formulário para registro do plano alimentar contendo lista de substituição de alimentos (MT e MCC), livro de receitas isentas de açúcar (MT) e lista de alimentos para eventos comemorativos com o conteúdo de carboidrato por porção (MCC).

As ações educativas seguem um planejamento de quatro sessões, contemplando temas relacionados à gestão do diabetes, porém, a equipe foi capacitada para reconhecê-las, acima de tudo, como uma oportunidade para: escuta qualificada, diálogo aberto, compartilhamento de saberes e sentimentos e troca de experiências e vivências.[13] Os temas previamente selecionados compreendem: cuidado nutricional na gestação com diabetes pelo MT e pelo MCC, diabetes, rótulos de alimentos e atenção à saúde no puerpério, que inclui cuidados com o recém-nascido, amamentação e alimentação da nutriz. Além das quatro sessões alternadas quinzenalmente e com duração de 1 hora, foi prevista a dinâmica denominada Colcha de Retalhos, realizada duas vezes por ano, por psicóloga e nutricionistas do grupo, com o objetivo de promover a integração das gestantes entre si e com os profissionais, e o diálogo sobre as vivências na gestação. (SIGMA/UFRJ 19353, julho/10).

Participantes do estudo

Participaram do estudo dezessete puérperas com faixa etária entre 22 e 43 anos, sendo a gestação única e a minoria primigesta. Quanto ao tipo de DM, quatro delas apresentavam DM prévio (uma DM tipo 1 e três DM tipo 2) e treze DMG.

O local de moradia incluiu todas as regiões da cidade (Central, Norte, Sul e Oeste e, também, um município da Baixada Fluminense), algumas residiam em comunidades carentes da cidade do Rio de Janeiro. Houve predomínio de mulheres com acesso à educação formal, e ao ensino médio em particular, assim como, de trabalhadoras fora do lar, com vínculo empregatício, em áreas relacionadas ao comércio (alimentos, estética, imóveis, vestuário), à saúde (recepcionista, auxiliar de dentista) e como doméstica.

Todas as mulheres realizaram pré-natal e parto na maternidade do estudo e foram submetidas ao cuidado nutricional pré-natal em diabetes (2ª etapa do projeto).

As participantes foram convidadas a participar voluntariamente, mediante esclarecimento dos objetivos e procedimentos metodológicos do estudo e quando aceitos,

assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não houve recusa em participar da pesquisa.[14]

Técnicas de construção de dados

Na construção dos dados empíricos foram adotadas as técnicas de observação participante, entrevistas semi-estruturadas e levantamento de dados de prontuário institucional.[15,16,17,18]

A observação foi realizada no cenário do estudo, em ambientes destinados às gestantes, no pré-natal até se tornarem puérperas. As questões descritivas (cenário e participantes) e reflexivas do pesquisador foram registradas em caderno de campo e utilizadas na construção analítica dos dados.[15,16,17]

As entrevistas foram realizadas com cada puérpera, em um único encontro, durando em média trinta minutos, no período de dezembro de 2011 a agosto de 2012. O tempo de puerpério variou de horas a 10 semanas após o parto. As puérperas estavam ainda internadas no Alojamento Conjunto ou como acompanhantes de seus filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ou após a alta hospitalar, ao retornarem no Ambulatório para consulta de revisão, 20 dias após o parto ou para realização do teste oral de tolerância à glicose - TOTG, 6 semanas após o parto. O roteiro da entrevista continha perguntas abertas, possibilitando que a puérpera pudesse discorrer sobre temas relacionados ao objeto da pesquisa - o contexto da gestação; o impacto do diagnóstico do diabetes na gestação; a atenção pré-natal e o cuidado nutricional pré-natal - com a possibilidade de adaptações pelo pesquisador, mediante a necessidade de aprofundamento das falas.

Utilizou-se o critério de saturação dos sentidos para a composição da amostra de conveniência, o que foi alcançado com dezessete mulheres entrevistadas. Dezesseis entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, conferindo maior precisão dos dados. Uma entrevista não foi gravada por falha técnica no gravador, porém ao final da mesma, os dados foram registrados em caderno de campo. A transcrição fidedigna de todas as entrevistas foi finalizada em fevereiro de 2013.[19,20] As entrevistas foram realizadas e transcritas pela pesquisadora principal do estudo.

Antes de cada entrevista, era realizado o levantamento de informações do prontuário institucional de cada binômio, o qual dispõe de registros da equipe multidisciplinar. Com base

nesse documento, foi construído um resumo da história de cada mulher com vistas a enriquecer os dados das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada no Alojamento Conjunto ou Ambulatório. Após a transcrição das mesmas, cada mulher foi codificada por nome fictício, garantindo o anonimato. As gravações em mídia das entrevistas estarão sob responsabilidade da pesquisadora principal durante o curso do mestrado (até março de 2015), serão armazenadas até 2020 e em seguida descartadas.[14,19]

A triangulação foi adotada como alternativa para a validação do material empírico, e constitui a exposição do fenômeno às duas estratégias: observação e entrevistas.[18,20,21]

As questões éticas foram embasadas nos princípios de beneficência, não maleficência, justiça e igualdade, em cada estágio do processo da pesquisa - planejamento, construção, análise de dados e elaboração de relatórios científicos - conforme prevê a Resolução 196/96, revogada pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi iniciada quando ainda estava em vigor a Resolução 196/96, acompanhou, portanto, a transição para a Resolução 466/12 e não fere as diretrizes e normas dispostas em ambas.[14]

Análise dos dados

A fase de organização e exploração do material empírico compreendeu a transcrição fidedigna das entrevistas e leitura exaustiva do material transcrito, buscando apreender a visão de conjunto e das particularidades. Para interpretar os dados, utilizou-se o referencial metodológico da Hermenêtica de Profundidade – HP (Thompson, 2011)[12] para análise sistemática das formas simbólicas inseridas no contexto sócio-histórico das gestantes estudadas. Este referencial propõe uma leitura qualificada da realidade, sugere uma verdade plausível, mesmo que provisória, propõe sentidos viáveis e os fundamenta com argumentos.[12,21]

As formas simbólicas são construções significativas e complexas – ações e falas, imagens e textos, acontecimentos - que dizem alguma coisa sobre algo e por isso merecem ser compreendidas e interpretadas. A compreensão e a interpretação pressupõem um mundo de sentidos partilhados entre o eu e o outro, entre passado e presente, entre o todo e a parte.[12,15,22]

A análise foi processada a partir das três fases da HP, articuladas e complementares entre si: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/re-interpretação.[12,21]

A análise sócio-histórica buscou construir interpretações contextualizadas sócio-historicamente sobre a produção, circulação e apropriação das formas simbólicas.

Para a análise formal ou discursiva, se procedeu uma adaptação da Análise de Conteúdo (AC) de *Bardin* (2003)[23], na modalidade temática.

Nesta fase, em posse do *corpus* de análise, foram inicialmente definidos nove temas, orientados pelo roteiro semi-estruturado da entrevista, sendo posteriormente reduzidos a cinco categorias analíticas. No presente artigo, foram analisadas as categorias: o *comer* na condição de gestante com diabetes; cuidado nutricional como *regra* e cuidado nutricional como *decisão*.

Para cada categoria foi criado um arquivo, contendo trechos significativos das entrevistas e elaborados pressupostos iniciais, que auxiliaram na busca dos sentidos das falas. Os núcleos de sentidos foram ordenados, constituindo o início da descrição textual. Ao final desta fase, foram realizadas inferências relacionadas aos sentidos e significados de mulheres sobre o cuidado nutricional pré-natal em diabetes.

A fase de interpretação considerou os sentidos apreendidos, o diálogo com a literatura e demais construções desenvolvidas nas fases citadas anteriormente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, Protocolo de Pesquisa N. 17/2010- CEP/ME-UFRJ de 15/10/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O comer na condição de gestante com diabetes

Comer, parafraseando Garcia (1992)[24], é uma "ação praticada pelo homem diariamente, impossível de ser suprimida, não pode resumir-se à alimentação de células". O comer transcende necessidades biológicas e conteúdos funcionais dos alimentos, exprime a cultura regional, costumes familiares, preferências pessoais, memória afetiva aos alimentos, condição de vida atual, aspectos sociais, religiosos e econômicos, por isso, nem sempre, está de acordo com as recomendações estabelecidas pela ciência da Nutrição. Qualquer mudança alimentar implica em novos significados do comer para o indivíduo.[25,26,27]

A mulher quando engravida passa a ter os seus hábitos, inclusive a alimentação, observados ou até mesmo monitorados, pelos que a cercam e pelos profissionais de saúde, sendo necessário compartilhar e justificar as suas ações, já que a partir de então, responde não só por ela, mas também pelo bebê. Contudo, algumas mulheres seguem um caminho inverso, reforçam, por exemplo, o seu direito de "*comer à vontade*", escolher o quê, quanto e quando comer, independente da condição em que esteja, gravídica ou não.[25] Neste estudo, para algumas mulheres, o cuidado nutricional significou interdição, algo trabalhoso e que feria a autonomia da gestante [...] *primeiro eu passei pela nutricionista, ela me deu a dieta e tudo, eu falei: Ai, Meu Deus do Céu! Dieta pra mim não dá certo, porque eu fico nervosa, porque tudo tem que ser medido, sabe*?" [Flávia]. "[...] *eu faço porque sou obrigada a fazer* [...] *tem horas que eu gosto de comer bem... comida mesmo, sem ter controle assim, de medida, porque eu acho que ficar medindo uma colher, duas, três, Ah* [...]" (Patrícia)

Por outro lado, a modificação no comer, imputada pela condição de gestar com diabetes, foi também percebida como elemento pedagógico para a promoção de decisões conscientes para a realização de práticas alimentares saudáveis, o que também foi identificado em outros estudos.[28,29] "[...] *eu gostei muito porque eu aprendi a me alimentar direito, comia mal à bessa...* [Risos], *comia muita besteira, trocava almoço por lanche, hambúrguer, era salgadinho e eu aprendi a me alimentar direito, a comer legumes, verduras* [...]" (Karla).

Embora a saúde do bebê pareça ter sido a principal motivação para o comer saudável, ainda assim, as gestantes reconheceram que o processo de reeducação alimentar inicialmente não foi fácil, conforme também foi apontado por Nohan *et al.* (2011).[30] Comer "*de tudo*" significou incluir os principais grupos alimentares, significou que as gestantes passaram a consumir algum grupo/alimento antes excluído, aliado a melhores escolhas, desde a aquisição até o preparo dos alimentos, de acordo com a orientação recebida dos nutricionistas que as aconselharam. Esse aspecto ganha importância quando considera-se que este processo, uma vez alcançado na gestação, tem chance de que perdure no pós-parto, visto ter sido necessário modificar a dinâmica familiar, em menor ou maior grau. "[...] *No início foi brabo... eu pensava muito na minha filha, entendeu? É por ela... Aí pronto. Hoje eu tô comendo de tudo, entre aspas. Não tô comendo mais fritura, massa, rabada... porque hoje em dia, eu já gosto de tudo*[...]" [Rosália]. "[...] *eu tirei da Nutrição a minha vida normal agora* [...] *Então a gente sempre tira uma lição, até pra gente em casa depois entendeu, pra passar para os filhos, você aprende o modo de comer entendeu, se alimentar melhor, isso aí fica uma lição boa* [...]" (Karen) Contudo, de maneira similar à condição não-gravídica, a manutenção permanente de uma alimentação promotora de saúde dificilmente é alcançada. "[...] *aí quando meu marido comprava alguma coisa* [para comer] *pra minha filha, aí eu ía lá dava uma raptada, assim, escondidinha* [risos] *pra ninguém ver... então é muito difícil, é muito difícil* [...]" (Neli).

O "medo" de comer foi referido pelas mulheres e associou-se ao efeito dos alimentos na elevação da glicemia.[26,29] Todavia, ao longo da gestação, reconheceram não se privarem de comer alimentos além do prescrito, em qualidade e/ou quantidade, mas enquanto um deslize que traz preocupação. "[...] a*cho que era um pouquinho de medo né, da glicemia subir demais* [...] *era cuidado comigo mesma, assim, e com o bebê*..." [Lúcia]. "[...] *Não contava não* (o carboidrato) [...] *Ás vezes me dava até vontade de comer, eu comia assim, dava vontade de comer um pedacinho de bolo eu comia, mas eu não comia segura não*." (Patrícia). A prática de "liberdades tomadas com as prescrições alimentares" no cotidiano e de "licenças sociais" nas datas especiais e comemorativas realizadas por pessoas com diabetes foram descritas por Barsaglini & Canesqui (2010)[27] como "abusos", no primeiro caso, e por Paterson *et al.* (1998)[31] como "benefícios sociais", no segundo, tais transgressões às orientações nutricionais são influenciadas pelo fato de o ato de comer ser um evento social e carregado de significados sociais.[32]

O efeito da alimentação materna sobre o ganho de peso fetal e suas possíveis repercussões, como por exemplo, a decisão pelo tipo de parto, mobilizou a gestante a aderir aos cuidados propostos, da mesma forma em que para outras foi o controle glicêmico que exerceu esse papel. "[...] *porque me falaram: você se chegar a 4kg, tem que fazer cesariana. Não pode, aí então passei a ter cuidado com a alimentação* [...]" (Thaise). O comportamento das gestantes pode ser influenciado por vivências e significados que têm do parto. Segundo Figueiredo *et al.* (2010)[33], é essa "bagagem de vida" que faz a diferença na concepção das mulheres sobre o tipo de parto preferido. O parto normal é preferido pelo "desejo de um parto sem intercorrências" e pela "expectativa de recuperação rápida", enquanto para o parto cesáreo as influências significativas são o "medo da dor" e as "experiências individuais e de outras mulheres". Nesse sentido, bebês com tamanho acima da média não são desejados pelas gestantes que, para prevenirem o sofrimento durante o parto, resolvem aderir às orientações do nutricionista a fim de controlar o ganho de peso fetal.

Cuidado nutricional como *regra*

O nutricionista busca motivar as gestantes a realizarem as refeições com regularidade, em horários pré-estabelecidos, de forma a ser estabelecido uma rotina alimentar, o que representa muitas vezes um desafio para elas, sobretudo as que permanecem longos períodos em jejum e as que trabalham fora do lar. "[...] *Até fazia muito da alimentação, forçada, como falei, forçado porque não tinha fome, mas tinha que fazer, tinha que comer*..." [Celina]. "[...] *semana que eu fazia correto, semana que ficava desequilibrada, por que? Por causa do trabalho, semana que eu trabalhava a tarde*

não dava pra fazer dieta, semana que eu trabalhava no horário normal de 10 às 6, aí eu fazia dieta direitinho [...]" (Maria José). Encontra-se aqui a dicotomia entre normatização x flexibilização. O plano alimentar proposto à gestante precisa ser exequível no mundo real, não em um mundo ideal criado pelo nutricionista.[34]

Dieta, no senso comum, traz o conceito de controle alimentar, que por sua vez é associado ao emagrecimento como efeito satisfatório. Ao longo do pré-natal, o nutricionista trabalha constantemente que o efeito almejado é o ganho de peso conforme recomendação individual por meio de uma alimentação saudável e personalizada. Ao adotarem um novo padrão alimentar na gestação, algumas mulheres do presente estudo perderam peso, possivelmente por não realizarem exatamente o que foi orientado sob o ponto de vista quantitativo ou por omitirem, conscientemente ou não, alguma refeição/ alimento. "[...] *Só que na gravidez eu queria engordar no máximo mesmo... falei: Ah vou engordar no máximo 10 kg, acabei não engordando nenhum, porque eu ficava perdendo, mas era porque eu tava fazendo a dieta, segui a risca. Segui a dieta toda direitinho, eu perdendo, não sei por quê*." [Karla]. "[...] *Esse método é, eu acho que é o melhor método que tem, que se você fizer tudo direitinho, você consegue chegar lá* [...] *se você conseguir fazer essa contagem do carboidrato, você consegue emagrecer, você consegue fazer uma dieta perfeita*." (Maria José). No caso de gestações adoecidas pelo diabetes, parece haver uma tendência ainda maior de relacionar a perda de peso como algo favorável, representando uma medida terapêutica para o controle da doença. O modo como a gestante recebe e decodifica as orientações pode diferir do que é proposto pelo nutricionista.[27,30,35]

Foi observado neste estudo que, em alguns casos, o MCC se restringiu ao cardápio padrão e ao processo de reeducação alimentar, assemelhando-se ao MT. Algumas gestantes adotaram exclusivamente o plano alimentar padrão, elaborado para o cotidiano e não utilizaram a lista avançada de alimentos, seja em ocasiões rotineiras, seja em ocasiões atípicas ou datas comemorativas, conforme é previsto no MCC. As privações de determinados alimentos eram compreendidas como uma estratégia para o controle glicêmico e, portanto, uma forma de cuidado de si materno direcionado ao bebê, representando a sua principal contribuição capaz de interferir naquela realidade, significava o possível a ser realizado pela gestante, conforme também encontrado por Hirst *et al.* (2012).[28] O controle glicêmico norteia o tratamento e por isso também é valorizado pela gestante, que reconhece a associação entre comer e aumentar a glicemia, fazendo-a optar, muitas vezes, por privações alimentares. "[...] *E tinha coisas que eu nem fazia questão de comer, porque eu recebi outra listagem de festa, eu nem comia aquelas coisas praticamente. Eu só comia aquela primeira folha que era as partes mais saudáveis, a de festa eu nem liguei*." [Lúcia]. "[...] *a saciedade minha era maior quando eu fazia a dieta corretamente, do que eu comer um bolo que tinha açúcar e era apenas um pedaço e eu não poderia comer mais, comer só aquilo ali*." (Neli)

Outro aspecto a ser considerado, refere-se à possível falta de compreensão por parte de algumas gestantes sobre o fundamento do MCC e a substituição de alimentos em grama de carboidrato, o que acaba limitando a sua utilização. Thaise relatou não lembrar muito do método, indicando ter consultado apenas o cardápio padrão. "[...] *Ah, não lembro muita coisa não* [Risos]. *Eu tenho tudo por escrito, tudo guardadinho, mas eu não lembro muita coisa assim não. Botava na geladeira e ficava lá, pra eu poder ver ali né, então*." (Thaise). A capacidade cognitiva da pessoa com diabetes deve ser observada pelo nutricionista ao indicar o MCC, que demanda a mínima habilidade em quantificar o carboidrato dos alimentos, assim como, segundo Ribas *et al* (2013)[34], as suas representações, crenças e valores, prevendo a mudança para o MT caso seja mais apropriado.

A literatura discute o fato de algumas gestantes optarem pelo estabelecimento de regras mais rígidas, como uma forma eficaz para lidar com as exigências do plano terapêutico. Porém, ainda assim, o profissional deve buscar atitudes flexíveis de permanente negociação e ajustamento de metas.[34]

Patrícia, apesar de ter o diagnóstico de DM1 há 12 anos, foi apresentada ao MCC pela primeira vez nesta última gestação. Da mesma forma Celina, apesar de ter o diagnóstico de DM2, foi apresentada ao MCC pela primeira vez na gestação, reconheceu ter realizado algumas mudanças na alimentação, em especial no fracionamento das refeições, porém se manteve com baixa adesão ao método: "[...] *Mas aí dessa gravidez eu já ouvi dessa contagem, porque na outra... essa é outra diferença, na outra eu não tinha isso* [...] *mas eu não fazia não essa contagem de carboidratos*." Francisca, que apresentava DM2 também manteve baixa adesão ao método, ou seja, o simples fato de ser DMP, neste estudo, não representou maior facilidade em aderir ao cuidado nutricional.

Neli, Alessandra e Maria José consideram que o MCC é uma ferramenta para reeducação alimentar, porém apontam para o inconveniente de quantificar o carboidrato em tudo que se come. "[...] *Oh... o método da contagem de carboidrato, eu acho muito bom, primeiro que a gente aprende a se alimentar* [...] *segundo que você se disciplina a aprender a quantidade de alimento que você pode comer, porque eu comia assim... achava que alimento era a quantidade que eu tava querendo comer, necessitava pra comer ali naquela hora, e eu aprendi que meu organismo precisava apenas de uma quantidade* [...] *e eu achei esse método da contagem de carboidrato... apesar de ter horas que você tem um pouco de preguiça de ter que ficar contando né... mas eu achei muito válido, achei que, me ajudou bastante*." (Neli) "[...] *Aí você quer comer um doce, aí você vê né, mas também eu... não tinha outro jeito, é chato porque tudo tem que ficar fazendo aquela contagem e a quantidade de insulina por esse carboidrato, mas tinha que fazer*." (Patrícia). "[...] *esse método de carboidrato* [...] *no caso tinha que fazer 15 de cada* [...] *Eu sei que eu tinha que contar tudo direitinho pra chegar naquele total, pra não passar daquilo e tinha semana que eu tomava só o que era pedido* [...] *na outra semana, que eu desregulava* [...] *mas, tentei fazer, tentei fazer*." (Maria José)

A transgressão alimentar ou o "sair da dieta" parece não ter sido diferente entre gestantes acompanhadas nos dois métodos - MT e MCC. Comer algo que não estivesse prescrito, algum alimento extra ou que contivesse açúcar era concedido em pequenas porções, condição esta estabelecida pela gestante, inclusive no MCC, desconsiderando a possibilidade da substituição em grama de carboidrato. "[...] *Olha, quando eu ía numa festa, eu não fazia a contagem de carboidrato porque é muito difícil você fazer, porém eu percebi que o meu organismo já estava acostumado a comer uma quantidade correta de alimento, então mesmo que eu comesse fora, eu não conseguia comer muito mais, o meu organismo assim, eu comia vários salgadinhos, vários copos de refrigerante e já conseguia tomar 2 copos, 3... no máximo e comia uma quantidade muito pequena de salgado. O bolo eu quase não comia, porque meu estômago já estava acostumado já, eu sentia um peso, uma coisa que eu não sabia explicar."*(Neli)

A correção da glicemia mediante a administração de insulina de efeito rápido segue prescrição médica, porém, em alguns casos a gestante o faz após transgressões alimentares, conforme retrata Patrícia: "[...] *damos umas idéias umas pras outras. Ah, eu como mesmo, não sei o que. Aí eu falava pra ela: Não come...* [...] *às vezes a gente acha que pode, não sei o que* [...] *eu tomo insulina em cima* [...]" A busca por compensações representa uma estratégia de quem vive com uma doença crônica, conforme retrata Barsaglini & Canesqui (2010).[25]

A literatura apresenta, de forma consensual, a crença por parte dos adoecidos de que o diabetes é uma doença em que não se pode ingerir nada doce.[29] Significa "açúcar no sangue", então ao se consumir alimentos contendo açúcar, pode-se gerar o agravamento da doença.[36] Por isso, o açúcar branco, ainda que pudesse fazer parte de um plano alimentar baseado no MCC, foi considerado por muitas gestantes com diabetes como uma interdição.[26] Em contrapartida, alimentos que continham açúcar foram mais facilmente aceitos e eventualmente consumidos, como se o açúcar ali presente fosse menos nocivo, possivelmente pelo fato de estar "escondido" ou velado. "[...] *Não, o açúcar não, de jeito nenhum. Bolo também não. A única coisa que eu tomei foi guaraná.*" [Rosália]. "[...] *consegui tirar o açúcar da minha vida, agora doce, de vez em quando ainda dou umas escapulidas.*" [Celina]. "[...] *foi cortar o açúcar e fazer a contagem com o carboidrato em si, porque a alimentação pra mim era praticamente a mesma coisa...*" [Neli].

O açúcar tem um substituto, o adoçante artificial, amplamente disponível no dias de hoje, inclusive em estabelecimentos comerciais, o que reforça tal interdição, a gestante não precisa então utilizar o açúcar de adição, só o faz se desejar. Ao mesmo tempo, porém, a mídia veicula a informação de que o adoçante também é nocivo à saúde. Aliado a este fato, existem mulheres que não se adaptam ao uso de adoçantes. Neste estudo, algumas gestantes optaram pelo adoçante, outras pelo açúcar ou por uma combinação dos dois e outras por nenhum dos dois. No puerpério, no caso de terem retornado o uso do açúcar, muitas mulheres

reduziram quantitativamente o consumo. "[...] *açúcar mesmo eu zerei, zerei, agora já voltei a usar, mas também, tô usando pouco*." (Thaise)

Cuidado nutricional como *decisão*

O cuidado nutricional representa uma das vivências das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e segundo elas, o mesmo contribuiu para que mãe e bebê ganhassem o peso necessário. Quando Lúcia relatou "não ter engordado na gestação", quis dizer que ganhou o peso que lhe foi recomendado: "*Eu achei importante, né... a alimentação, o ganho de peso foi o suficiente entendeu... o bebezinho também ganhou o peso suficiente, eu achei que foi legal, eu não engordei* [...]"

O acompanhamento nutricional pré-natal realizado por um mesmo profissional, que se torna referência para a gestante, foi lembrado por Maria Aparecida e favoreceu a adesão a este cuidado: "[...] *minha alimentação foi muito boa, foi com a minha nutricionista* [...]".

O cuidado nutricional, seja ele individualizado ou coletivo, não está amplamente disponível nos serviços de saúde, inclusive para grupos de risco. Entre todas as puérperas, inclusive as com DMP, apenas Simone havia sido acompanhada previamente por nutricionista, durante o pré-natal dos seus primeiros filhos (gêmeos), quando também desenvolveu DMG. Kelly foi uma das que receberam o cuidado nutricional pela primeira vez na gestação e desconhecia benefícios além do ajuste ponderal: "[...] *Nutrição é... aprender a se alimentar melhor, em coisas que eu achava que só gordo tinha que ir...*", corroborando com o estudo de Nolan *et al.* (2011).[30] O cuidado nutricional parece ter contribuído para a divulgação dos compromissos da ciência da Nutrição com a prevenção e promoção de saúde e desmistificação de que todo acompanhamento nutricional objetiva emagrecimento, ou seja, que é direcionado exclusivamente para pessoas com excesso de peso/ gordura corporal. "[...] *Nutrição era só pra gente gorda* [risos]. *Foi bem assim: eu não vou pra Nutrição, eu não preciso, eu sou magra, entendeu?!* [...]" (Kelly) Esta crença pode estar relacionada ao número expressivo de casos atuais de sobrepeso/ obesidade, em todas as fases do curso da vida.

O cuidado nutricional prevê, em ambos os métodos - MT e MCC, a apresentação para a gestante de uma lista de substituição de alimentos por grupos, permitindo a variedade no seu plano alimentar, sendo destacado por Kelly, como uma medida que favorece a adesão ao cuidado proposto: "[...] *eu achei legal esse negócio de você poder mudar... por exemplo, não é uma dieta que você só vai comer aquilo, e vai ficar enjoada... Ai que saco, comendo isso direto... não, você pode trocar os alimentos, isso eu achei interessante, até mesmo quem não é diabética*."

As falas de Alessandra e Maria José sinalizam para uma experiência positiva em relação à aplicação do MCC no dia a dia, com benefícios no que se refere à autonomia, flexibilidade e controle glicêmico. "[...] *eu tinha uma festinha no sábado, eu fiz a contagem, e aí não parei mais, durante a semana. Ah, eu vou no mercado, me deu vontade de comer uma coisa diferente, então deixa eu ver o que a contagem me permite comer, fiz várias vezes*." (Alessandra) "[...] *Hum... no meu casamento, eu casei em abril, aí ela abriu exceção, deu* [Risos], *e aí ela* (nutricionista) *fez uma contagem pra mim, a recepção deu* [...] *aí eu fiz a contagem, deu certo. Quando eu vim, ai Meu Deus! Eu vim na quinta, a festa foi no sábado e na segunda tinha exame de glicemia, deu mais baixa que das outras vezes*!" (Maria José)

A aquisição da habilidade para a leitura de rótulos de alimentos foi apontada como um aspecto positivo do MCC, favorecendo a reflexão crítica no momento da compra. Esta habilidade era trabalhada pelo nutricionista com as gestantes, tanto nas consultas individuais, como nas ações educativas, por meio da apresentação de rótulos originais de alimentos industrializados habitualmente consumidos e referidos por elas na anamnese alimentar. "[...] *Que eu pegava um danone no supermercado e tinha essa noção entendeu... não lia atrás, o carboidrato... essas coisas... açúcar... e hoje em dia eu tô mais atenta*." [Kelly]. "[...] *Não, porque quando ela* (nutricionista) *passou, ah você pode comer um chocolate, em vez de comprar o diet, porque realmente diet tem mais gordura do que o outro né, procurar na embalagem a quantidade de carboidrato*..." [Patrícia]. "[...] *a gente ler também o rótulo, as coisas que a gente conta, informações nutricionais. Porque a indústria quer enganar mesmo, com diabetes ou sem diabetes, porque eu acho que, na verdade, a gente acaba se reeducando*." (Alessandra) O aprendizado prático, contemplando atividades simples do cotidiano, foi valorizado por Santos & Penna (2009)[37] como uma estratégia de educação em saúde, que favorece o cuidado de si materno, ampliado à sua família.

Em concordância ao estudo supracitado, as ações educativas representaram para Kelly e Letícia um espaço para o diálogo aberto e descontraído, a troca de conhecimentos, experiências e vivências entre gestantes, que tinham em comum a realidade do diabetes, de forma a favorecer o equilíbrio emocional e o manejo dos cuidados. "[...] *as outras mães contando também, como que foi a descoberta do diabetes... essas coisas são legais. Que faz você, te dá mais força né*..." [Kelly]. "[...] *bem extrovertido, é legal, assim você aprende e você se diverte*." (Letícia)

O gerenciamento do diabetes pela gestante envolve ajustamentos em sua forma de viver, não se trata simplesmente de aderir ou não aderir às prescrições dos profissionais de saúde, depende de aspectos internos e externos a ela, como sua experiência e vivência enquanto gestante adoecida, além de elementos culturais, simbólicos, relacionais e situacionais. Por isso, é possível considerar que a adesão ao plano alimentar construído em conjunto com o nutricionista, mesmo por gestantes interessadas e motivadas em relação ao cuidado nutricional, seja *flutuante*, mediante a dinâmica do viver, com múltiplos

acontecimentos, decisões diárias, que não excluem a possibilidade da busca constante do viver saudável.[25,27,38]

As mulheres que desenvolvem DMG aguardam o período de 6 semanas pós-parto para realizarem o TOTG e confirmarem o tipo do diabetes apresentado na gestação, neste intervalo, vivem a dúvida de terem o diagnóstico de diabetes prévio. O fato de não serem mais acompanhadas pelo nutricionista no puerpério, dificultou o retorno ao peso pré-gestacional, ocorrendo em alguns casos, ganho ao invés de perda de peso. Havia o interesse, por parte de Lúcia, que o cuidado nutricional fosse ampliado ao puerpério. Na última consulta de Nutrição antes do parto, as gestantes são orientadas sobre a alimentação durante a lactação e aconselhadas a suspender o uso de adoçantes logo após o parto com vistas a não interferir no resultado do TOTG pós-parto, ainda assim, parece ser interessante ao menos uma consulta de nutrição no puerpério, antes do encaminhamento à Unidade Básica de Saúde. "[...] *porque come mais, né... E aí eu não sei agora, como que vai ser depois desse resultado* (TOTG pós-parto), *se eu vou continuar fazendo alguma dieta* [...] *Mas assim, se tiver* <u>*tratamento pós-parto, eu queria continuar*</u>, *eu gostei*." (Lúcia) Este achado aponta para a importância do Serviço de Nutrição que integra unidades especializadas de pré-natal, avaliar a possibilidade de oferecer esta consulta nutricional no mesmo dia da consulta de revisão pós-parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que o reconhecimento no cenário do estudo, por parte da equipe de saúde, de que o cuidado nutricional integra as ações do pré-natal e faz diferença na vida das gestantes, viabiliza a sua execução.

Construído e executado o cuidado, faltava-nos conhecer as experiências e vivências das gestantes que o integraram. Ao longo deste estudo, foi possível compreender e interpretar sentidos e significados do cuidado nutricional pré-natal em diabetes.

A necessidade de mudanças no comer é relacionada imediatamente ao diagnóstico do diabetes, seja ele prévio ou gestacional, constituindo, desta forma, o principal significado da doença.

O processo de mudança de hábitos alimentares é considerado como um desafio para as mulheres, que o fazem principalmente em prol da saúde do bebê.

O monitoramento do comer é intensificado durante a gestação com diabetes pelo núcleo familiar e todos os profissionais de saúde, e reforçado pela prática da AMG. O comer está em constante vigilância e tudo o que se come precisa ser quantificado.

O cuidado nutricional foi compreendido como uma oportunidade de reeducação alimentar para ambos os métodos, inclusive estendido à família, no período pós-parto. A Nutrição deixou de ser direcionada exclusivamente aos que necessitam emagrecer. Apesar disso, o conceito de dieta atrelada à restrição e ao emagrecimento esteve presente em muitas falas e a perda de peso na gestação comemorada como algo desejável, por mais que a informação contrária tivesse sido trabalhada pelo nutricionista.

A escolha em cumprir exclusivamente o plano alimentar padrão, utilizando pouco ou nada da lista de substituição, representou a realidade de gestantes em ambos os métodos. Apesar de reconhecerem como uma vantagem a possibilidade da substituição alimentar, muitas não o fizeram. "Sair da dieta" significava não cumprir o plano alimentar padrão. "Comer fora da dieta" era considerado transgressão e só era consentido em pequenas porções, mesmo no MCC em que havia a possibilidade de substituir em grama de carboidrato. Apesar desta prática, o MCC foi reconhecido pela autonomia e flexibilidade que proporcionava.

O MCC não tinha sido apresentado até então às quatro gestantes com DMP. Da mesma forma, neste grupo, o fato de apresentarem diabetes prévio, não garantiu maior facilidade em aderir ao cuidado nutricional.

As gestantes acompanhadas pelo MCC valorizaram a habilidade desenvolvida em relação à leitura de rótulos de alimentos industrializados e a aquisição mais consciente na hora da compra. Esta informação foi trabalhada tanto nas consultas individuais, como nas ações educativas.

O uso de açúcar representou uma interdição, inclusive para gestantes acompanhadas pelo MCC, mesmo tendo sido orientado pelo nutricionista a forma de usá-lo. Alimentos contendo açúcar foram compreendidos como menos nocivos à saúde.

O termo adesão *flutuante* ao cuidado nutricional retrata a vivência da mulher ao longo da gestação, fruto das mudanças que ocorrem em sua vida, como algo previsível, mesmo no contexto de um bom atendimento pelo nutricionista e interesse da gestante.

O desejo de que o cuidado nutricional fosse concluído com uma consulta no puerpério foi lembrado por uma gestante.

A opção em estudar o grupo de gestantes com diabetes incluindo o pré-gestacional e o gestacional possibilitou sinalizar para o fato de que a dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes é semelhante para ambos os grupos, independente de quanto tempo se passou do diagnóstico do diabetes.

Ainda que não representasse um objetivo do estudo, gostaríamos de responder que método dietético foi considerado melhor na concepção das mulheres, MT ou MCC? Como se

fosse possível fornecer uma única resposta. O que somos capazes de responder, com esse estudo, é que cada mulher-gestante vivencia o comer e o cuidado nutricional pré-natal em diabetes não como um método dietético, mas como algo que integra a sua forma de viver, ressignificada a todo instante, acompanhando o seu projeto de felicidade. Logo, se foi possível identificar mudanças na forma de viver de uma gestante, isto significa que aquele cuidado, para aquela gestante, foi o melhor.

Colaboradores

RCM Machado trabalhou na elaboração da pesquisa qualitativa (3ª etapa do projeto), execução da coleta e análise de dados, além da redação final; MMAS Santos e MR Baião trabalharam na concepção e elaboração da pesquisa qualitativa (3ª etapa do projeto), orientaram a elaboração das atividades de pesquisa, realizaram o refinamento do projeto, contribuíram na análise de dados e refinamento da redação final e C Saunders coordenou o projeto e trabalhou na concepção, elaboração e execução da pesquisa quantitativa (1ª e 2ª etapas do projeto).

Agradecimentos

Agradecemos o apoio do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil (GPSMI), vinculado ao Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ, que proporcionou o desenvolvimento do projeto intitulado "Contribuições teórico-práticas para a assistência pré-natal de gestantes diabéticas", do qual faz parte o presente estudo, que gerou este artigo.

Referências

1. Tyer-viola LA, Lopez RP. Pregnancy with chronic illness. JOGNN, 2014: 43: 25-37; 2014.

2. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

3. Zampieri MF, Erdmann A. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saúde Matern Infant, 2010;10(3):359-67.

4. Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo, MCS.; Deslandes, SF (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 109-132.

5. Padilha PC, Sena AB, Nogueira JL, Araújo RPS, Alves PD, Accioly E, Saunders C. Terapia nutricional no diabetes gestacional. Rev. Nutr., 2010: 23(1): 95-105.

6. Saunders C, Padilha PC. Diabetes melito na gestação. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2.ed. reimp, ver e atual. Rio de Janeiro: Cultura Médica : Guanabara Koogan; 2009. p.191-207.

7. Vygotsky LS. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

8. Costas FAT, Ferreira LS. Sentido, significado e mediação em Vygotsky: implicações para a constituição do processo de leitura. Rev. Iberoam. Educ., 2011: 55, 205-223.
9. Góes MCR, Cruz MN. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. Pro-Posições, 2006: v.17, n.2 (50), 31-45.

10. Barsaglini RA. As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 248p.

11. Péres DS, Franco LJ, Santos MA dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Rev Saúde Pública**,** 2006;40(2):310-7.

12. Thompson JB. A metodologia da interpretação. In: Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9.ed. Petrópolis: Vozes; 2011. p.355-77.

13. Santos RV; Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 18(4): 652-60.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº. 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DOU 2013 jun. Seção 1. p.59.

15. Denzin NK, Lincoln YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.15-41.

16. Flick U. Observação e etnografia. In: Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.203-18.

17. Laperrière A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: Poupart J. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 410-35.

18. Santos MMAS. Avaliação do impacto de um programa de acompanhamento nutricional pré-natal no resultado obstétrico de gestantes adolescentes: uma conjugação das dimensões biomédica e sociocultural. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro;2011.

19. Silverman D. Pesquisa qualitativa confiável**.** In: Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.107-43.

20. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciênc. Saúde Coletiva, 2008;13(6):1975-84.

21. Veronese MV, Guareschi PA. Hermenêutica de profundidade na pesquisa social. Ciênc Soc Unisinos, 2006;42(2):85-93.

22. Casal AY. Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica. Lisboa: Edições Cosmos; 1996.

23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.

24. Garcia RWD. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. R. Nutr. PUCCAMP, Campinas, 1992: 5(1): 70-80.

25. Barsaglini RA; Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. Saúde Soc. São Paulo, 2010: 19(4): 919-932.

26. Stulher GD, Camargo BV. Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva, 2012;6(3).

27. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. Texto Contexto Enferm, 2009;18(1):124-30.

28. Hirst JE, Tran TS, Rowena F, Morris JM, Jeffery HE. Women with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours. BMC Pregnancy & Childbirth, 2012, 12:81.

29. Costa JA; Balga RSM; Alfenas RCG; Cotta RMMC. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programa de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2011: 16(3):2001-2009.

30. Nolan JA, Mccrone S, Chertok IRA. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. Journal oh the Amerian Academy of Nurse Practitioners, 2011: 23: 611-618.

31. Paterson BL, Thorne S, Dewis M. Adapting to and managing diabetes. Journal of Nursing Scholarship, 30(1):57-62, 1998.

32. Canesqui AM. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: Canesqui AM; Garcia, RWD. (org.). Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p.167-210.

33. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista, Juiz de Fora, 2010: 36(4):296-306.

34. Ribas CRP, Santos MA, Zanetti ACG, Zanetti ML. Representações sociais de pacientes com diabetes *mellitus* sobre o atendimento por profissionais de saúde. Psico, 2013;44(1):139-49.

35. Araújo MFM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Zanetti ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. Rev Bras Enferm, 2013;66(2):222-7.

36. Bezerra MGA, Carvalho FAM, Sobreira TT. Sentimentos das gestantes diabéticas. Rev. RENE., 2001;2(1):95-100.

37. Santos RV; Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 18(4): 652-60.

38. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciênc. Saúde Coletiva, 2010: 15 (1):151-160.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreensão da dimensão simbólica do cuidado nutricional pré-natal em diabetes, atribuída pelas mulheres, fornece elementos para a sua avaliação, assim como, para etapas de planejamento, implantação e gestão do mesmo na atenção pré-natal especializada.

É importante destacar, que desde a etapa do planejamento do cuidado, durante a elaboração dos protocolos de atendimento, materiais educativos e ações educativas, a preocupação sempre foi torná-los atrativos, de fácil compreensão e úteis para as gestantes, e que pudessem ficar como herança do projeto para a maternidade onde foi desenvolvido.

Buscou-se alcançar o processo de nascimento, ao invés de focar apenas no período gestacional, em todas as ações do cuidado: compreender a história de vida da mulher, rever hábitos na gestação e para a saúde futura, simular experiências do cuidado com o recém-nascido e escutar suas demandas referentes à gestação, parto ou pós-parto.

O encaminhamento ao serviço de planejamento familiar na consulta de revisão pós-parto se revelou importante, visto que até mesmo mulheres com diagnóstico de diabetes prévio não eram acompanhadas neste serviço.

Ficou evidente o impacto inicial do diagnóstico do diabetes para a gestante, mas também, felizmente, ao longo do acompanhamento pré-natal e nutricional, a confiança em bons prognósticos, expressa em seus depoimentos.

A indicação da terapia com insulina representou motivo de angústia para as gestantes, apontando para os benefícios da educação em diabetes realizada, sobretudo, pelos profissionais de enfermagem, que geralmente são os responsáveis em orientar o manejo deste cuidado.

O convênio estabelecido entre a maternidade do estudo e programas de saúde do município garantindo o acesso das gestantes à insulina, ao glicosímetro e demais insumos, minimizou o ônus relacionado às necessidades impostas pela doença, comprometendo menos os recursos para o seu sustento e novas demandas com a chegada de um filho.

Os métodos de orientação dietética utilizados no estudo, MT e MCC, foram compreendidos pelas gestantes como meios de educação alimentar. A utilização da lista de substituição de alimentos foi limitada em ambos os métodos, assim como, o uso de açúcar e de alimentos contendo açúcar no MCC.

Vale considerar que o acompanhamento de uma gestante impõe um tempo relativamente curto para mudança de hábitos, da descoberta da gravidez e início do

acompanhamento até em torno de 40 semanas, diferente do acompanhamento de mulheres não grávidas, que pode durar anos até serem alcançados os objetivos do tratamento. O melhor manejo da lista de substituição talvez ocorresse com o tempo, da mesma forma, que o portador de diabetes aplica o MCC e reconhece que a utilização da sacarose no contexto de uma alimentação saudável, compondo a quantidade que lhe é permitido de carboidrato, não é nociva. Faz parte da dimensão simbólica do diabetes, desde tempos remotos até os dias de hoje, o açúcar ser proibido e este fato é sustentado na gestação. O MCC é um método relativamente novo e ainda pouco aplicado na atenção às gestantes com diabetes, havendo maior adesão pelos serviços e divulgação entre as gestantes, talvez o conceito de flexibilidade com consciência, proposto pelo método, seja mais facilmente reconhecido.

A utilização de alimentos e produtos em sua embalagem original, em consultas individuais e coletivas, transporta o universo real do cotidiano para o momento da consulta, conferindo maior sentido para a informação. O exercício de retratar situações do cotidiano dá sentido à orientação nutricional e deve ser valorizado pelo nutricionista.

Avaliar a capacidade do serviço de nutrição em comportar uma consulta ambulatorial no puerpério, como parte do cuidado nutricional à gestante com diabetes, antes dela ser encaminhada à unidade básica de saúde, pode ser útil segundo a concepção da própria gestante.

Foi interessante perceber gestantes que, apesar de se configurarem como gestação de alto risco, o gestar se apresentou como de uma gestante de baixo risco, este fato nos aponta para a necessidade de pensarmos o cuidado sem ideias pré-concebidas, para que nós, profissionais de saúde, portadores de conhecimentos científicos, não apresentemos a gestante uma clínica que ela não vive, apesar de previsto na condição de sua doença. O que a gestante espera de nós é um cuidado feito pra ela.

O tema mostrou-se amplo e passível de novas reflexões, a fim de que o cuidado nutricional pré-natal em diabetes seja promovido, considerando o processo de viver com diabetes na gestação, como elemento fundamental para, cada vez melhor, assistir o binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v.37, n.suppl.1, p. S14-S80, 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v.34, n.suppl.1, p.S11-S61, 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Medical nutrition therapy of gestational diabetes**. Alexandria: ADA, 1995.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition recommendations and interventions for diabetes. A position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, v.31, n.suppl.1, p.S61-S78, 2008.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.supl.2, p.3199-3206, 2010.

BARBIERI, A. et al. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrb. Comun**, v.24, n.1, p.29-39, 2012.

BARBOSA, P. Z.; COUTINHO, M. L. R. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psic. Clin.**, v.19. n.1, p.163-185, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2003. 291p.

BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes**: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 248p.

BORNIA RG; AMIM JUNIOR, J. **Protocolos assistenciais Maternidade-Escola**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006. 152p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de out de 1988.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **DOU**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.12, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. p.11-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. p.-183-191.

BONADIO, I. C. Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.1, p.9–15, 1998.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Cienc. Enf.**, v.16, n.2, p.115-125, 2010.

CARVALHEIRA, A. P.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. M. G. L. Sentimentos e percepções de mulheres no ciclo gravídico puerperal que sobreviveram à morbidade materna grave. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, p. [08 telas], 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_20.pdf>. Acesso em: 22 out. 2014.

CASAL, A. Y. **Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica**. Lisboa: Edições Cosmos, 1996.

CASTILLO, C. A. G.; VÁSQUEZ, M. L. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una via para asegurar un hijo sano. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.1, p.74-81, 2006.

CHAGAS, A. T.; SEEGER, F. D. Crack no mídia impressa: um estudo sobre a produção de sentido no discurso jornalístico sobre o crack. **Barbarói**, n.38, p.145-177, 2013.

COSTAS, F. A. T.; FERREIRA, L. S. Sentido, significado e mediação em Vygotsky: implicações para a constituição do processo de leitura. **Rev. Iberoam. Educ.**, n.55, p. 205-223, 2011.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap. 1. p. 15-41.

FLICK, U. Observação e etnografia. In: FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap. 17. p. 203-218.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa, tipos fundamentais. **Rev. Adm. Empres**., v.35, n.3, p. 20-29, 1995.

GÓES, M. C. R.; CRUZ, M. N. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. **Pro-Posições**, v.17, n.2 (50), p.31-45, 2006.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 109-132.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p. 1975-1984, 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOD, M.; MEIZNER, I. Diabetes in pregnancy. **Ann. Ist. Super. Sanitá**, v.33, n.3, p 317 - 322, 1997.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p.254-294.

LAPERRIÈRE, A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: POUPART, J. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p.410-435.

LÍBERA, B. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4855-4864, 2011.

MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ. Historia. Disponível em: < http://www.me.ufrj.br/portal/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1&Itemid=9>. Acesso em: 20 out. 2014

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MOREIRA, R. L. C. A.; RASERA, E. F. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. **Psicol. Soc.**, v.22, n.3, p.529-537, 2010.

NEGRATO, C. A. et al. Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian consensus statement. **Diabetol. Metab. Syndr.**, v.2, p.27, 2010.

NOLAN, J. A.; MCCRONE, S.; CHERTOK I.R.A. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. **Journal of the Amerian Academy of Nurse Practitioners.**, v.23, p. 611-618, 2011.

OLIVEIRA, F. D.; ANDRADE, M. M.; SILVA, T. T. P. A hermenêutica de profundidade: possibilidades em educação matemática. **Alexandria Rev. Educ. Ciênc. Tec.**, v.6, n.1, p. 119-142, 2013.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.1, p.103-109, 2011.

PADILHA, P. C; et al. Terapia nutricional no diabetes gestacional. **Rev. Nutr.**, v.23, n.1, p.95-105, 2010.

PAULA, E. B. M. et al.(Org.). **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses**. 3 ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: UFRJ/SIBI, 2004. 102 p.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.2, p.310-217, 2006.

PESSOA, S. M. F.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14, n.3, p.463-469, 2006.

PIMENTA, L. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. A construção cultural do processo de parto. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**. v.5, n.4, p.591-598, 2013.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 151-160, 2010.

RASMUSSEN, K. M.; YAKTINE, A. L. (Ed.). **Weight gain during pregnancy**: reexamining the guidelines. Washington: Institute of Medicine :National Research Council. : Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, 2009. Disponível em: < http://www.cbsnews.com/htdocs/pdf/052809_pregnancy.pdf>. Acesso em: 22 out. 2014.

SANTOS, M. M. A. S. **Avaliação do impacto de um programa de acompanhamento nutricional pré-natal no resultado obstétrico de gestantes adolescentes**: uma conjugação das dimensões biomédica e sociocultural. 2011. 275p. Tese (Doutorado em Nutrição). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.4, p.652-660, 2009.

SAUNDERS, C.; BESSA, T. C. D.; PADILHA, P. C. Assistência nutricional pré-natal. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. reimp. rev. atual. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. p. 103-125.

SAUNDERS, C.; PADILHA, P. C. Diabetes melito na gestação. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. reimp. rev. atual. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. p. 193-210.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap.7. p.193-217.

SILVA, L.; SANTOS, R. C.; PARADA, C. M. G. L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.12, n.6, p.899-904, 2004.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.1, p.60-65, 2011.

SILVERMAN, D. Pesquisa qualitativa confiável. In: SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a. Cap.8. p.107-143.

SILVERMAN, D. Ética na pesquisa. In: SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009b. Cap.9. p. 283-299.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Disglicemias na gestação. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** 2009. 3. ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009a. p. 266–280.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Manual oficial de contagem de CHO regional. Departamento de Nutrição. Rio de Janeiro, 2009b. 62p.

SONEGO, J. C.; LOPES, R. C. S. A experiência da maternidade em mães adotivas. **Aletheia: Rev. Psicol.**, n.29, p.16-26, jan.-jun. 2009.

SOUTO, D. L.; ROSADO, E. L. Use of carb counting in the dietary treatment of diabetes mellitus. **Nutr. Hosp.,** v.25, n.1, p.18-25, 2010.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enferm**., v.31, n.3, p.521-528, 2010.

THOMPSON, J. B. A metodologia da interpretação. In: THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p.355-377.

TYER-VIOLA, L. A., LOPEZ, R. P. Pregnancy with chronic illness. **JOGNN**, v. 43, p.25-37, 2014.

VARGAS, E. P. Barrigão à mostra: vicissitudes e valorização do corpo reprodutivo na construção das imagens da gravidez. **Hist. Ciênc. saúde. Manguinhos**, v.19, n.1, p.237-258 , 2012.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. Hermenêutica de profundidade na pesquisa social. **Ciênc. Soc. Unisinos**, v.42, n.2, p.85-93, 2006.

ZAMPIERI, M. F.; ERDMANN, A. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**., v.10, n.3, p.359-367, 2010.

ANEXO 1

Plano Alimentar para Gestantes com Diabetes

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA

Serviço de Nutrição e Dietética

Plano Alimentar para Gestantes com Diabetes _____ Kcal

Nome : _____ Registro: _____

___h. CAFÉ DA MANHÃ	
Leite (_____): _____ Pão (_____): _____ Manteiga, margarina ou requeijão: _____ _____	Carboidratos: _____(g)
___h. COLAÇÃO	
Fruta: _____ _____	Carboidratos: _____(g)
___h. ALMOÇO	
Carnes: _____ Vegetal A (verduras) _____ Vegetal B (legumes) _____ Arroz: _____ Feijão Simples: _____ Azeite: _____ Fruta: _____	Carboidratos: _____(g)
___h. LANCHE	
Leite (_____): _____ Pão (_____): _____ Manteiga, margarina ou requeijão: _____ _____	Carboidratos: _____(g)
___h. JANTAR	
Carnes: _____ Vegetal A (verduras) _____ Vegetal B (legumes) _____ Arroz: _____ Feijão Simples: _____ Azeite: _____ Fruta: _____	Carboidratos: _____(g)
___h. CEIA	
Leite (_____): _____ Fruta: _____ _____	Carboidratos: _____(g)

Consulte a lista de substituição de alimentos para variar seu cardápio

NUTRIÇÃO - GESTANTES COM DIABETES- DM-10-58

ANEXO 1

Lista de Substituição - Método Tradicional (Frente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO **MATERNIDADE-ESCOLA**	**SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

Lista de Substituição para Plano Alimentar de gestantes com diabetes pelo Método Tradicional

FRUTA - 1 PORÇÃO – 40 Kcal

Abacaxi	1 fatia média	**Jambo**	2 médios
Abacate	1 colher de sobremesa	**Kiwi**	1 médio
Açaí (polpa)	15g	**Laranja**	1 pequena
Acerola	10 unidades	**Limão**	3 pequenos
Água de Coco	1 copo de 200ml	**Maçã**	Meia unidade média
Ameixa Preta fresca	2 unidades grandes	**Mamão**	1 fatia pequena
Ameixa vermelha	5 médias	**Mamão Papaya**	Meio pequeno
Ameixa seca	4 unidades	**Manga**	1 pequena
Banana d'agua	1 pequena	**Maracujá**	1 médio
Banana Prata/ouro	1 unidade média	**Melancia**	1 fatia média
Cajá	1 grande	**Melão**	2 fatias pequenas
Cajú	1 médio	**Morango**	9 unidades médias
Caqui	Meia unidade média	**Pêra**	Meia unidade média
Carambola	1 grande	**Pêssego**	1 grande
Damasco Seco	5 unidades	**Salada de Frutas**	1 taça pequena
Figo	1 médio	**Tangerina**	1 pequena
Fruta de Conde	1 média	**Uva**	5 unidades grandes
Goiaba	Meia unidade média	**Uva Passa**	1 col. sopa cheia
Jaca	5 bagos		

GRUPO DO LEITE – 120 Kcal

Iogurte natural	1 pote (160g)	**Leite integral em pó**	2 col. sopa
Queijo Minas Frescal	1 fatia grande(40g)	**Leite desnatado em pó**	3 col. sopa
Queijo Prato	2 fatias médias (30g)	**Leite de soja com cálcio (Ades® zero-original)**	400ml
Leite integral	200ml	Soymilke®	2 colheres sopa
Leite desnatado	300 ml	Poleguinho fibras e cálcio®	4 unidades

GRUPO DO PÃO - 130 Kcal

Aveia em flocos	3.col. sopa cheias	**Pão de forma integral**	2 fatias
Biscoito Cream Cracker *	6 unidades (30g) (*varia com o fabricante)	**Pipoca salgada**	1 saquinho grande (20g) ou 3 xicaras chá
Biscoito Água*	6 unidades(30g) (*varia com o fabricante)	**Torrada Industrializada**	4 unidades(30g)
Biscoito polvilho sal	1 pacote (30g)	**Torrada pão francês**	7 Unidades(45g)
Milho cozido	1 espiga grande	**Aipim cozido**	2 pedaços pequenos
Pão de Forma	2 fatias	**Fubá**	2 col. sopa
Pão Francês	1 unidade (50g)		

GRUPO DA CARNE – 1 PEDAÇO MÉDIO (90g) – 210 Kcal

Almôndegas caseira	2 médias (100g)	Peito de Frango Assado	1 médio(180g)
Bife grelhado	1 médio (100g)	Sobrecoxa Assada	2 unidades(190g)
Bife de fígado (Comer apenas 1 vez por semana)	1 médio (100g)	Fígado galinha (comer apenas 1 vez por semana)	4 médios(120g)
Bife à Rolê	1 e meio pequeno	Filé peixe assado/cozido	2 pequenos(200g)
Carne Moída refogada	5 col. sopa cheia	Posta peixe assada/cozida	1 média(200g)
Carne ensopada	4 col. sopa cheia	Peru	3 fatias (144g)
Carne Assada	1 fatia pequena(75g)	Ovo Cozido(1 vez/semana)	2 unidades
Hamburguer caseiro	2 médios(110g)	Ovo de codorna (no máx. 1 x por semana)	10 unidades
Coxa Frango Assada	3 unidades grandes (165g)	Atum sólido em água - (Coqueiro®)	1 lata
Filé de Frango Grelhado	1 grande(150g)	Salsicha (raramente)	2 unidades médias

ANEXO 1

Lista de Substituição - Método Tradicional (Verso)

GRUPO DA GORDURA – 45 Kcal

Creme de leite	1col. sopa rasa	Óleo	1 col. sobremesa
Manteiga	1 col. de chá cheia	Azeite	1 col. sobremesa
Margarina	1 col. de chá cheia	Maionese (comer raramente)	1 col. sobremesa
Requeijão	1 col. de sobrem. rasa		

GRUPO DO CEREAL – 1 PORÇÃO (2 COLHERES DE SOPA) = 74 Kcal

ARROZ – AIPIM COZ.- ANGU – BATATA COZIDA – FARINHA - INHAME COZ.- MACARRÃO – PURÊ DE BATATA

GRUPO DA LEGUMINOSA – 1 PORÇÃO (1 CONCHA CHEIA) = 135 Kcal

FEIJÕES- GRÃO DE BICO - ERVILHA – LENTILHA – GUANDO - SOJA

GRUPO DO VEGETAL A (VERDURAS)

AGRIÃO-ACELGA-ALFACE-BERINJELA-CARURU-BERTALHA-CHICÓRIA-COUVE-C.-FLOR-ESPINAFRE- AIPO BRÓCOLIS-MAXIXE-RABANETE-REPOLHO-TAIOBA-TOMATE-ABOBRINHA-ALMEIRÃO-MOSTARDA-RÚCULA

GRUPO DO VEGETAL B (LEGUMES) - 4 COLHERES DE SOPA TEM 36 Kcal

ABÓBORA-BETERRABA-CENOURA-CHUCHU-VAGEM-QUIABO-JILÓ-NABO

Orientações Dietéticas:

? Evitar: Mel, açúcar e alimentos e bebidas que o contenham, como: Nescau, bolo, sorvete, bala, bombom, chocolate, refrigerantes, xarope de guaraná, biscoito recheado entre outros;

? Evitar: Pizza, frituras, salgadinhos, cachorro quente, hamburguer, presunto, mortadela, lingüiça, caldo concentrado industrializado, temperos prontos, enlatados, maionese e produtos industrializados em geral;

? Não comer ou beber no almoço e jantar: bife, queijos, iogurtes,café, mate, xarope de guaraná natural , bebida de soja e refrigerantes;

? Comer fruta cítrica (rica em vitamina C) como sobremesa do almoço e jantar;

? Comer 1 bife médio de fígado 1 vez por semana no almoço ou jantar;

? Dar preferência para cereais e grãos integrais;

? Beber no mínimo 8 copos (2 litros) de água por dia;

? **Adoçantes** (edulcorantes): Aspartame, Acessulfame K, **Sucralose e Sacarina** (na quantidade prescrita pelo nutricionista);

? **Adoçantes** (edulcorantes) que não devem ser utilizados: **Ciclamato de sódio, Sorbitol, Stévia e Frutose.**

? Ler atentamente os rótulos dos alimentos.

Rio de Janeiro ___/___/_____ Nutricionista:_____

ANEXO 1

Lista de Substituição - Método de Contagem de Carboidrato (Frente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Lista de Substituição do Plano Alimentar de gestantes com diabetes- MÉTODO CONTAGEM DE CARBOIDRATO

Grupo das FRUTAS - 1 PORÇÃO - 60 Kcal / 15g de carboidrato

Abacaxi	1 fatia grande	Jambo	2 unidades grandes
Abacate	1 colher sobremesa	Kiwi	1 unidade média
Açaí (polpa)	20g	Laranja	1 unidade média
Acerola	15 unidades	Limão	1 unidade grande
Água de Coco	1 copo de 300 ml	Maçã	1 unidade pequena
Ameixa Preta fresca	3 unidades médias	Mamão	1 fatia média
Ameixa vermelha	7 unidades médias	Mamão Papaya	metade de 1 pequeno
Ameixa seca	6 unidades	Manga	1 unidade pequena
Banana d'agua	1 unidade média	Maracujá	1 unidade grande
Banana Prata/ouro	1 unidade grande	Melancia	1 fatia média
Cajá	2 unidades médias	Melão	2 fatias médias
Cajú	1 unidade médio	Morango	6 unidades grandes
Caqui	1 unidade pequeno	Pêra	1 unidade média
Carambola	1 unidade grande	Pêssego	2 unidades médias
Damasco Seco	6 unidades	Salada de Frutas	1 taça pequena
Figo	1 unidade médio	Tangerina	1 unidade média
Fruta de Conde	1 unidade média	Uva	10 unidades grandes
Goiaba	metade de 1 grande	Uva Passa	1 colher de sopa cheia
Jaca	7 bagos		

Grupo do LEITE – 1 PORÇÃO - 120Kcal/ 15g de carboidrato

Iogurte natural	1 pote (160g)	Leite integral em pó	2 col. sopa
Leite integral	200 ml	Leite desnatado em pó	3 col. sopa
Leite desnatado	300 ml	Leite de soja com cálcio (Ades® zero)	400 ml
Queijo prato/mussarela	3 fatias médias	Soymilke®	2 colheres de sopa
Queijo minas frescal	3 fatias médias		

Grupo dos PÃES: PORÇÃO: 65 Kcal/ 15g de carboidrato

Aveia em flocos	2.col. sopa rasas	Pão de forma integral	1 fatia
Farinha de Arroz	1 colher de sopa	Pão de Forma	1 fatia
Biscoito Cream Cracker	3 unidades (15g)	Bisnaguinha	1 unidade
Biscoito Água	3 unidades (15g)	Torrada (tipo Bauducco®)	2 unidades (15g)
Biscoito polvilho sal	Metade de 1 pacote (15g)	Fubá	1 colher de sopa
Biscoito maisena/Maria	3 unidades	Aipim cozido	1 pedaço pequeno
Pão careca/francês/hambur	metade de 1 unidade	Pipoca	1 xícara de chá

Grupo das CARNES-1 PORÇÃO MÉDIA (90g) =210 Kcal-ACIMA DE 1 PORÇÃO, CONTAR 15g de carboidrato

Almôndegas caseiras	2 médias (100g)	Peito de Frango Assado	1 médio(180g)
Bife grelhado	1 médio (100g)	Sobrecoxa Assada	2 unidades (190g)
Bife de fígado (SOMENTE 1 vez /semana)	1 médio (100g)	Fígado galinha (SOMENTE 1 vez /semana)	4 médios (120g)
Bife à Rolé	1 unidade pequena e meia	Filé peixe (assado/cozido)	2 pequenos (200g)
Carne Moída refogada	5 colher sopa cheia	Posta peixe assada/cozida	1 média (200g)
Carne ensopada	4 colheres sopa cheia	Peru	3 fatias (144g)
Carne Assada	1 fatia pequena (75g)	Ovo Cozido (SOMENTE 1 vez /semana)	2 unidades
Hambúrguer caseiro	2 médios (110g)	Ovo de codorna – no máximo 1 vez por semana	10 unidades
Coxa Frango Assada	3 unidades grandes (165g)	Atum (em água)	6 colheres de sopa ou 01 lata

ANEXO 1

Lista de Substituição - Método de Contagem de Carboidrato (Verso)

Grupo das GORDURAS – 1 PORÇÃO : 45 Kcal / NÃO CONTA			
Creme de leite	1colher sopa rasa	Óleo	1 colher sobremesa
Manteiga	1 colher chá cheia	Azeite	1 colher sobremesa
Margarina	1 colher chá cheia	Maionese (raramente)	1 colher sobremesa
Requeijão	1 colher sobremesa rasa		

GRUPO DO ARROZ– 1 PORÇÃO = 2 colheres sopa - 74 Kcal / 15g de carboidrato
ARROZ – AIPIM COZIDO – CARÁ - ANGU – BATATA COZIDA – FARINHA -INHAME COZIDO MACARRÃO - PURÊ DE BATATA/ INHAME

GRUPO DO FEIJÃO– 1 PORÇÃO = 1 Concha média = 6 colheres de sopa 70 Kcal / 15g de carboidrato
GRÃO DE BICO - 3 colheres de sopa ERVILHA - 6 colheres de sopa-LENTILHA - 3 colheres de sopa

VEGETAL A (VERDURAS) / NÃO CONTA - À VONTADE
AGRIÃO – ACELGA – ALFACE – BERINJELA – CARURU – BERTALHA – CHICÓRIA –COUVE - COUVE-FLOR – ESPINAFRE – BRÓCOLIS – MAXIXE – RABANETE –REPOLHO – TAIOBA – CEBOLA – PIMENTÃO –TOMATE – ABOBRINHA - MOSTARDA- RÚCULA - AIPO

VEGETAL B (LEGUMES) / NÃO CONTA 1 PORÇÃO = 4 colheres de sopa
ABÓBORA – BETERRABA – CENOURA – CHUCHU – VAGEM – QUIABO – JILÓ

Orientações Dietéticas:

? **Importante:** açúcar, alimentos doces e mel, **comer somente conforme orientação**;

? **Evitar**: pizza, frituras, salgadinhos, cachorro quente, hamburguers, presunto, mortadela, lingüiça, caldo concentrado industrializado, temperos prontos, enlatados, maionese, refrigerantes e produtos industrializados em geral;

? **Não comer (ou beber) no almoço e jantar**: leite e derivados ou sobremesas com leite, café, chá preto, bebidas de soja, chocolate, mate, xarope de guaraná natural e refrigerantes;

? Comer fruta cítrica (rica em vitamina C) como sobremesa do almoço e jantar;

? Comer fígado (1 bife médio) uma vez por semana no almoço ou jantar;

? Dar preferência para grãos e cereais integrais;

? Beber, no mínimo, 8 copos (2 litros) de água por dia;

? **Adoçantes (Edulcorantes) Permitidos: Sacarina, Aspartame, Sucralose, Acessulfame K** (na quantidade prescrita pelo nutricionista);

? **Adoçantes (edulcorantes) que devem ser evitados: Ciclamato de sódio, Sorbitol, Stévia e Frutose;**

? **Ler atentamente os rótulos dos alimentos.**

Rio de Janeiro ____/____/_____Nutricionista:_____

ANEXO 1

Receitas Diet (Frente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MATERNIDADE-ESCOLA

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Receitas Dietéticas para Datas Comemorativas

Método Tradicional

(Utilizar Conforme Orientação do Nutricionista)

Torta de Banana DIET

Ingredientes: 5 bananas prata médias maduras, 2 ovos inteiros, 2 colheres de sopa de margarina ou manteiga, 1 colher de sobremesa de fermento em pó, 2 colheres de sopa de uva passa sem caroço, 1 xícara de leite integral, 3 colheres de sopa de farinha de trigo, 2 colheres de sopa de adoçante (edulcorante) em pó a base de sucralose próprio para forno e fogão. Farinha de trigo e margarina para untar a forma. **Modo de preparo:** Unte uma forma do tipo para pão (retangular) com manteiga e farinha. Forre o fundo da forma com as bananas descascadas e cortadas em tiras. Bata os outros ingredientes no liquidificador, menos a uva passa. Despeje essa massa na forma por cima das bananas, jogue as uvas passas por cima e leve ao forno médio (180 graus) por cerca de 30 minutos (até dourar).

RENDIMENTO: 8 fatias

***Informação nutricional por porção:* 133 kcal**

3,6g proteínas - 16g carboidratos - 6,0g lipídios

Canjica DIET

Ingredientes: 1 xícara de chá de milho branco para canjica, 2 xícaras de chá de água,1 pau de canela, 3 cravos, 1 pedaço de casca de limão 1 xícara de chá de leite desnatado, meia xícara de chá de adoçante (edulcorante) dietético em pó, próprio para forno e fogão (Sucralose), 1 vidro de leite de coco light. **Modo de preparo:** De véspera, deixe o milho de molho em água fria. Leve o milho ao fogo em uma panela de pressão com a água, a canela, os cravos e a casca de limão. Deixe cozinhar por cerca de 30 minutos. Verifique se os grãos estão macios e adicione o leite e o adoçante em pó. Deixe encorpar e antes de retirar do fogo, adicione o leite de coco. Deixe esfriar um pouco antes de servir. RENDIMENTO: 1litro, (5 porções de 200ml)

***Informação Nutricional por porção:* 200 kcal**

3,6g proteínas - 33,7g carboidratos - 5.3g lipíd

Iogurte Natural DIET

(substituto do leite - grupo dos laticínios)

Ingredientes: 1 litro e meio de leite semi-desnatado, 4 colheres de sopa de leite em pó integral, 1 copo de iogurte natural, 3 sachés de adoçante (edulcorante) em pó a base de sucralose. **Modo de preparo:** Leve o leite ao fogo para atingir uma temperatura de mais ou menos 68°C, ou até ficar morno. Desligue o fogo, adoce o leite com o adoçante, acrescente as 4 colheres de sopa de leite em pó e mexa bem, até dissolver. Acrescente o iogurte natural e misture bem. Coloque em uma vasilha plástica com tampa, enrole em papel alumínio e depois em um pano (para manter a temperatura) e deixe em um local escuro por 24 horas (ex: forno do fogão DESLIGADO). Depois é só separar em potes e conservar na geladeira.

RENDIMENTO: 10 porções de 200ml. *Informação nutricional por porção:* 100 Kcal - 6,3g proteínas - 10,4g carboidratos - 3,3g lipídios

Pão de Forma Integral DIET

(substituto do pão francês - grupo dos pães)

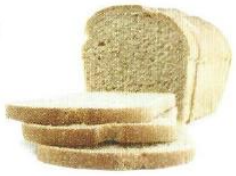
Ingredientes: 2 xícaras (chá) de farinha de trigo, 2 xícaras (chá) de farinha de trigo integral, meia xícara (chá) de aveia em flocos, 2 tabletes de fermento biológico (30g), 1 colher (sobremesa) de adoçante (edulcorante) a base de sucralose, 3 colheres (chá) de sal, 1 xícara (chá) de água morna, 1 xícara (chá) de leite integral, 1 ovo, 3 colheres de sopa de óleo de soja. Manteiga ou margarina para untar a forma e farinha de trigo para polvilhar. **Modo de Preparo:** Numa tigela, misture as duas farinhas e a aveia. Bata os outros ingredientes no liquidificador e despeje sobre os ingredientes secos. Misture bem. Se necessário, adicione um pouquinho mais de água. Unte e polvilhe com farinha uma fôrma de pão grande. Coloque a massa na fôrma. Cubra com um pano e deixe crescer por 20 minutos em lugar escuro e abafado (Ex: forno desligado). Pré-aqueça o forno à temperatura de 180°C. Leve o pão ao forno quente para assar por cerca de 30 minutos.

RENDIMENTO: 1 pão grande com 30 fatias (meio centímetro cada)

***Informação nutricional:* (1 fatia): 68kcal**

2,7g proteínas - 12g carboidratos

1,3g lipídios



NUTRIÇÃDM-11-04

ANEXO 1

Receitas Diet (Verso)

Mousse de Chocolate DIET

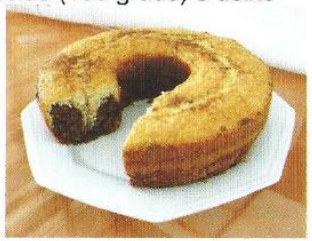
Ingredientes: ½ (meio) envelope de gelatina em pó incolor e sem sabor, 1 xícara de chá de leite desnatado, 5 colheres de sopa bem cheias de adoçante (edulcorante) forno e fogão à base de sucralose, 2 ovos, 120 gramas de chocolate diet em barra que tenha apenas os edulcorantes permitidos. **Modo de preparo:** Em uma tigela pequena, salpique a gelatina na água e reserve. Em uma panela pequena, misture o leite e o adoçante. Leve ao fogo e deixe ferver. Bata os ovos em uma tigela e junte 1/3 do leite fervente. Misture aos poucos o restante do leite, volte ao fogo e mexa ate que engrosse levemente. Retire do fogo e junte a gelatina reservada. Acrescente o chocolate e misture até obter um creme uniforme. Deixe esfriar e coloque na geladeira.

RENDIMENTO: 5 porções de 50g
***Informação nutricional:* 116 Kcal**
5,0g proteínas - 14,4g carboidratos
4,0g lipídios.

Bolo Mesclado DIET

Ingredientes: 1 pote de iogurte natural (170g), 1 xícara de óleo de soja, 1 xícara de adoçante à base de sucralose próprio para forno e fogão, 2 xícaras de farinha de trigo, 3 ovos, 1 colher de sopa de fermento em pó, 1 colher de sopa de cacau em pó. **Modo de Preparo:** Bata tudo no liquidificador, menos o cacau. Separe uma parte da massa e misture com o cacau em pó. Despeje a massa branca em uma forma de furo central (18 cm) untada com margarina e farinha de trigo, depois despeje a massa com o cacau e mexa levemente com um garfo. Leve ao forno baixo e pré aquecido (180 graus) e deixe assar por cerca de 30 minutos.

RENDIMENTO: 12 fatias
Informação nutricional por fatia:
230 kcal
5,0g proteínas - 17g carboidratos
16g lipídios



Apoio e colaboração: UFRJ/ ME/ GPSMI

Brigadeiro DIET (de copinho)

Leite Condensado Diet

Ingredientes: 1 copo de leite em pó desnatado (10 colheres de sopa = 100g), ½ copo de água fervente, ½ copo de adoçante forno e fogão a base de sucralose (5 colheres de sopa = 6g), 1 colher de sobremesa de margarina light. **Modo de preparo:** Bata tudo no liquidificador.

Brigadeiro Diet

Coloque o leite condensado diet na panela, acrescente meia xícara de chá de leite desnatado, 1 colher de sopa de margarina light, 1 colher de sopa de amido de milho e 2 barras pequenas de chocolate dietético que tenham o adoçante permitido (25g cada barra) picada. Misture bem e leve ao fogo baixo sempre mexendo até formar consistência. Deixe esfriar e coloque 1 colher de sopa em cada copinho de 50ml (tipo de cafezinho).

RENDIMENTO: 13 colheres de sopa
Informação nutricional por porção:
61 kcal - 3,0g proteínas
6,0g carboidratos
2,8g lipídios.

Observações:

Edulcorantes (adoçantes) permitidos: sucralose, sacarina, acessulfame k e aspartame.

Edulcorantes (adoçantes) que devem ser evitados: ciclamato, sorbitol, frutose e stévia.

IMPORTANTE:

Os fabricantes podem alterar os tipos de edulcorantes (adoçantes), assim é necessário ler o rótulo antes de comprar.

ANEXO 1

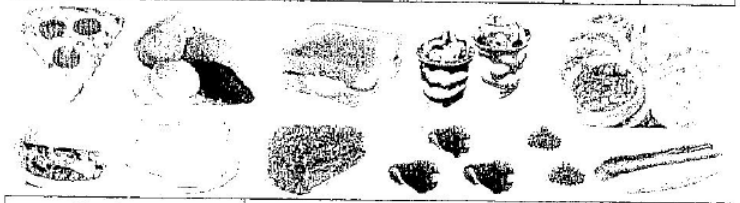
Lista de Alimentos - grama a grama - MCC (Frente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

LISTA DE ALIMENTOS PARA DATAS COMEMORATIVAS
MÉTODO DE CONTAGEM DE CARBOIDRATO

PRATO PRINCIPAL Almoço e Jantar	Medida caseira	CHO	KCAL
Bife à milanesa	1 médio (80g)	6	230
Bife à parmeggiana	1 médio (150g)	13	490
Bobó de camarão	1 concha cheia (190g)	40	312
Canelone de frango	2 unidades médias (90g)	17	175
Canelone de ricota	2 unidades médias (60g)	13	148
Churrasco	1 colher de sopa cheia (25g)	2	42
Frango à milanesa	Filé pequeno (100g)	15	311
Lasanha à bolonhesa	1 pedaço médio (190g)	30	397
Moqueca de peixe	1 porção (185g)	3	332
Panqueca de carne	1 unidade média (80g)	18	230
Risoto de frango	2 colheres sopa cheias (50g)	12	91
Salpicão de frango	2 colheres sopa cheias (50g)	4	94
Sardinha frita	1 unidade média (33g)	1	120
Strogonoff de carne	1 concha média cheia (170g)	4	294
Strogonoff de frango	1 concha média cheia (170g)	4	338
Trouxinha de repolho	1 unidade (15g)	1	10

ACOMPANHAMENTO	Medida caseira	CHO	KCAL
Banana à milanesa	1 unidade pequena (75g)	22	188
Batata sauté	2 colheres sopa cheias (50g)	9	75
Batata frita	2 colheres sopa cheias (50g)	18	140
Bolinho de bacalhau	1 unidade média (15g)	4	43
Bolo branco de festa	1 fatia média (100g)	65	384
Bolo de brigadeiro	1 fatia média (100g)	57	470
Brigadeiro	3 unidades pequenas (30g)	18	120
Cachorro quente	1 unidade	32	330
Cajuzinho	1 unidade pequena (12g)	6	51
Coxinha de galinha	1 unidade pequena (25g)	9	111
Croquete de carne	1 unidade média (25g)	10	87
Empada de frango	1 unidade média (55g)	19	256
Enroladinho de salsicha	1 unidade média (27g)	3	79
Pastel de carne	1 unidade média (32g)	5	84
Pastel de queijo	1 unidade média (25g)	5	75
Risole de carne	1 unidade média (35g)	10	149



FAST FOOD	Medida caseira	CHO	KCAL
Batata frita	Porção (115g)	37	315
Hamburguer	1 unidade	40	301
Cheeseburguer	1 unidade	40	358
Esfiha de carne	1 unidade média (80g)	30	203
Esfiha de queijo	1 unidade média (80g)	20	242
Misto quente	1 unidade	29	283
Pizza de calabresa	1 fatia média (90g)	21	239
Pizza de mussarela	1 fatia média (100g)	22	278
Quibe frito	1 unidade média (50g)	11	104
Sanduíche natural	1 unidade média (120g)	29	265
Sorvete de casquinha	1 unidade	30	200
Sundae	1 unidade	45	300

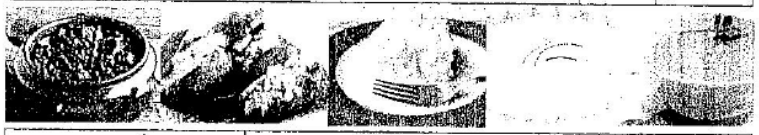
Apoio e colaboração: UFRJ/ ME/ GPSMI

ANEXO 1

Lista de Alimentos - grama a grama - MCC (Verso)

Bolinho de arroz	1 unidade média (40g)	15	94
Creme de milho	2 colheres sopa cheias (70g)	10	70
Farofa	2 colheres sopa cheia (30g)	24	142
Mandioca frita	2 colheres sopa cheias (70g)	39	250
Nhoque	2 colheres sopa cheias (60g)	15	85
Pirão	2 colheres sopa cheia (60g)	18	73
Polenta cozida	1 pedaço médio (30g)	3	20
Salada de legumes com maionese	2 colheres sopa cheias (70g)	10	68
Suflê de legumes	2 colheres sopa cheias (110g)	11	140
Suflê de queijo	1 pedaço médio (90g)	6	103

SOPAS	Medida caseira	CHO	KCAL
Caldo verde	3 conchas médias (390ml)	21	238
Canja	3 conchas médias (390ml)	24	332
Sopa de carne e legumes	3 conchas médias (390ml)	24	300
Sopa de ervilha	3 conchas médias (390ml)	60	378
Sopa de feijão c/ macarrão	2 conchas médias (320ml)	61	422



PRATOS TÍPICOS	Medida caseira	CHO	KCAL
Acarajé	1 unidade média (100g)	22	282
Baião de dois	1 escumadeira cheia (100g)	53	336
Beiju com coco	1 unidade grande (125g)	77	623
Canjica	1 copo pequeno (180ml)	35	203
Cuscuz de milho	1 pedaço pequeno (85g)	34	162
Cuscuz de tapioca	1 pedaço pequeno (60g)	33	149
Feijão tropeiro	2 colheres sopa cheias (30g)	14	100
Feijoada	1 concha média (225g)	24	346
Queijo coalho	1 ped. grande (100g)	1	337
Tutu	2 colheres sopa (70g)	9	80

NUTRIÇÃO- DM-11-05

DOCES	Medida caseira	CHO	KCAL
Arroz doce	1 colher de sopa cheia (40g)	13	66
Bananada	1 unidade pequena (15g)	10	43
Bolo de banana	1 fatia média (70g)	33	211
Bolo branco	1 fatia média (60g)	33	263
Bolo de cenoura	1 fatia média (60g)	39	227
Bolo de chocolate	1 fatia média (60g)	34	307
Bolo de milho	1 fatia média (60g)	46	219
Doce de abóbora c/ coco	1 colher de sopa cheia (40g)	18	83
Doce banana em calda	1 colher de sopa cheia (48g)	9	40
Doce de leite cremoso	1 colher de sopa cheia (40g)	22	116
Doce de mamão verde	1 colher de sopa cheia (40g)	19	78
Gelatina	1 colher de sopa cheia (25g)	4	17
Geléia de fruta	1 colher sobremesa	7	27
Goiabada	1 fatia pequena (40g)	27	109
Mousse de chocolate	1 copo pequeno (140g)	40	450
Mousse de maracujá	1 copo pequeno (140g)	45	400
Paçoca	1 unidade (30g)	20	115
Pudim de leite	1 fatia pequena (90g)	22	164
Quindim	1 pequeno (20g)	8	64
Rabanada	1 unidade média (60g)	21	187
Torta de limão	1 fatia média (85g)	43	336

CARDÁPIO de FESTA	Medida caseira	CHO	KCAL
Beijinho de coco	1 unidade média (25g)	17	116
Bolinha de queijo	1 unidade pequena (10g)	1,1	27
Bolinho de aipim c/ carne	1 unidade média (45g)	12	86

ANEXO 1

Vitamina A (Frente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

VITAMINA A

Por que a Vitamina A é tão importante?

- É importante para defesa do organismo, além de reduzir a gravidade das infecções, como a infecção respiratória aguda e diarréia. Mantém a saúde da visão e dos olhos.
- Ajuda a manter a pele sadia.
- É fundamental para o crescimento saudável das crianças.
- Ajuda a combater os radicais livres, que promovem o envelhecimento precoce e o surgimento de algumas doenças.
- Na gestação e durante a lactação, a vitamina A tem um papel essencial - ajuda no crescimento e desenvolvimento do bebê, e sua deficiência pode aumentar as chances de infecções e complicações na gestação.

A Vitamina A pré-formada ("pronta para ser usada pelo organismo") é encontrada em alimentos de origem animal: vísceras (principalmente fígado), gemas de ovos e leite integral e seus derivados (manteiga e queijo).

ATENÇÃO!!! Se usar produtos desnatados, observar se estes são adicionados de vitamina A.

NUTRIÇÃO DM-09-56

ANEXO 1

Vitamina A (Verso)

LEMBRETE: o consumo de 1 bife médio de fígado (100g) semanalmente garante a quantidade de vitamina A necessária durante a gestação.

Entre os vegetais, são fontes de precursores de Vitamina A: as frutas, legumes amarelos e alaranjados e vegetais verde-escuros, como por exemplo: manga, mamão, cajá, cajú maduro, caqui, goiaba vermelha, abóbora, cenoura, acelga, espinafre, chicória, brócolis, couve, salsa, etc.

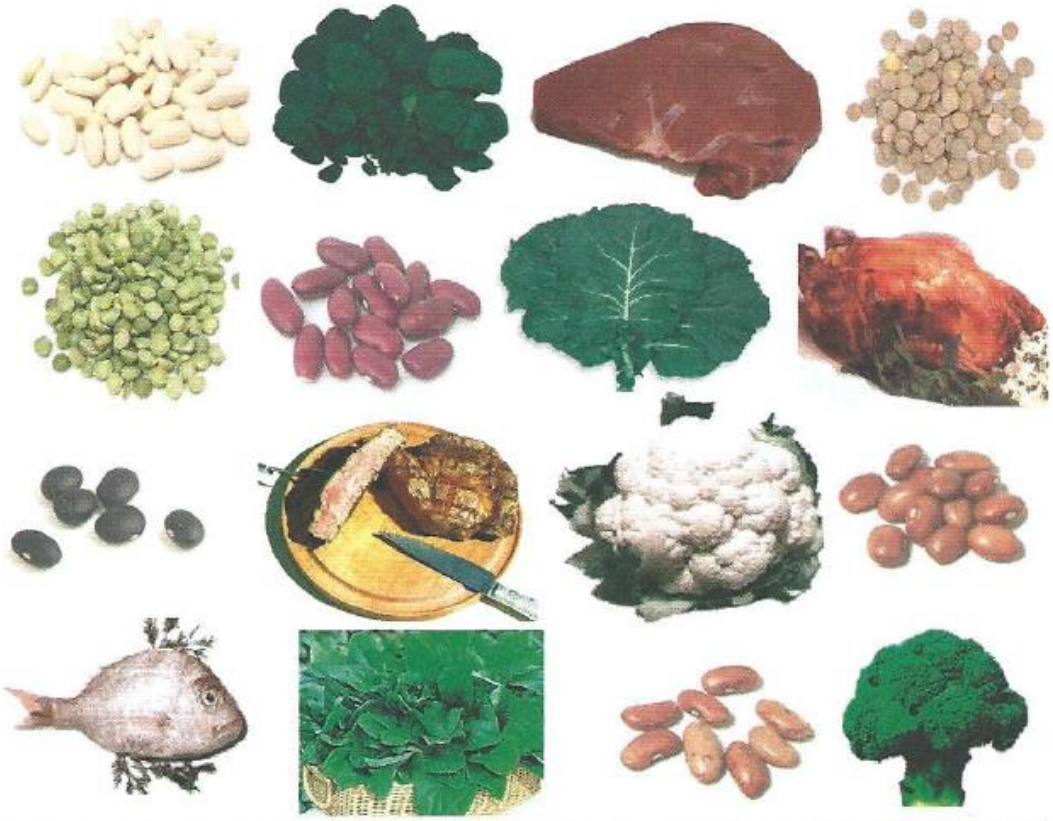
ATENÇÃO: Se você tem entre 10 e 49 anos não deve tomar suplementos vitamínicos-minerais contendo Vitamina A sem a orientação do seu médico ou nutricionista.

ANEXO 1

Anemia (Frente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA

ORIENTAÇÃO PARA ANEMIA FERROPRIVA



Elaboração:
Equipe de Nutrição Clínica
Maternidade-Escola - UFRJ

Programação Visual:
Setor de Multimídia
Maternidade-Escola - UFRJ

APOIO:
Ambulatório
Materno Infantil
ME - UFRJ

ANEXO 1

Anemia (Verso)

ORIENTAÇÃO PARA ANEMIA FERROPRIVA

Nome: Prontuário:

- Ingerir fígado 1 vez na semana.

- Ingerir diariamente:
  - Carnes (frango, carne boi, peixes)
  - Leguminosas (feijões, ervilha, lentilha)
  - Vegetais verde escuros (espinafre, couve, bertalha, agrião, brócolis, etc.)

- Consumir moderadamente melado, açaí, aveia.
- Ingerir uma fruta cítrica (laranja, limão, acerola, caju, tangerina, goiaba, etc.) junto com almoço e jantar.

- Evitar tomar chá preto, café, refrigerante, guaraná natural e mate junto ao almoço e jantar.
- Evitar tomar leite e derivados junto com almoço e jantar.

Observações:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Rio, ____/____/_____.

_____

Nutricionista

ANEXO 1

Constipação crônica (Frente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA

ORIENTAÇÃO PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Elaboração:
Equipe de Nutrição Clínica
Maternidade-Escola - UFRJ

Programação Visual:
Setor de Multimídia
Maternidade-Escola - UFRJ

APOIO:
Ambulatório
Materno-Infantil
ME - UFRJ

ANEXO 1

Constipação crônica (Verso)

ORIENTAÇÃO PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Nome: **Prontuário:**

ALIMENTOS QUE DEVEM SER INCLUÍDOS NA ALIMENTAÇÃO

Frutas: mamão, laranja c/ bagaço, manga, abacaxi, ameixa preta, melancia, ameixa seca, caqui, figo, tangerina, uva.

Legumes e verduras: abóbora, vagem, quiabo, espinafre, bertalha, couve, alface, chicória, brócolis, jiló, rúcula e demais folhosos.

Leguminosas: feijões, lentilha, grão de bico, ervilha.

Alimentos integrais: pães, biscoitos, aveia, farelo de trigo...

Iogurte natural.

Beber bastante líquidos. Água ____ℓ por dia.

COQUETEL LAXATIVO

Suco de laranja – 1 copo
Ameixa preta seca – 2 unidades.
Mamão – 1 pedaço pequeno
Aveia – 1 colher de sopa

Observações:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

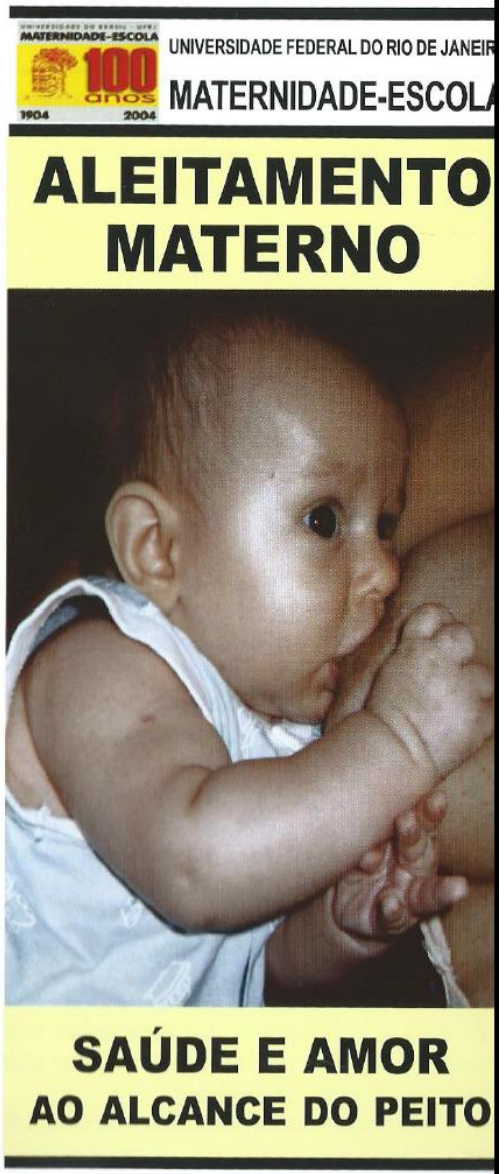
Rio, ____/____/_____.

_____
Nutricionista

NUTRIÇÃO CONSTIPAÇÃO INTESTINAL -DM-09-53

ANEXO 1

Aleitamento materno (Frente)



✦Tome banhos de sol direto nos seios antes das 10h. e após às 16h. sempre que possível, para prevenir ou ajudar na cicatrização de rachaduras (10 à 15 minutos), ou banho de luz em frente a uma lâmpada de 40W a um palmo de distância da mama (5 minutos).

✦E atenção: se o bico do peito rachar, NÃO USE cascas de frutas, pois elas podem causar infecção na sua mama. Ao invés disso, use seu próprio leite, que tem ação cicatrizante.

MITOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO: VERDADEIRO OU FALSO?

✦**Dar de mamar faz os seios caírem?**
Falso. A mudança dos seios depende da natureza (genética), da idade e da própria gravidez, mas não se a mãe amamenta ou não.

✦**Para ter bastante leite é preciso comer canjica ou beber cerveja preta?**
Falso. O que faz ter leite é o bebê sugar sempre que quiser e pelo tempo que quiser. Quanto mais o bebê mamar, mais leite irá produzir!

✦**Criança que nasceu antes do tempo ou com baixo peso, não pode mamar?**
Falso. Estes bebês são mais lentos e podem no nício ter dificuldades para sugar, mas são os que mais precisam da proteção do leite materno. Conforme eles crescem, ganham peso e sugam com maior facilidade.

✦**Mãe que trabalha fora não pode amamentar?**
Falso. Leia as orientações a seguir.

VOLTANDO AO TRABALHO

☐Mesmo depois de voltar ao trabalho você pode continuar amamentando. A consolidação das Leis do Trabalho (CLT) permite que você faça 2 intervalos de meia hora por dia até o sexto mês da criança;

☐A creche garante esse direito. Empresas com mais de 30 funcionárias são obrigados a manter uma no local de trabalho;

NUTRIÇÃO - DM-07-44

☐Defenda seus direitos e saiba que a Constituição Federal garante a você 120 dias (4 meses) de licença-maternidade. Se necessário, também é possível ordenhar o leite e guardá-lo adequadamente.

ALIMENTAÇÃO DA MÃE
Dicas para as mães que amamentam

✦Para ter uma alimentação saudável, em todas as refeições, inclua, pelo menos, **um alimento de cada grupo** da pirâmide abaixo, com excessão de doces, açúcares e gorduras, que devem ser consumidos moderadamente.

✦Se sua refeição estiver colorida, com certeza estará saudável.

✦Beba 10 copos de água por dia ou mais.

✦Evite consumir bebidas alcoólicas.

✦Evite consumir café, chá preto ou mate.

✦Não fume.

Elaboração: Serviço de Nutrição
Maternidade-Escola - UFRJ
APOIO: Ambulatório Materno Infantil - ME - UFRJ
Programação Visual: Setor de Multimídia
Maternidade-Escola - UFRJ

ANEXO 1

Aleitamento materno (Verso)

O LEITE MATERNO É O MELHOR E MAIS COMPLETO ALIMENTO PARA SEU FILHO

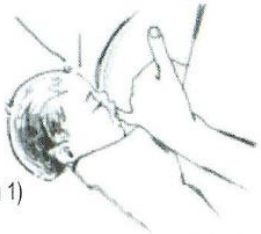
- **É o único alimento de que o bebê precisa até os primeiros 6 meses de vida, não sendo necessário dar água ou chá, suco ou papinha neste período;**
- Contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebê;
- É facilmente digerido, por isso o bebê amamentado sente fome mais depressa dos que tomam mamadeira;
- O primeiro leite que aparece é o colostro, de cor amarelada e é rico em anticorpos (defesa) que protegem o bebê contra doenças. Após 3 ou 5 dias o leite é produzido em maior quantidade e em coloração mais esbranquiçada;
- **Não existe leite fraco.** O choro do seu bebê pode ter vários motivos: cólicas, fraldas molhadas ou simplesmente porque quer o seu carinho. Não culpe seu leite achando que ele não sustenta o seu filho. Peça para um profissional de saúde avaliar o crescimento do seu filho;
- **Quanto mais o bebê suga, mais leite é produzido,** sendo importante não fixar horário para as mamadas;
- **O aleitamento materno fortalece os laços de amor entre mãe e filho;**
- **Não dê mamadeiras e chupetas a seu bebê, pois o uso de bicos artificiais pode levá-lo a largar o peito;**

Até os 6 meses dê apenas o seu leite; a partir daí, dê também outros alimentos e continue amamentando até 2 anos ou mais.

E QUAIS AS VANTAGENS DO LEITE MATERNO PARA VOCÊ MAMÃE?

- As mães que amamentam seus filhos voltam mais rapidamente ao peso normal. Além disso, amamentar ajuda o útero a voltar ao seu tamanho normal.
- Amamentar diminui o risco de anemia, câncer de ovário e de mama.
- **O leite materno é de graça!**

Comece a amamentar oferecendo primeiro o seio mais cheio. O bebê deve abocanhar o máximo que puder da aréola (parte mais escura do seio) e não só o bico. Deixe seu filho mamar o tempo que ele quiser e só quando esvaziar um seio é que se deve oferecer o outro. Para realizar a troca dos seios, coloque seu dedo bem limpo no canto da boca do bebê, evitando assim machucar seu peito (figura 1).



(Figura 1)

A posição para amamentar deve ser a mais cômoda possível, e a mãe pode estar sentada ou deitada (figura2).

(Figura 2)

Posição do "C" — Posição invertida — Posição deitada

Bebê na vertical

Posição "bebê sobre a mãe deitada"

Nos primeiros dias pode ser necessário esvaziar os seios através de ordenha evitando que eles fiquem muito cheios e empedrados. As mamas muito cheias podem ficar dolorosas e dificultar a pega do bebê.

Após a mamada, os seios podem ser limpos com o próprio leite.

COMO TIRAR SEU LEITE (ORDENHAR)

1. Pegue um vidro com tampa plástica (maionese ou café solúvel);
2. Retire o papelão da tampa plástica;
3. Ferva o vidro e a tampa por 20 minutos e não seque, só escorra. Depois coloque uma etiqueta com a data;
4. Lave bem as mãos até o cotovelo e escove as unhas (que devem ser curtas) com água e sabão. Seque em toalha individual;
5. Procure um local tranquilo, limpo e longe de animais; não fume e nem converse; sinta-se relaxada;
6. Faça massagens circulares nas mamas com as pontas dos dedos e despreze as primeiras gotas de leite;
7. Segure o vidro próximo à mama;
8. Faça ordenha manual colocando os dedos onde termina a aréola (parte escura ao redor do bico), aperte e solte com cuidado até o leite sair.

COMO GUARDAR SEU LEITE

- Na geladeira: por 12 horas.
- No congelador: por 15 dias.
- No freezer: por 15 dias.
- Não deixe o vidro com seu leite encostar em outros alimentos.

COMO OFERECER O SEU LEITE ORDENHADO

- **O leite ordenhado não pode ser fervido,** devendo ser amornado em banho-maria. A temperatura ideal é a da pele.
- **Ofereça o leite com uma colherinha ou um copinho, pois o uso de mamadeira faz o bebê não aceitar mais o seio.**

CUIDADOS COM AS MAMAS

- Você não deve usar sabonete, alcool, água boricada, óleo de amêndoas, pomadas, hidratantes, ou qualquer outro produto nos seios, porque a pele pode ficar mais lisa e mais fácil de rachar. O próprio leite é suficiente para limpar o bico do seio.

ANEXO 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

NOTÍCIA DA GRAVIDEZ

- Como foi saber que estava grávida?
- Como você chegou aqui na maternidade?

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DO DIABETES NA GESTAÇÃO

- **DMG**: Como foi receber a notícia de que estava com diabetes na gravidez?
- **DMP**: Como foi receber a notícia de que estava grávida, tendo diabetes?

PRÉ-NATAL, ALIMENTAÇÃO e CUIDADO NUTRICIONAL

- Conta pra mim, como foi o seu pré-natal.
- Como foi a rotina de exames, de consultas? E acompanhar o seu ganho de peso e do seu filho (a)?
- Conta pra mim, como foram as consultas com o nutricionista.

PUERPÉRIO

- Como foi o momento do parto e como está sendo o pós-parto?
- Como está a saúde do(a) seu (sua) filho(a)? E a alimentação dele (a)?

VIVÊNCIA DO GESTAR COM DM

- Agora que você já é mãe, que conselhos daria para uma gestante com diabetes?

ANEXO 3

ENTREVISTA 1

- Binômio: **Lúcia e Rodrigo**
- Data da entrevista: 27 de dezembro de 2011, no dia de realização do TOTG pós-parto, sem o bebê Rodrigo.
- Local: Sala no 2º Andar do Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Lúcia tem 31 anos, nasceu no Rio de Janeiro e reside na Gamboa, região central da cidade. Concluiu o ensino médio e é caixa de loja feminina. Esta foi a sua quarta gestação, seus filhos de 16 e 10 anos são de outro relacionamento. Em 2001, sofreu um aborto (GIV PIII AI). É o primeiro filho de seu companheiro, com quem vive em união estável há 3 anos. Iniciou o pré-natal com 6 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 14 semanas. Foi classificada com sobrepeso pré-gestacional e ganhou 9,5 kg no total (adequado segundo IOM, 2009). Iniciou a terapia com insulina nos 6 últimos dias antes do parto, por macrossomia. Queixou-se de pirose e praticou pagofagia na gestação. Boa adesão ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Participou de 3 ações educativas (sessões 1 e 4). Compareceu a 13 consultas de pré-natal e 5 de nutrição. O parto cesáreo foi realizado em 14/11/2011. Rodrigo nasceu a termo (38 semanas), com 3795g (AIG) e 50cm, sendo o Apgar 9/9. Segue em aleitamento materno, complementado com fórmula infantil. Lúcia realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo que indicou GJ 96 e G2h 84, sendo descartado diabetes *mellitus* prévio [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 2

- Binômio: **Kelly e Henrique**
- Data da entrevista: 12 de janeiro de 2012, no puerpério imediato, na presença do recém-nascido Henrique.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição no Alojamento Conjunto.

- Resumo da história da gestação: Kelly tem 22 anos, nasceu no Rio de Janeiro e reside em uma comunidade na Tijuca, região norte da cidade. Concluiu o ensino médio e é vendedora. É o primeiro filho do casal, fruto de um namoro de 10 anos, estavam morando juntos há alguns meses (no início do namoro, ela tinha 13 e ele 17 anos). Iniciou o pré-natal com 6 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 12 semanas. Em agosto/2011 quando estava com 15/16 semanas, foi quando "caiu a ficha" do diagnóstico do diabetes, e chorou muito. Sua mãe a acompanhava nas consultas de pré-natal. Foi classificada com eutrofia pré-gestacional e ganhou 7,5 kg no total (insuficiente, segundo IOM, 2009). Perdeu peso no início da gestação e ganhou excessivamente nas últimas semanas, por ansiedade, segundo ela. O controle glicêmico foi obtido através da dietoterapia pelo método de contagem de carboidrato, com adesão flutuante, usou por um período adoçante não recomendado. Apresentou constipação intestinal durante a gestação. Participou de 1 ação educativa (sessão1), havia sempre o interesse em participar, porém era impossibilitada pelo horário do trabalho. Vivia situações conflituosas no trabalho, principalmente com a sua gerente, e já havia decidido não retornar ao trabalho depois da licença maternidade. Compareceu a 12 consultas de pré-natal e 6 de nutrição. O parto normal foi realizado em 12/01/2011. Henrique nasceu a termo (40 semanas), com 2910g (AIG) e 46cm, banhado em mecônio, sendo o Apgar 9/9. Segue em aleitamento materno exclusivo, relato de complementação com fórmula infantil nas primeiras horas de vida. Kelly não realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo. Henrique reinternou com 24 dias de vida por abscesso perianal e será acompanhado no ambulatório de *Follow Up*, pela Pediatria e Nutrição [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 3

- Binômio: **Karla e Lorena**
- Data da entrevista: 23 de janeiro de 2012, no puerpério imediato, na presença do recém-nascido Lorena.
- Local: Alojamento Conjunto.

- Resumo da história da gestação: Karla tem 37 anos, nasceu em Ilhéus no estado da Bahia e reside na comunidade do Cantagalo em Ipanema, região sul do Rio de Janeiro. Possui ensino médio incompleto e é secretária. Vive em união estável com seu companheiro. Esta foi a sua segunda gestação, seu primeiro filho tem 9 anos (GII PII A0). Encaminhada do pré-natal de baixo risco por apresentar aumento da pressão arterial com 21/22 semanas gestacionais, sendo medicada com anti-hipertensivo (Metildopa®) 250mg, duas vezes ao dia. Desconhecia ser portadora de hipertensão arterial sistêmica previamente à gestação. Iniciou o pré-natal da maternidade do estudo com 22 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 24 semanas. Foi classificada com sobrepeso pré-gestacional e ganhou apenas 2,9 kg até 36 semanas (insuficiente, segundo IOM, 2009). O controle glicêmico foi obtido através da dietoterapia pelo método tradicional associado a terapia com insulina, com adesão flutuante, usou durante um período adoçante não recomendado. História de constipação intestinal crônica. Não participou das ações educativas. Compareceu a 12 consultas de pré-natal e 5 de nutrição. O parto cesáreo foi realizado em 20/01/2012 por pré-eclâmpsia sobreposta, oligodramnia e crescimento intrauterino restrito (CIUR). Lorena nasceu a termo (37 semanas), com 2190g (PIG) e 43,5cm, sendo o Apgar 4/9. Permaneceu na UTIN por 2 dias devido a cianose central, recebendo alta para o Alojamento Conjunto. Segue em aleitamento materno, complementado por fórmula infantil. Karla apresentou, no puerpério, ingurgitamento em ambas as mamas. Realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo que indicou GJ 111 e G2h 141, confirmando diabetes *mellitus* prévio [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 4

- Binômio: **Karen e Yuri**
- Data da entrevista: 02 de fevereiro de 2012, no dia da consulta de revisão, na presença do bebê Yuri.
- Local: Sala do GPSMI no Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Karen tem 40 anos, nasceu em Pernambuco e reside em São Cristóvão, região norte do Rio de Janeiro. Concluiu o ensino médio e é depiladora. Costumava realizar caminhadas (40 minutos por dia). Esta foi a sua terceira gestação. Em 2002, engravidou pela primeira vez, realizou o pré-natal em instituição privada, sem intercorrências, porém com desfecho de natimorto. A segunda gestação em 2007 foi gemelar, com pré-natal realizado em unidade de saúde pública de alto risco, sendo descoberto pré-eclâmpsia, motivo pelo qual os bebês nasceram prematuros e necessitaram de cuidado intensivo neonatal, apresentando boa recuperação. Karen foi mãe solteira, não recebia apoio do pai dos gêmeos. Não planejava ter mais filhos. Iniciou um novo relacionamento e engravidou sem que fosse desejado. Inicialmente a gestação não foi aceita nem por Karen, nem por seu companheiro que chegou a aconselhá-la a abortar, fato este recusado por ela. Iniciou o pré-natal com 8 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 10 semanas. Iniciou a gestação com sobrepeso e ganhou 10,1 kg no total (adequado, segundo IOM, 2009). O controle glicêmico foi obtido através da dietoterapia pelo método tradicional. Apresentou baixa adesão ao cuidado nutricional, com uso frequente de açúcar branco e alimentos que o continham. Não participou das ações educativas. Compareceu a 14 consultas de pré-natal e 6 de nutrição. O parto cesáreo foi realizado por iteratividade em 23/01/2012. Karen foi submetida também à laqueadura tubária. Yuri nasceu a termo (38 semanas), com 3650g (AIG, limítrofe para GIG) e 48 cm, sendo o Apgar 8/9. Segue em aleitamento materno exclusivo. Karen realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo que indicou GJ 70 e G2h 103, sendo descartado diabetes *mellitus* prévio [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 5

- Binômio: **Rosália e Sônia**
- Data da entrevista: 05 de março de 2012, no dia da consulta de revisão, na presença do bebê Sônia.
- Local: Sala do 2º andar do Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Rosália tem 38 anos, nasceu no Ceará e reside na comunidade do Vidigal, região sul do Rio de Janeiro. Concluiu o ensino médio e é gerente de restaurante. Esta foi a sua segunda gestação e foi planejada. Seu primeiro filho tem 6 anos (GII PII A0). Vive em união estável há 7 anos com seu companheiro. Iniciou o pré-natal com 9 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 26 semanas. Iniciou a gestação com sobrepeso e ganhou 7,5 kg no total (adequado, segundo IOM, 2009). Apresentou constipação intestinal durante a gestação. O controle glicêmico foi obtido através do método de contagem de carboidrato, com boa adesão. Não participou das ações educativas. Compareceu a 13 consultas de pré-natal e 4 de nutrição. O parto normal foi realizado em 11/02/2012. Sônia nasceu a termo (40 semanas), com 3530g (AIG) e 48,5 cm, sendo o Apgar 8/9. Segue em aleitamento materno complementado por fórmula infantil. Rosália realizou o TOTG pós-parto na ME-UFRJ que indicou GJ 81 e G2h 82, sendo descartado diabetes *mellitus* prévio. **Durante a entrevista, ao recordar do diagnóstico do diabetes, se emocionou** [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 6

- Binômio: **Celina e Levi**
- Data da entrevista: 15 de março de 2012, no período de internação do Levi na UTI neonatal.
- Local: Sala do GPSMI no Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Celina tem 39 anos, nasceu no Rio de Janeiro e reside na comunidade do Vidigal, região sul da cidade. Concluiu o ensino médio e é recepcionista em clínica de endoscopia. Relatou ser fumante e alcoolista. Vive em união estável com seu companheiro há 2 anos. Esta foi a sua segunda gestação, planejada e aceita pelo casal (GII PIII). Engravidou pela primeira vez em 2004, uma gestação gemelar fruto de outro relacionamento, quando desenvolveu diabetes gestacional. Após a mesma, descobriu ser portadora de diabetes melitus tipo 2, com uso de hipoglicemiante oral (Metformina®) três vezes ao dia, porém com adesão irregular. Apesar da gestação ter sido planejada, Celina não buscou, no planejamento familiar, um bom controle glicêmico. Possui história familiar de diabetes (mãe e avó materna). Iniciou o pré-natal com 9 semanas gestacionais. Encontrava-se com obesidade pré-gestacional e ganhou 10,4 kg no total (excessivo, segundo IOM, 2009). A terapia com insulina foi iniciada desde o início da gestação, por se tratar de DMP. Não fazia a automonitorização glicêmica regularmente e não alcançou bom gerenciamento do diabetes na gestação. Queixou-se de náuseas, pirose e constipação intestinal. Baixa adesão ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Não participou das ações educativas. Compareceu a 10 consultas de pré-natal e 7 de nutrição.O parto cesáreo foi indicado por sofrimento fetal agudo em 10/02/12. Levi nasceu prematuro (35 semanas), com Ictiose congênita, raro distúrbio genético que afeta especialmente a pele e polidactilia em mão direita, com 2820g (AIG) e 45cm, sendo o Apgar 4/8. Celina realizou ordenha de LH por um período curto. Levi permaneceu na UTIN, em aleitamento artificial e na alta foi encaminhado para acompanhamento em serviço especializado [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 7

- Binômio: **Nazy e Claudio**
- Data da entrevista: 23 de março de 2012, no período de internação do Claudio na UTI neonatal e da Nazy no Alojamento AME.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição no Alojamento Conjunto.
- Resumo da história da gestação: Nazy tem 31 anos, nasceu no Rio de Janeiro e reside em Bangu, região oeste da cidade. Concluiu o ensino médio e é do lar. Esta é a sua terceira gestação, não planejada e inicialmente não aceita (GIII PII AI). Engravidou pela primeira vez em 1998, tem um filho adolescente. Em 2010 engravidou novamente, porém optou por interrompê-la. Vive em união estável com seu companheiro. Iniciou o pré-natal com 10 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 16 semanas. Iniciou a gestação com obesidade e não ganhou peso, ao contrário, perdeu 200g no total. O controle glicêmico foi alcançado através do método tradicional, associado à terapia com insulina com 24 semanas. Apresentou náuseas e flatulência. Não participou das ações educativas. Compareceu a 8 consultas de pré-natal e 2 de nutrição. Nazy evoluiu no final do segundo trimestre com herniação da bolsa amniótica pelo canal cervical, causada por incompetência istmo cervical, sendo indicada a internação hospitalar e a permanência em repouso absoluto no leito. Após quinze dias de internação, apresentou amniorrexe prematura, sendo indicado o parto cesário em 13/03/2012 (24 semanas). Claudio foi prematuro extremo (nascimento abaixo de 28 semanas) e com extremo baixo peso (peso < 1000g). Nasceu com 700g (AIG) e 26,6cm, sendo o Apgar 3/5/8. Apresentou doença da membrana hialina, displasia broncopulmonar e sepse neonatal. Submetido a nutrição parenteral associada à nutrição enteral trófica, com progressão até nutrição enteral plena por fórmula infantil. Nazy realizou ordenha de LH por um período curto. Claudio permaneceu na UTIN por quatro meses, recebendo alta em 23/07/2012 e será acompanhado no ambulatório de *Follow Up* da maternidade do estudo, pela Pediatria e Nutrição. Nazy realizou o TOTG pós-parto que indicou GJ 90 e G2h 64, sendo descartado diabetes *mellitus* prévio.
- Entrevista difícil, Nazy parecia só pensar nos acontecimentos do presente, voltar a pensar sobre a gestação parecia dolorido e indesejável [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 8

- Binômio: **Neli e Alexandre**
- Data da entrevista: 26 de março de 2012, no dia da consulta de revisão. O bebê Alexandre ficou aos cuidados do pai na sala de espera.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição no 1º andar do Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Neli tem 43 anos, nasceu em Goiânia, reside no bairro do Pechincha em Jacarepaguá, região oeste do Rio de Janeiro. Concluiu o ensino médio e é corretora. Esta foi a sua segunda gestação (GII PII A0). Em 2003 engravidou pela primeira vez, tem uma filha de 9 anos. Não imaginava ter mais filhos, pois apresentou dificuldade para engravidar, é portadora de hipotireoidismo há 10 anos e de cistos no ovário esquerdo. Foi o marido quem desconfiou da gravidez e a incentivou a realizar a ultrassonografia. Neli havia realizado, antes de engravidar, exames de glicemia que confirmavam o diabetes *mellitus* tipo 2, porém sem que fossem vistos por médico, não iniciou o tratamento. Dessa forma, era portadora de DMP, mas o mesmo só foi diagnosticado na gestação com a apresentação desses exames. Possui história familiar de diabetes (mãe e avó materna). Iniciou o pré-natal com 8 semanas gestacionais. Foi classificada com sobrepeso pré-gestacional e ganhou 14,2 kg no total (excessivo, segundo IOM, 2009). Submetida a terapia com insulina desde o início do pré-natal. Apresentou náuseas, vômitos, pirose e constipação intestinal durante a gestação. Praticou pagofagia. Adesão flutuante ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Participou de 3 ações educativas (sessões 1 e 3). Compareceu a 11 consultas de pré-natal e 7 de nutrição. Submetida a parto cesáreo e laparoscopia para retirada de nódulos ovarianos em 12/01/2011. Alexandre nasceu a termo (39 semanas), com 3335g (AIG) e 48cm, sendo o Apgar 8/9. Segue em aleitamento materno exclusivo. Neli realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo que indicou GJ 110 e G2h 161, confirmando diabetes *mellitus* prévio [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 9

- Binômio: **Maria Aparecida e Letícia**
- Data da entrevista: 18 de maio de 2012, no dia de realização do TOTG pós-parto, na presença do bebê Letícia.
- Local: Sala do 2º andar do Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Maria Aparecida tem 32 anos, nasceu na Paraíba e reside em Rocha Miranda, região norte do Rio de Janeiro. Concluiu o ensino médio e é doméstica. Esta foi a sua quarta gestação (GIV PII AI). Engravidou em 1998 e em 2000 e sofreu um aborto em 2009. Gestação não planejada e inicialmente não aceita por Maria Aparecida, por sua condição socioeconômica (renda familiar em torno de 2 salários mínimos). Vive em união estável com seu companheiro. Iniciou o pré-natal com 11 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 12 semanas. O controle glicêmico foi obtido através da dietoterapia pelo método tradicional, com adesão flutuante, associada a insulinoterapia a partir de 12 semanas. Foi classificada com eutrofia pré-gestacional e ganhou 16 kg no total (adequado, segundo IOM, 2009). Queixou-se de náuseas e pirose durante a gestação. Participou das ações educativas (sessões 1 e 3). Compareceu a 13 consultas de pré-natal e 4 de nutrição. Submetida a parto cesáreo por iteratividade e a laqueadura tubária bilateral em 07/03/2012. Letícia nasceu a termo (38 semanas), com 3120g (AIG) e 48,7cm, sendo o Apgar 8/9. Segue em aleitamento materno exclusivo. Maria Aparecida realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo que indicou GJ 111 e G2h 121, sendo descartado diabetes *mellitus* prévio [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 10

- Binômio: **Thaise e Felipe**
- Data da entrevista: 05 de junho de 2012, no dia da consulta de revisão, na presença do bebê Felipe.
- Local: Sala do 2º andar do Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Thaise tem 34 anos, nasceu na Paraíba, reside em Botafogo, região sul do Rio de Janeiro. Concluiu o ensino fundamental e é do lar. Costumava realizar caminhadas (60 minutos, três vezes por semana). Esta foi a sua terceira gestação (GIII PI AI). Engravidou pela primeira vez em 2001 e sofreu um aborto em 2007. Vive em união estável com o seu companheiro e a gestação foi planejada. Iniciou o pré-natal com 10 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 28 semanas. Iniciou a gestação com eutrofia e ganhou 12,8 kg no total (adequado, segundo IOM, 2009). Apresentou pirose após 37 semanas. Baixa adesão ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Não participou das ações educativas. Compareceu a 11 consultas de pré-natal e 5 de nutrição. O parto cesáreo foi realizado em 17/05/2012. Felipe nasceu a termo (39 semanas), com 3245g (AIG), 49 cm, sendo o Apgar 6/8. Não realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 11

- Binômio: **Francisca e Nina**
- Data da entrevista: 12 de junho de 2012, no período de internação da Nina na UTI neonatal.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição do Alojamento Conjunto.

- Resumo da história da gestação: Francisca tem 35 anos, nasceu no Rio de Janeiro e reside no Rio Comprido, região norte da cidade. Concluiu o ensino médio e é auxiliar de dentista. Esta foi a sua terceira gestação e a primeira filha. Francisca teve dois abortos espontâneos em 2006 e 2007 (GIII PI AII). Casada há 15 anos, desde 2001 sonhava em ser mãe, chegou a iniciar um tratamento para engravidar, interrompido por questões financeiras. É portadora de diabetes *mellitus* tipo 2 desde 2008 e de hipotireoidismo, sendo acompanhada por endocrinologista. Possui história familiar de diabetes (mãe, avó materna e irmã). Desconhecia ser portadora de hipertensão arterial sistêmica previamente a gestação. Iniciou o pré-natal com 15 semanas gestacionais. Foi classificada com sobrepeso pré-gestacional e ganhou 7,0 kg no total (adequado, segundo IOM, 2009). Baixa adesão ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Não participou das ações educativas. Compareceu a 6 consultas de pré-natal e 4 de nutrição. O parto cesáreo foi realizado em 08/06/2012 devido à pré-eclâmpsia sobreposta e centralização fetal. Nina nasceu prematura (33 semanas), com 2135g (AIG), 42 cm, sendo o Apgar 8/9. Foi encaminhada à UTIN pela prematuridade, recebendo alta em 18/06/2012 com 2105g e em aleitamento materno exclusivo [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 12

- Binômio: **Fátima e Antônio**
- Data da entrevista: 15 de junho de 2012, no dia de realização do TOTG pós-parto, na presença do bebê Antônio e de sua avó materna.
- Local: Sala do 2º andar do Ambulatório.

- Resumo da história da gestação: Fátima tem 34 anos, nasceu no Rio de Janeiro e reside em Santa Tereza, região central da cidade. Concluiu o ensino médio e é do lar. Vive em união estável com seu companheiro e planejaram a gravidez. Esta foi a sua quarta gestação, engravidou em 1995, 2004 e 2009, sendo esta última gestação de um bebê anencéfalo, que faleceu logo após o nascimento. Iniciou o pré-natal com 11 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 25 semanas. O controle glicêmico foi obtido através da dietoterapia pelo método tradicional, com baixa adesão, associado à terapia com insulina após 31 semanas. Optou por não usar açúcar, nem adoçante. Apresentou náuseas e pirose na gestação. Foi classificada com obesidade pré-gestacional e ganhou 12,3 kg no total (excessivo, segundo IOM, 2009). Não participou das ações educativas. Compareceu a 15 consultas de pré-natal e 6 de nutrição. O parto normal foi realizado em 05/04/2012. Antônio nasceu a termo (38 semanas), com 3540g (AIG), 51cm, banhado em mecônio, sendo o Apgar 8/9. Segue em aleitamento materno exclusivo. Fátima realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo que indicou GJ 95 e G2h 114, sendo descartado diabetes *mellitus* prévio [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 13

- Binômio: **Flávia e Enzo**
- Data da entrevista: 28 de junho de 2012, no puerpério imediato, na presença do recém-nascido Enzo.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição no Alojamento Conjunto.

- Resumo da história da gestação: Flávia tem 38 anos, nasceu em Minas Gerais, é filha adotiva, casada e reside em Oswaldo Cruz, região norte do Rio de Janeiro. Concluiu o curso técnico em Enfermagem e atuou na área, mas atualmente é do lar. Viveu durante 11 anos no interior de Minas Gerais e mudou-se para o Rio de Janeiro em 2011. Esta foi a sua segunda gestação, tem um filho de 2 anos (GII PII A0). Não pretendia ter mais filhos, por isso havia optado pela laqueadura tubária no parto de seu filho, em 2009. Apesar de inesperada, a gestação foi aceita pelo casal. Flávia fazia tratamento para miomatose e ovários policísticos. Iniciou o pré-natal com 10 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 28 semanas. Encontrava-se com obesidade ao iniciar a gestação e ganhou 11,2kg no total (excessivo, segundo IOM, 2009). Queixou-se de constipação. O acompanhamento nutricional foi iniciado antes do diagnóstico de DMG, com 11 semanas. O controle glicêmico foi obtido através da dietoterapia pelo método de contagem de carboidrato, com adesão flutuante, associado à terapia com insulina após 34 semanas. Solicitou a inclusão de açúcar de adição ao seu plano alimentar. Praticou picamalácia – água congelada na garrafa desde o 4º mês de gestação. Não participou das ações educativas. Compareceu a 9 consultas de pré-natal e 4 de Nutrição. Foi submetida a parto cesáreo por macrossomia e a laqueadura tubária em 27/06/2012. Enzo nasceu a termo (38 semanas), com 3255g (AIG) e 46cm. Apgar 8/9. Flávia não realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 14

- Binômio: **Patrícia e Júlia**
- Data da entrevista: 28 de junho de 2012, no período de internação da Júlia na UTI neonatal.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição no Alojamento Conjunto

- Resumo da história da gestação: Patrícia tem 31 anos, nasceu no Rio de Janeiro e reside em Parque Centenário, município de Duque de Caxias, em moradia com serviços de saneamento básico e coleta de lixo inadequados. Possui ensino médio incompleto e é costureira. Vive em união estável com seu companheiro há 9 anos, com renda familiar em torno de 2 salários mínimos. Portadora de diabetes *mellitus* tipo 1 desde os 19 anos de idade, com tratamento irregular (hemoglobina glicada com 6 semanas de gestação = 10,4%). Esta foi a sua quarta gestação (GIV PIII AI). Engravidou pela primeira vez em 1997, quando sofreu um aborto espontâneo tardio (5 meses de gestação); depois em 1999 e em 2001, ambos com pré-natal e parto, em instituição privada, a que seu trabalho lhe dava direito. Gestação não planejada, porém aceita pelo casal. Iniciou o pré-natal com 18 semanas gestacionais. Apresentava-se com eutrofia e ganhou 17,7 kg no total (excessivo, segundo IOM, 2009). Desenvolveu furunculose durante a gestação. Queixou-se de constipação intestinal. Baixa adesão ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. A terapia com insulina foi iniciada desde o início da gestação, por se tratar de DMP. Não realizava a automonitorização glicêmica. Não participou das ações educativas. Compareceu a 10 consultas de pré-natal e 6 de nutrição. O parto cesáreo e a laqueadura tubária foram realizadas em 26/06/2012. Júlia nasceu a termo (39 semanas), com 4265g (GIG) e 55cm. Apgar 8/9. Permaneceu na UTIN por 13 dias [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 15

- Binômio: **Ana Carolina e Yasmin**
- Data da entrevista: 05 de julho de 2012, no puerpério imediato, na presença do recém-nascido Yasmin.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição no Alojamento Conjunto

- Resumo da história da gestação: Ana Carolina tem 32 anos, nasceu na Paraíba e reside em Ipanema, região sul da cidade, em residência reservada à família do porteiro, no caso, seu companheiro, com quem vive em união estável. Concluiu o ensino fundamental e é doméstica, trabalha no mesmo prédio onde mora. Portadora de hipotireoidismo há 10 anos. Gestação não planejada, mas aceita pelo casal, é a primeira filha de ambos. Foi encaminhada do pré-natal de baixo risco, devido a suspeita de diabetes gestacional. Iniciou o pré-natal na maternidade do estudo com 20 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional confirmado com 22 semanas. Iniciou a gestação com sobrepeso e ganhou 2,9kg no total (insuficiente, segundo IOM, 2009). Adesão flutuante ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Participou das ações educativas (sessões 1 e 2). Compareceu a 9 consultas de pré-natal e 7 de nutrição. O parto cesário foi realizado em 29/06/2012, por desproporção céfalo-pélvica. Yasmin nasceu a termo (41 semanas), com 3465g (AIG) e 52cm, sendo o Apgar 8/8. Foi encaminhada à UTIN por desconforto respiratório, permanecendo por 4 dias, quando recebeu alta para o Alojamento Conjunto. Ana Carolina realizou a ordenha de leite humano enquanto Yasmin esteve na UTIN, e iniciou a amamentação diretamente ao seio ainda na UTI, em 04/07/2012. Ana Carolina realizou o TOTG pós-parto na maternidade do estudo que indicou GJ 87 e G2h 61, sendo descartado diabetes *mellitus* prévio [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 16

- Binômio: **Alessandra e Marcele**
- Data da entrevista: 05 de julho de 2012, no puerpério imediato, na presença do recém-nascido Marcele.
- Local: Sala do Serviço de Nutrição no Alojamento Conjunto.

- Resumo da história da gestação: Alessandra tem 29 anos, nasceu no Espírito Santo e reside no Rio Comprido, região norte do Rio de Janeiro. Concluiu o ensino médio, trabalhava em uma escola como assistente pedagógica, mas optou por parar de trabalhar durante a gestação. Vive em união estável com seu companheiro. Esta foi a sua terceira gestação (GIII PII AI). Engravidou pela primeira vez em 2002, porém sofreu um aborto espontâneo com malformação fetal. Tem uma filha de 9 anos. Gestação não planejada, porém aceita pelo casal. Iniciou o pré-natal com 18 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 29 semanas. Encontrava-se eutrófica no início da gestação e ganhou 13,3kg no total (adequado, segundo IOM, 2009). Relatou picamalácia – geofagia, gasolina e pagofagia, tendo praticado apenas a pagofagia. Apresentou cegueira noturna com 29 semanas, com desaparecimento dos sintomas após a orientação alimentar. Boa adesão ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Participou das ações educativas. Compareceu a 10 consultas de pré-natal e 5 de Nutrição O parto cesário eletivo foi realizado em 04/07/2012 por polidramnia. Marcele nasceu a termo (40 semanas), com 3275g e 48cm, sendo o Apgar 8/9. Apresentou desconforto respiratório e permaneceu algumas horas na UTI neonatal em observação [Notas de campo].

ANEXO 3

ENTREVISTA 17

- Binômio: **Maria José e Emanuel**
- Data da entrevista: 28 de agosto de 2012, durante a internação no Alojamento Mãe-canguru, junto ao recém-nascido Emanuel.
- Local: Sala de Ordenha de Leite Humano do Alojamento Mãe-canguru.

- Resumo da história da gestação: Maria José tem 39 anos, nasceu na Paraíba e reside na comunidade da Rocinha, na região sul do Rio de Janeiro. Vive em união estável com o seu companheiro e casou-se durante a gestação. Concluiu o ensino médio e é estoquista. Esta foi a sua quarta gestação, primeira de seu atual companheiro (GIV PII A0). As duas primeiras gestações, em 2000 e 2001, tiveram desfecho de natimortos. Tem um filho de 9 anos de outro relacionamento. A gestação foi planejada e desejada pelo casal. Encaminhada do pré-natal de baixo risco por ser portadora de hipertensão arterial sistêmica. Iniciou o pré-natal na maternidade de estudo com 10 semanas gestacionais e teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 12 semanas. Possui história familiar de diabetes (mãe e avó materna). Iniciou a gestação com obesidade e ganhou 9,0 kg no total (excessivo, segundo IOM, 2009). Adesão flutuante ao cuidado nutricional, pelo método de contagem de carboidrato. Não participou das ações educativas. Compareceu a 15 consultas de pré-natal e 5 de nutrição. O parto cesáreo foi indicado em 11/08/2012 por pré-eclâmpsia sobreposta. Emanuel nasceu prematuro (32 semanas), com 1495g (AIG) e 42cm, sendo o Apgar 7/8. Foi encaminhado à UTIN pela prematuridade e desconforto respiratório, participou do Método Canguru, recebendo alta em 30/08/2012, em aleitamento materno exclusivo (seio materno e leite humano ordenhado) [Notas de campo].

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENTREVISTA

Você _____ prontuário nº _____ Grupo de estudo_____está sendo convidada para participar de mais uma etapa do projeto de pesquisa do qual já participa na Maternidade Escola da UFRJ, sob a coordenação do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil e sob a responsabilidade da Profa. Cláudia Saunders.

Esta pesquisa busca melhorar o pré-natal de gestantes diabéticas. Sua participação somente será possível se você autorizar a realização e gravação de uma entrevista. Nesta entrevista, serão conversados assuntos sobre a gestação e o pós-parto, sobre a descoberta do diabetes e sobre a orientação da dieta que você recebeu na consulta com o nutricionista.

A entrevista será realizada em local reservado para garantir que as informações obtidas sejam confidenciais, e para que não haja risco de você ser identificada. Para isso, seu nome verdadeiro não será revelado e será trocado por um nome inventado. A gravação e o material escrito ficarão de posse do pesquisador responsável pelas entrevistas; portanto, você não corre nenhum risco participando como entrevistada desta pesquisa.

Esclarecemos, ainda, que poderão ser feitos contatos telefônicos ou por carta, para tirar dúvidas sobre alguma informação da pesquisa, em horários fora dos agendados para as consultas.

Vale esclarecer que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente da participação neste estudo. Os benefícios serão o acompanhamento pelo nutricionista e a possibilidade de esclarecer dúvidas sobre o seu pré-natal, diretamente com o pesquisador.

As informações coletadas nesta entrevista servirão para a elaboração de dissertação de mestrado e de outros trabalhos acadêmicos e científicos.

A participação não é obrigatória. Você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso cause prejuízo na sua assistência na Maternidade Escola da UFRJ.

Você receberá uma cópia deste termo, contendo os contatos dos pesquisadores, para que entre em contato quando necessitar tirar dúvidas sobre a pesquisa. Profª. Cláudia Saunders - 9612-2370/ 2562-6601
Instituto de Nutrição Josué de Castro/UFRJ. End: Av Brigadeiro Trompowski, s/n, Bloco J, 2º andar, sala 26. Ilha do Fundão. Rio de janeiro/ RJ.
Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola/ UFRJ. End: Rua das Laranjeiras, n. 180. Laranjeiras. Rio de Janeiro/ RJ. Tel: 2285-7935.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar deste estudo.

_____

Sujeito da Pesquisa

Rio de Janeiro,_____/_____/_____

ANEXO 5

Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa

Rio de Janeiro, 15 de outubro de 2010.

Informamos a V. Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CEP/ME-UFRJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ME-UFRJ - Nº. 17/2010
CAAE: 0017.0.361.361-10

Título do Projeto: *"Contribuições Teórico-Práticas para a Assistência Pré-natal de Gestantes Diabéticas".*

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Claudia Saunders

Instituições onde o trabalho de campo se realizará: Maternidade Escola da UFRJ

Data de recebimento no CEP/ME-UFRJ: 30/09/2010

Data da apreciação: 15/10/2010

Parecer do CEP/ME-UFRJ: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, que o CEP/ME-UFRJ deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças no método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso, o mesmo venha a ser interrompido.

Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Maternidade-Escola da UFRJ
CRM: 52.50381-1 SIAPE: 1186327

Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras - CEP: 22240-003 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 2285-7935 – Tel/Fax: (21) 2205-9064 - E-mail: pesquisa@me.ufrj.br