

A gestante e o processo de viver com diabetes mellitus

The pregnant woman and the process of living with diabetes mellitus¹

Raphaela Corrêa Monteiro Machado¹ , Mirian Ribeiro Baião² , Cláudia Saunders² ,
Karina dos Santos² , Marta Maria Antonieta de Souza Santos² 

¹Serviço de Nutrição, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Como citar: Machado RCM, Baião MR, Saunders C, Santos K, Santos MMAS. A gestante e o processo de viver com diabetes mellitus. *Cad Saúde Colet*, 2021;29(4):595-603. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040329>

Resumo

Introdução: Gestação está associada à vida e saúde, mas pode acompanhar algum processo de adoecimento, como é o caso do diabetes mellitus, na condição prévia (tipo 1 ou 2) ou gestacional. Compreender a vivência dessas gestantes pode instrumentalizar para a construção de uma proposta de atenção pré-natal especializada e humanizada. **Objetivo:** interpretar os sentidos e significados da gestação com diabetes, sob a perspectiva de mulheres no ciclo gravídico-puerperal. **Métodos:** Estudo de natureza qualitativa com o objetivo de retratar o processo de viver com diabetes mellitus (DM) na gestação, sob a perspectiva das gestantes. Participaram 17 puérperas adultas, com diagnóstico de DM prévio ou gestacional, que realizaram o pré-natal e tiveram seus filhos em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. Foram adotadas as técnicas de observação sistemática, bem como entrevistas semiestruturadas e levantamento de dados de prontuário institucional. A interpretação dos dados foi realizada por meio de uma aproximação com o referencial da hermenêutica de profundidade, com adaptação de suas fases, utilizando-se da análise de conteúdo temática, adaptada de Bardin. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias, extraídas do *corpus* das entrevistas: (1) refém do diabetes, relacionando o DM a situações irreversíveis que comprometem a qualidade de vida; e (2) doença da vigilância, associando o DM ao conjunto de medidas terapêuticas necessárias ao seu gerenciamento, como restrição e privação alimentares. **Conclusão:** Concluiu-se que o processo de gestar com DM é permeado por sentidos que merecem ser compreendidos, pois exercem influências sobre o autocuidado e o desfecho da gestação.

Palavras-chave: gravidez; diabetes mellitus; pesquisa qualitativa.

Abstract

Background: Pregnancy is associated with life and health, but it can accompany some illness process, such as diabetes mellitus, in the previous (type 1 or 2) or gestational condition. Understanding the experience of these pregnant women can provide instruments for the construction of a proposal for specialized and humanized prenatal care. **Objective:** to interpret the senses and meanings of pregnancy with diabetes, from the perspective of women in the pregnancy-puerperal cycle. **Method:** A qualitative study aimed to bring forward the process of living with diabetes mellitus (DM) during pregnancy, from the perspective of pregnant women. Participants were 17 postpartum women, diagnosed with DM and who underwent prenatal care and had their children in public maternity in Rio de Janeiro. The techniques of systematic observation, semi-structured interviews, and data collection of institutional records were adopted. The interpretation of the data was carried out using an approximation with the reference of



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado na Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência: Raphaela Corrêa Monteiro Machado. E-mail: raphaelamachado@me.ufrj.br

Fonte de financiamento: Nenhuma.

¹ Manuscrito baseado na dissertação de mestrado de Raphaela Corrêa Monteiro Machado, intitulada "Sentidos e significados de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre o cuidado nutricional pré-natal em diabetes". Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014. Orientadora: Marta Maria Antonieta de Souza Santos: marta@nutricao.ufrj.br

Recebido em: Ago. 06, 2019. Aprovado em: Ago. 10, 2020

the Depth Hermeneutics, with an adaptation of its phases, using Thematic Content Analysis, adapted from Bardin. **Results:** Two categories were identified, extracted from the interview *corpus*: (1) diabetes hostage, linking DM to irreversible situations that impair quality of life, and (2) disease of surveillance, associating DM with the therapeutic measures necessary for its management, as food restriction and deprivation. **Conclusion:** It was concluded that the process of gestation with DM is permeated by senses, which deserve to be understood since they exert influence on self-care and the outcome of gestation.

Keywords: pregnancy; diabetes mellitus; qualitative research.

INTRODUÇÃO

A gestação costuma estar associada à celebração, à vida e à saúde, e não a qualquer processo de adoecimento que a transforme em um evento gerador de vulnerabilidades. Contudo, algumas gestações são adoecidas por questões orgânicas, emocionais e/ou sociais. A vivência de uma gestação adoecida faz com que a mulher construa significados que influenciam o autocuidado¹.

Cada gestante traz consigo uma história e a possibilidade de um adoecimento próprio, resultante das condições socioculturais e econômicas e de acesso à saúde e lazer a que está submetida^{2,3}. Assim, reconhecer-se adoecida envolve a concordância na percepção do comprometimento do bem-estar pela própria gestante e por aqueles que a cercam, sob a influência desse contexto em que se inserem.

Enquanto o modelo explicativo da doença adotado por profissionais de saúde segue a lógica científica, que caracteriza a enfermidade, ou *disease*, a gestante adoecida sofre de perturbação, ou *illness*, que é a resposta subjetiva ao mal-estar e aos sentidos atribuídos a ele. Nesse sentido, os conceitos de doença adotados pelos profissionais de saúde podem diferir em relação à visão 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 mellitus (DM), pode lhe ser custoso o fato de passar a monitorar a sua alimentação e a glicemia⁴.

Neste artigo, assume-se que as experiências significadas por mulheres que vivenciam a gestação com DM revelam características, comuns e singulares, importantes para a reflexão acerca das práticas de cuidado à saúde e sobre o quanto necessitam ser mais abrangentes, com incorporação das subjetividades⁵. Pretende-se interpretar os sentidos da gestação com DM, atribuídos por mulheres no ciclo gravídico-puerperal, visando contribuir para a integralidade da assistência pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, contemplado na pesquisa "Contribuições teórico-práticas para a assistência pré-natal de gestantes diabéticas", desenvolvida no período de 2011-2014 pelo Grupo de Pesquisa, sob o registro na base Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC - RBR-524Z9N).

Cenário e sujeitos do estudo

O estudo foi desenvolvido na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio Janeiro, que é uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), a qual apresenta como principal atividade a atenção à saúde da gestante e do recém-nascido. É considerada uma unidade de saúde referência, que oferece atendimento com equipe especializada em DM na gestação e dispõe de atenção ambulatorial e hospitalar, com perfil multiprofissional e linhas de cuidado de alto risco.

Foram elegíveis para este estudo puérperas em idade adulta, de gestação única, com diagnóstico de DM prévio à gestação ou DM gestacional, que realizaram pré-natal, incluindo cuidado nutricional em diabetes, e parto na maternidade onde a pesquisa ocorreu. Participaram do estudo 17 puérperas, com idade entre 22 e 43 anos, em maior parte multipara, com

gestação única e paridade anterior de até dois filhos. Quanto à natureza do DM, 4 delas tinham diagnóstico de DM prévio à gestação (1 tipo I e 3 tipo II), e 13, de DM gestacional.

As entrevistas foram realizadas no puerpério imediato ou quando as mulheres retornavam à instituição para a consulta de revisão. Das 17 entrevistas, 9 foram realizadas no alojamento conjunto (puerpério imediato), e 8, no ambulatório (até 45 dias após o parto). Não houve nenhuma recusa em participar da entrevista.

Procedimentos adotados

Para a construção dos dados da pesquisa, foram adotadas as técnicas de observação sistemática, bem como entrevistas semiestruturadas e levantamento de dados de prontuário institucional⁶⁻⁸.

A observação foi realizada durante todo o período de acompanhamento das gestantes, desde a admissão até o puerpério, possibilitando à pesquisadora a interação com as mulheres e a partilha do espaço social da pesquisa. As informações que emergiram foram registradas em caderno de campo e utilizadas na construção analítica dos dados empíricos⁶⁻⁸.

Para minimizar a possível influência do pesquisador/observador, foi feito uso de um roteiro de observação que orientou para aquilo que se procurava e necessitava ser focalizado nas diversas situações, a fim de responder aos propósitos previamente estabelecidos.

O convite para a participação na pesquisa ocorreu no pós-parto, durante a internação ou após a alta, no ambulatório. Nesse primeiro contato, era definido o melhor momento para a realização da entrevista, a qual, com base em roteiro previamente elaborado, continha perguntas abertas, capazes de possibilitar a livre e espontânea propagação de pensamentos e ideias a respeito dos temas que integravam o objeto da pesquisa. O tempo médio de duração da entrevista foi de 30 minutos, e relatos foram registrados em gravações com posterior transcrição⁹.

Em momento anterior à entrevista, foi realizado o levantamento de informações registradas no prontuário institucional de cada puérpera, com vistas a complementar os dados coletados nas entrevistas.

A triangulação de técnicas de construção de dados foi adotada como alternativa para a validação do material empírico e foi constituída pela exposição do fenômeno às duas estratégias empregadas: observação e entrevista^{6,8}.

A fase de organização e exploração do material empírico compreendeu a transcrição fidedigna das entrevistas e a leitura exaustiva do material transcrito, buscando apreender a visão do conjunto e das particularidades. Para interpretar os dados, foi realizada uma aproximação com o referencial da hermenêutica de profundidade, com adaptação de suas fases¹⁰.

Inicialmente, as entrevistas foram analisadas separadamente, considerando o período de realização (pós-parto imediato ou tardio) e cenário (alojamento conjunto e ambulatório). Contudo, como os sentidos manifestados eram semelhantes, foi feita a opção por um único *corpus* de análise.

Na fase da análise propriamente dita, foi utilizada a análise de conteúdo temática, também adaptada de Bardin¹¹. Em posse do *corpus* de análise, foram inicialmente definidos oito temas, orientados pelo roteiro da entrevista, sendo posteriormente reduzidos a duas categorias analíticas. Para cada categoria, foram ordenados os núcleos de sentido, constituindo o início da descrição textual. Ao final dessa fase, foram realizadas inferências relacionadas aos sentidos que as mulheres atribuíam à gestação com DM. A interpretação considerou os sentidos apreendidos, o diálogo com a literatura e as demais construções desenvolvidas nas etapas anteriores.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/ME-UFRJ), protocolo de pesquisa nº 17/2010, de 15 de outubro de 2010. Foram respeitadas as normas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde¹². As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após as explicações de seu conteúdo e sobre a pesquisa. As participantes foram identificadas por nomes fictícios para preservar suas identidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contextualização do estudo

O local de moradia das participantes do estudo incluiu todas as regiões da cidade do Rio de Janeiro e de um município da Baixada Fluminense. Algumas mulheres residiam em comunidades de baixa renda. Houve predomínio de mulheres com acesso à educação formal, particularmente ao ensino médio, e com vínculo empregatício em diversas áreas do mercado de trabalho. Todas as mulheres realizaram pré-natal e parto na maternidade do estudo.

A maternidade contava com convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para que as gestantes submetidas à terapia com insulina recebessem os insumos necessários ao manejo da doença, durante a gestação. Além disso, oferecia atenção por meio de 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 acompanhavam as gestantes com indicação clínica para essas especialidades.

As entrevistas revelaram que as mulheres estudadas vivenciaram vários eventos de ordem afetiva, comportamental e biológica, entrelaçados a situações familiares, institucionais e sociais, que contribuíam para se sentirem fragilizadas e instáveis diante dos desafios impostos pelo DM durante a gestação.

A análise de conteúdo resultou na identificação de duas categorias extraídas do *corpus* das entrevistas: *i)* refém do diabetes; *ii)* doença da vigilância.

Refém do diabetes

Em decorrência de o DM ser capaz de ocasionar situações irreversíveis que comprometem a qualidade de vida, a gestante, ao receber o diagnóstico, conecta referências traumáticas armazenadas em sua memória, conforme retratado nas falas:

As pessoas falam que alguém 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).

Eu tenho um caso de diabetes na família [...] minha avó sofreu muito [...] não cuidava direito [...] tinha feridas no corpo, que não fechavam direito [...] a diabetes é muito agressiva, muito ruim, você fica refém do diabetes, a verdade é essa. (Neli).

Porém, a história bem-sucedida de outras pessoas na mesma condição, sobretudo daquelas mais próximas, pode desmistificar tal crença.

Meu medo maior era o diabetes, aí conversando com as pessoas, e tudo, e pelo exemplo da minha mãe, pôxa, se ela teve também. (Celina).

Em contrapartida, na descoberta da gestação, houve casos de gestantes que, pela longa experiência com o DM prévio e por terem desenvolvido habilidades de autocuidado, reagem de forma tranquila, sem preocupações, e levavam uma vida de forma prazerosa. Mesmo a gestante convivendo com uma doença crônica, a possibilidade de engravidar e vivenciar os sinais e sintomas da gestação teve o poder de aproximá-la de um grupo dito “normal”¹.

Em regra, a recordação do momento em que foi recebido o diagnóstico do DM gestacional foi espontaneamente citada pelas mulheres como sendo um marco em suas trajetórias gestacionais. Tal notícia trazia consigo as incertezas sobre os riscos à saúde do bebê e à sua própria⁵. Em geral, a mulher desconhece a existência desse tipo específico de DM (gestacional), só tomando conhecimento quando ocorre consigo mesma, podendo ser um gatilho para despertar seu interesse e ir à busca de outras informações a respeito.

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).

No presente estudo, foi possível observar a emergência de metáforas que trazem uma associação simbólica do DM a uma situação complicada, de difícil solução, como um *bicho de sete cabeças*, *coisa de outro mundo*, algo grave e capaz de *acabar com a vida da gestante*, *fazer o mundo cair*, ou seja, considerado como uma coisa terrível, quase sobrenatural e de difícil enfrentamento. Metáforas são estruturas mentais do indivíduo que refletem suas crenças, constituindo instrumentos poderosos para tentar entender o que não pode ser totalmente compreendido, capazes de simplificar os aspectos complexos e abstratos ao seu redor².

Nesse contexto, é observada uma relação forte entre a percepção do DM e sua quase que imediata conexão com a necessidade de controle radical da alimentação, por meio de uma *dieta rigorosa*, na qual devem ser *cortados os doces*¹³.

Pensei mil coisas, achei que... acabou a minha vida, sou diabética, não posso comer mais nada [...] chorei muito [...] aí nas consultas, a nutricionista me explicando... aí eu contornei e aceitei [...]. (Kelly).

Segundo essa lógica, o DM instaura uma situação de conflito alimentar, no qual a gestante, que esperava experimentar a “liberdade” de escolhas alimentares, “consentida” pelos membros de seu grupo social por conta do “previsto” aumento do apetite, depara-se com uma doença que demanda controle alimentar.

[...] eu achava absurdo porque, na gestação, você fica mais gulosa [risos] e quer comer tudo que vê pela frente. (Kelly).

Foi recorrente neste estudo a preocupação das mulheres com a possibilidade de o bebê nascer diabético, associada à metáfora de que o DM, de alguma forma, fosse “transferido/transmitido” da mãe para o bebê.

[...] era o meu medo de passar [o diabetes] pra ele [...]. (Thaise).

O que me assustava era saber que a minha filha tinha chance de nascer... diabética... [Choro]. (Rosália).

Em estudo realizado com gestantes vietnamitas com DMG, o medo de amamentar apareceu nos relatos de algumas mulheres que também acreditavam na transmissão do DM à criança pelo leite materno¹⁴.

No interessante relato de Neli, é reconhecida a associação que faz entre o DM e a incapacidade para o parto normal, por conta de a doença ser algo debilitante, que exaure as forças necessárias para o trabalho de parto.

[...] 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 [...]. (Neli).

Esse sentido da força do diabetes sobre os corpos dos adoecidos já foi retratado anteriormente¹⁵. Entre as crenças que permeiam as atitudes de autocuidado dos diabéticos está a impotência de seus corpos na “luta” contra uma “força avassaladora” que os deixam à mercê dos desejos da doença¹⁵.

Toda e qualquer informação veiculada sobre DM na gestação pode exercer influência sobre a gestante, seja ela difundida pelos meios de comunicação de massa, por leigos ou por profissionais de saúde. Contudo, em sua fala, Thaise adverte que, dependendo da origem da opinião, esta poderá ser danosa e equivocada:

Olha, o que eu diria pra ela [outra gestante com diabetes], pra ela se cuidar e não se preocupar tanto com o que as pessoas falam, porque tem gente que enche a tua cabeça de besteira. (Tháise).

Histórias contadas por familiares e amigos podem despertar o medo nas gestantes. O compartilhamento de informações faz parte do cotidiano da gestante, porém, em se tratando de temas sobre saúde, o recomendável é confirmar as informações com a equipe de saúde que a acompanha. Esta, por sua vez, deverá respeitar a dimensão simbólica atribuída pelas gestantes ao DM, enriquecendo-a com informações baseadas em evidências científicas, de modo a superar a “velha” prática de definir o que é melhor para o outro¹⁵⁻¹⁷.

O diálogo franco e aberto entre o profissional e a gestante favorece a expressão de dúvidas e o encontro entre o saber popular e o científico, gerando potencialização mútua. À gestante deve ser concedida a oportunidade de estabelecer “pontes” entre a ciência e o senso comum, de forma a se apropriar da experiência do adoecer e do tratamento¹⁷. O cuidado efetivo e humanizado, como expressão de corresponsabilização e trabalho de equipe no gerenciamento do DM, modifica o cenário de impotência e negatividade sobre a situação¹⁸.

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 vigilância

O significado de “doença da vigilância”, identificado neste estudo, está associado ao conjunto de medidas terapêuticas necessárias ao gerenciamento do DM, exigindo que a gestante seja sistematicamente acompanhada. Entre essas medidas, destacam-se: *i)* aumento do número de consultas; *ii)* registro das glicemias e diário alimentar; e *iii)* adesão a um plano alimentar individualizado, adequado em qualidade e quantidade, organizado em horários regulares e, por vezes, associado à terapia com insulina.

O DM é a “doença do não”, do “não pode”. É uma doença que carrega consigo os sentidos de restrição e privação, sobretudo a alimentar, que, em grande parte, justifica o controle ou o descontrole da doença¹⁹. Daí a importância do cuidado multidisciplinar, voltado a contribuir para a compreensão da condição da gestação com diabetes e a favorecer autonomia e flexibilidade à gestante²⁰.

Entre as mulheres que desenvolveram DM gestacional, o principal tratamento implementado foi a dieta, exclusivamente ou em associação à terapia com insulina. O temor pela terapia com insulina surgiu nos relatos da maioria das gestantes com DM gestacional, que ficavam apavoradas quando eram informadas que precisariam “passar a usar insulina”.

É melhor você ter uma alimentação saudável do que precisar usar insulina, morria de medo de usar. (Kelly).

Esse temor pela insulino terapia pode significar desde o fracasso da adesão ao cuidado nutricional, passando pela falsa associação com a piora da doença, até a punição pela “insubordinação às regras”^{13,16}. Em muitos casos, o significado dessa prática se traduz para a gestante como “mau agouro”, por lembrar a todo instante da doença e, por isso, ser motivo de desagrado²¹.

As diferentes formas de apoio recebidas pela mulher durante a gestação podem contribuir para tornar o controle do DM mais ameno²².

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 pode contemplar informações ou recursos materiais que trazem benefícios emocionais ou comportamentais para quem os recebe. Por outro lado, é preciso considerar que apoio familiar também pode significar uma forma de controle excessivo, com pouco ou nenhum respeito ao livre-arbítrio do outro. A ausência de apoio familiar pode gerar sentimentos de abandono, desamparo e solidão e comprometer a motivação para o tratamento²².

A falha no processo de comunicação entre equipe de saúde e gestantes é um dos aspectos capazes de justificar a ausência ou a inadequação de informações sobre a doença⁵. Nas falas das mulheres, um motivo apontado para a baixa adesão ao tratamento diz respeito à incompreensão do quadro clínico e dos efeitos práticos para a vida da própria gestante, devendo-se, portanto, ser valorizado o direito à informação clara, capaz de motivar a gestante quanto ao autocuidado²⁰.

Na verdade, a gente não tem noção, o bom dessa maternidade é que os alunos, os recém-formados e os médicos explicam para o paciente a situação, porque nos outros lugares não explicam, porque uma pessoa que é leiga não tem noção como medir os danos que ela pode ter [...] pergunta pro médico, procura saber direito quais são os danos que causam, porque, na verdade, a pessoa não faz porque ela não quer, mas ela não tem noção daquilo ali. (Neli).

Associado a esse aspecto, é preciso considerar o cotidiano dessas mulheres, muitas vezes marcado por dificuldades, relacionadas a condições socioeconômicas limitadas, dedicação às tarefas domésticas e ao cuidado de outros filhos, não encontrando, assim, tempo para cuidar de si¹⁸.

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 autocuidado⁵. Esse sentido está relacionado ao seu papel de mãe, de protetora, que, desde a vida intrauterina, livra o seu filho de qualquer sofrimento.

Durante o pré-natal, ao mesmo tempo que as mulheres valorizavam o monitoramento de sua saúde, por meio de consultas frequentes e múltiplos exames, também consideravam a rotina densa, cansativa, capaz de interferir na dinâmica da vida cotidiana. Contudo, todo o controle excessivo exige da mulher um processo de construção de regras de autoajuda:

[...] 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 torna a gestante difusora de um repertório de autoajuda para outras mulheres.

[...] foi uma descoberta, hoje eu tenho... eu posso passar pra alguém o que eu passei de uma forma, da forma correta. (Alessandra).

O acesso ao atendimento humanizado e a tratamentos especializados oferece à mulher com DM o apoio para obter maior controle sobre a doença. Os resultados do presente estudo despertam para o fato de que, a despeito de todas as particularidades de uma gestação com DM, não se pode generalizar que toda gestante nessa condição se sinta diferente das demais gestantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação com DM representa, para as mulheres, a submissão a um conjunto de regras, para as quais se faz necessária uma mobilização interna, além do apoio de sua rede social.

É preciso ressaltar a importância do acesso à história de vida de cada mulher, antes de qualquer intervenção, para viabilizar o cuidado individualizado. Isso significa dar atenção a vivências, tensões, contradições, sentimentos e perspectivas. É necessário compreender a dimensão simbólica da enfermidade isoladamente e desta no contexto da gestação.

A atenção pré-natal especializada em DM demanda ações em saúde adicionais, que favoreçam a mulher vivenciar ativamente a sua gestação, o que significa inseri-la no centro do cuidado, dando-lhe voz. O cuidado à gestante não deve promover a sobreposição do DM à gestação, visto que, enquanto condição adjacente, apesar de não ser negligenciada, não precisa “roubar a cena” da gestação. É preciso esclarecer a finalidade de cada procedimento, da rotina densa de cuidados e dos riscos assumidos em não adotá-la, e, principalmente, valorizar cada mulher na condição de gestante.

Esta investigação vem ratificar que o processo de gestar com DM não é determinado exclusivamente com base no saber médico-científico, mas permeado pela experiência de quem vive essa condição, repleta de sentidos que exercem influências sobre o cuidado de si e o desfecho da gestação.

REFERÊNCIAS

1. Tyer-Viola LA, Lopez RP. Pregnancy with chronic illness. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014;43(1):25-37. <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12275>. PMID:24428144.
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, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad Saude Publica*. 2002;18(5):1207-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500013>. PMID:12244353.
5. Parsons J, Sparrow K, Ismail K, Hunt K, Rogers H, Forbes A. Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):25. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1657-9>. PMID:29325518.
6. Denzin NK, Lincoln YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15-41.
7. Flick U. Observação e etnografia. In: Flick U, editor. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 203-18.
8. Laperrière A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires, AP, editors. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 410-35.
9. Silverman D. Pesquisa qualitativa confiável. In: Silverman D, editor. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 107-43.
10. Thompson JB. A metodologia da interpretação. In: Thompson JB, editor. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2011. p.355-77.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*; Brasília; 2012.
13. Barsaglini RA, Canesqui AM. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saude Soc*. 2010;19(4):919-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400018>.
14. Hirst JE, Tran TS, Do MA, 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(1):81. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-81>. PMID:22873351.
15. Xavier ATF, Bittar DB, Ataíde MBC. Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):124-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100015>.
16. Figueroa Gray M, Hsu C, Kiel L, Dublin S. “It’s a very big burden on me”: Women’s experiences using insulin for gestational diabetes. *Matern Child Health J*. 2017;21(8):1678-85. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-017-2261-8>. PMID:28092062.

17. Della Líbera B, Saunders C, Santos MMAS, Rimes KA, Brito FRSS, Baião MR. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4855-64.
18. Oliveira VJ, Madeira AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(1):103-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100015>.
19. Stuhler GD, Camargo BV. Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. *Tempus, Actas de Saúde Colet*. 2012;6(3):67-81.
20. Singh H, Ingersoll K, Gonder-Frederick L, Ritterband L. "Diabetes just tends to take over everything": experiences of support and barriers to diabetes management for pregnancy in women with Type 1 diabetes. *Diabetes Spectr*. 2019;32(2):118-24. <http://dx.doi.org/10.2337/ds18-0035>. PMID:31168282.
21. Costa JA, Balga RSM, Alfenas RCG, Cotta RMM. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programa de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2001-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300034>.
22. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>. PMID:21710071.