

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO)
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

FLÁVIA CRISTINA NOGUEIRA RIBEIRO TEIXEIRA

VIVÊNCIAS DE MULHERES DIABÉTICAS TIPO 1 EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO

JOÃO PESSOA

2024

FLÁVIA CRISTINA NOGUEIRA RIBEIRO TEIXEIRA

VIVÊNCIAS DE MULHERES DIABÉTICAS TIPO 1 EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO

Trabalho de conclusão de mestrado apresentado ao
Programa de Mestrado Profissional
(PROFSAÚDE) como requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva

Linha de pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos
de Vida e Grupos Vulneráveis

Orientador: Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa.

JOÃO PESSOA
2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

T266v Teixeira, Flavia Cristina Nogueira Ribeiro.

Vivências de mulheres diabéticas tipo 1 em relação à gestação / Flavia Cristina Nogueira Ribeiro Teixeira. - João Pessoa, 2024.
91 f. : il.

Orientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa. Dissertação
(Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Diabetes tipo 1 - Gestação. 2. Gestação - DM1 - Aspectos psicossociais. 3. Diabetes gestacional. 4. Gestante - Cuidado integral. I. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616.379-008.64(043)

FLÁVIA CRISTINA NOGUEIRA RIBEIRO TEIXEIRA

VIVÊNCIAS DE MULHERES DIABÉTICAS TIPO 1 EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde da Família (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração de Saúde da Família

Aprovada em 25 de novembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
 **EDUARDO SERGIO SOARES SOUSA**
Data: 09/01/2025 13:44:07-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

Presidente da Banca (Orientador)

Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Centro de Ciências Médicas (CCM).

PROFSAÚDE/UFPB

Documento assinado digitalmente
 **RILVA LOPES DE SOUSA MUNOZ**
Data: 09/01/2025 12:30:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Rilva Lopes de Souza Muñoz

Avaliadora Interna

Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Centro de Ciências

Médicas (CCM). PROFSAÚDE/UFPB

Documento assinado digitalmente
 **ANUBES PEREIRA DE CASTRO**
Data: 20/01/2025 14:43:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Anubes Pereira de Castro

Avaliador externa

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por me fazer firme na caminhada.

À minha família, por representar minha base. Aos meus pais, Angela e Pedro Flávio, especialmente, por seu amor incondicional e por oferecerem todas as oportunidades e condições para que eu chegasse até aqui. Às minhas irmãs, Gabriella e Thaysa, por seu amor e por acreditarem em mim, sempre!

Ao meu marido, Yvies, por todo o apoio e estímulo para meu crescimento pessoal e profissional e por sempre acreditar no meu potencial. Obrigada por seu amor, presente mesmo nos pequenos detalhes.

Às minhas três filhas, Maria Eduarda, Maria Clara e Maria Luiza, obrigada por aceitarem e compreenderem minha ausência em algumas ocasiões. A existência de vocês me faz querer ser uma pessoa melhor a cada dia. A vocês, todo o meu amor!

Ao meu orientador, Dr. Eduardo Sérgio, por acreditar em mim, desde os tempos de estudante e por seu exemplo acadêmico e de busca constante do conhecimento.

Aos membros da minha banca examinadora: Dra. Rilva, minha professora, da Semiologia ao Mestrado, você é inspiração para seus alunos!!

Aos meus colegas de mestrado da turma 4: compartilhar com vocês o caminho, tornou o percurso mais leve.

Às minhas queridas pacientes e amigas, Edilene e Vanusa, que me estimularam desde o início, quando o mestrado ainda era um sonho, por toda a ajuda ao longo de todo o processo.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana (Jung, 1991, p. 5).

RESUMO

Introdução: O diabetes tipo 1 (DM1) é uma doença metabólica crônica na qual há destruição das células β pancreáticas mediada por autoanticorpos, ocasionando deficiência severa de insulina e consequente aumento da glicemia. O DM1 acomete principalmente crianças e adolescentes, com início muitas vezes abrupto e necessidade de insulinoterapia plena desde o diagnóstico. A combinação entre DM1 e gestação aumenta o risco de desfechos adversos para o binômio materno-fetal e pode agravar condições maternas preexistentes, além de elevar o risco de complicações gestacionais. Estudos mostram que mulheres com DM1 apresentam maiores níveis de ansiedade e preocupação em relação aos resultados da gravidez, sentindo-se pressionadas a manter os níveis de glicemia dentro dos parâmetros ideais. **Objetivo:** Diante desse contexto, o presente estudo objetiva compreender as vivências de mulheres – gestantes ou puérperas – com diagnóstico de DM1, atendidas em suas respectivas UBS, na cidade de João Pessoa, identificando seus sentimentos e experiências em relação à gestação. **Métodos:** Primeiramente, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, publicada como artigo em periódico nacional, com o objetivo de avaliar a produção bibliográfica sobre os aspectos psicossociais que permeiam a gestação em mulheres com DM1, refletindo sobre os sentimentos e experiências vivenciados nesse período. Efetuou-se, ainda, um estudo de campo, de abordagem qualitativa, em que oito mulheres foram submetidas a entrevistas semiestruturadas, que foram transcritas, e seu conteúdo analisado por meio da técnica descrita por Bardin. Esse estudo resultou na elaboração de um artigo original. **Resultados:** O artigo de revisão integrativa da literatura evidenciou que, diante dos desafios impostos pela associação entre gestação e DM1, as mulheres podem evidenciar sentimentos negativos e necessitam de um apoio social e de uma equipe de saúde multidisciplinar e especializada que ofereça um cuidado integral e centrado na pessoa. Corroborando os achados da revisão da literatura, o estudo de campo apontou que, ao enfrentar um gerenciamento glicêmico rigoroso, uma maior variação dos níveis de glicemia e um risco elevado de complicações da gestação, a grande maioria das mulheres com DM1 avaliadas vivenciou sentimentos intensos de medo, culpa e responsabilidade exagerada, requerendo um suporte social e o apoio de uma equipe de saúde na superação desses desafios. O cuidado da equipe de saúde deve ser integral, atento aos aspectos psicossociais dessas mulheres e deve incluir um planejamento pré-concepcional, que se mostrou deficiente para as pacientes do estudo. **Conclusões:** Os resultados da revisão de literatura e do estudo qualitativo destacam a necessidade de uma atenção ampla, dirigida tanto a aspectos biomédicos, quanto a questões psicossociais para as mulheres com DM1 em suas jornadas gestacionais. Espera-se que os resultados do presente trabalho permitam uma melhor compreensão das vivências desse grupo de mulheres, o que poderá fornecer subsídios à atenção e à gestão do cuidado, melhorando a experiência de gestantes e puérperas diabéticas.

Palavras-chave: aspectos psicossociais; cuidado integral; diabetes tipo I; gestação; vivências.

ABSTRACT

Introduction: Type 1 diabetes (T1DM) is a chronic metabolic disease in which there is autoantibody-mediated destruction of pancreatic β -cells, causing severe insulin deficiency and a consequent increase in blood glucose. DM1 mainly affects children and adolescents, with an often-abrupt onset and the need for full insulin therapy from the moment of diagnosis. The combination of DM1 and pregnancy increases the risk of adverse outcomes for the maternal-fetal binomial and can aggravate pre-existing maternal conditions, as well as increasing the risk of gestational complications. Studies show that women with DM1 have higher levels of anxiety and worry about the outcome of their pregnancy, feeling pressured to keep their blood glucose levels within the ideal parameters. **Objective:** In this context, this study aims to understand the experiences of women - pregnant or postpartum - diagnosed with DM1, seen at their respective UBS in the city of João Pessoa, identifying their feelings and experiences in relation to pregnancy. **Methods:** Firstly, an integrative literature review was carried out, published as an article in a scientific journal, with the aim of evaluating the bibliographic production on the psychosocial aspects that permeate pregnancy in women with DM1, reflecting on the feelings and experiences lived during this period. A qualitative field study was also carried out, in which eight women were subjected to semi-structured interviews, which were transcribed and their content analyzed using the technique described by Bardin. This study resulted in the preparation of an original article. **Results:** The integrative literature review article showed that, faced with the challenges imposed by the association between pregnancy and DM1, women can show negative feelings and need social support and a multidisciplinary and specialized health team that offers comprehensive, person-centred care. The field study, in turn, pointed out that, when faced with strict glycemic management, greater variation in blood glucose levels and a high risk of pregnancy complications, women with DM1 experienced intense feelings of fear, guilt and exaggerated responsibility, requiring social support and the support of a healthcare team to overcome these challenges. The care provided by the health team must be comprehensive, attentive to the psychosocial aspects of these women and must include pre-conception planning, which proved to be deficient for the patients in the study. **Conclusions:** The results of the literature review and the qualitative study highlight the need for comprehensive care, aimed at both biomedical aspects and psychosocial issues for women with DM1 during their gestational journeys. It is hoped that the results of this study will lead to a better understanding of the experiences of this group of women, which could provide support for care and care management, improving the experience of diabetic pregnant and postpartum women.

Keywords: psychosocial aspects; comprehensive care; type I diabetes; pregnancy; experiences.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	American Diabetes Association
APS	Atenção Primária à Saúde
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAPO	Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes
HBA1c	Hemoglobina glicada
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DMG	Diabetes <i>mellitus</i> gestacional
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IDF	International Diabetes Federation
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
MS	Ministério da Saúde
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
TOTG	Teste oral de tolerância à glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	11
1.1 Introdução	11
1.2 Justificativa	15
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo Geral	17
1.3.2 Objetivos Específicos	17
1.4 Revisão de Literatura	18
1.4.1 Classificação do Diabetes Mellitus	18
1.4.2 O Diabetes no Mundo e no Brasil	19
1.4.3 O Metabolismo da Glicose na Gestação	20
1.4.4 Diagnosticando a Hiperglicemia na Gestação	21
1.4.5 O Estudo HAPO	21
1.4.6 Complicações Associadas ao Diabetes na Gestação	23
1.4.7 Cuidado e Planejamento Pré-concepcional	25
1.4.8 Controle Glicêmico e Metas Durante a Gestação	26
1.4.9 Vivências de Pacientes com DM1	28
1.4.10 Aspectos Psicológicos da Maternagem e o Diabetes tipo 1 na Gestação: Contribuições de Winnicott	28
1.5 Metodologia	30
1.5.1 Modelo de Estudo	30
1.5.2 Revisão Integrativa da Literatura	30
1.5.3 Estudo de Campo	31
 CAPÍTULO 2	 37
Produto 1: artigo de revisão de literatura	
Experiências, sentimentos e o papel do cuidado integral em gestantes com diabetes tipo 1: uma revisão integrativa da literatura	1:
 CAPÍTULO 3	 56
Produto 2: artigo original	
Entre o doce e o amargo: experiências gestacionais com diabetes tipo 1	

CAPÍTULO 4	76
Considerações finais	
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	89
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COLETA DE DADOS	90
ANEXO A	91
ANEXO B	92

CAPÍTULO 1

1.1 Introdução

A gestação representa um evento fisiológico que acarreta grandes transformações para as mulheres, sejam elas físicas, sociais ou emocionais. Permeado por importantes transformações psíquicas, esse período é responsável por uma transição existencial na vida de muitas mulheres (Brasil, 2006). Para a grande maioria delas, a gestação constitui um momento único, sublime, repleto de amor, sonhos e expectativas, em relação à nova vida que está sendo gerada e à maternidade que se aproxima; cerca-se, ainda, de um misto de emoções, como medo, ansiedade e preocupação com os vínculos afetivos (Leite *et al.*, 2014).

Em caso de gestação de alto risco, aquela que cursa com patologias prévias ou próprias da gravidez e que apresenta uma maior probabilidade de eventos adversos para o binômio materno-fetal, essas emoções são intensificadas. Além de precisar enfrentar o rótulo de “alto risco”, as mulheres têm de lidar com a patologia específica, que, por si só, já representa um fator estressante, muitas vezes com necessidades de hospitalização que acarretam perda de sua autonomia (Nunes *et al.*, 2024).

Um trabalho conduzido no Rio Grande do Sul evidenciou que, em gestações de alto risco, somam-se aos sentimentos que normalmente afloram no período gestacional outras emoções como medo, ansiedade, tristeza e felicidade (Wilhelm, 2014). O medo e a ansiedade estão principalmente relacionados à insegurança sobre o desfecho da gestação; a tristeza, por sua vez, relaciona-se sobretudo, à quebra das expectativas de viver uma gravidez tranquila e sem complicações. Entremeadas a esses sentimentos, as mulheres também experimentam a felicidade, uma demonstração de superação e apoio recebido. A referida autora destaca a importância de uma equipe multidisciplinar no atendimento a essas gestantes, focada não apenas nos aspectos clínicos e obstétricos, mas também nos emocionais.

Neste contexto, cabe lembrar que um dos dez princípios da atenção perinatal defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que é fundamental que a atenção à gravidez seja abrangente, levando em consideração as diferentes necessidades – intelectuais, emocionais, sociais e culturais – das mulheres, de seus filhos e famílias, e não se restrinja apenas ao cuidado biológico (Brasil, 2006).

Esse princípio, por sua vez, remete a dois conceitos básicos da área da saúde: o primeiro, o conceito de saúde *per se*; o segundo, o da integralidade. A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, e sim como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (World Health Organization, 1948). Por sua vez, o termo integralidade, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é definido como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, p. 1, 1990).

Enquanto termo polissêmico, integralidade pode também expressar um sentido ligado aos ideais da medicina integral: o de enxergar o indivíduo como um todo, além de sua queixa, e captar suas necessidades mais abrangentes, combatendo, dessa forma, uma medicina fragmentária e especializada. Pode, assim, ser entendido como atenção integral à saúde do indivíduo, um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS), através do qual o paciente é compreendido no meio social em que está inserido, sob uma perspectiva biopsicossocial (Mattos, 2009; Costa, 2004). Perante o exposto, a assistência à gestante, especialmente àquelas de alto risco, deve ser integral, com um olhar também voltado para seus aspectos psicoemocionais.

Dentre as patologias que classificam a gestação como de alto risco está o diabetes *mellitus* (DM) (Brasil, 2022). O diabetes consiste em uma doença metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia, ou seja, níveis elevados de glicose no sangue. A hiperglicemia pode ser consequente à produção deficiente de insulina pelo pâncreas e/ou à incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos (IDF, 2021).

O DM integra o quadro das chamadas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), que compreende um conjunto de condições crônicas de grande relevância para a saúde pública global. Isso se deve ao fato de que as DCNT causam milhares de mortes em todo o mundo, representando, ainda, uma importante causa de incapacidade funcional permanente ou temporária. Logo, para controlar e prevenir esse grupo de doenças e de seus fatores de risco, é necessário desenvolver e implementar políticas públicas efetivas e integradas (Brasil, 2021a).

No contexto de cuidado das DCNT, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce um papel fundamental, através de seus atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e atributos derivados (orientação familiar e comunitária) (Coelho *et al.*, 2023). Além de representar a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, a APS é responsável pela coordenação do cuidado na rede de saúde; ademais, através das práticas de promoção e educação em saúde, favorece o enfrentamento das DCNT, ao estimular a autonomia

e o autocuidado das pessoas, auxiliando-as a prevenir complicações e melhorar sua qualidade de vida (Machado-Becker; Heidemann; Kuntz-Durand, 2020).

O DM classifica-se em DM tipo 1, 2, diabetes *mellitus* gestacional (DMG), DM monogênico e outros tipos menos comuns como o secundário a doenças pancreáticas ou o induzido por medicamentos. No diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1), há a destruição das células beta pancreáticas mediada por autoanticorpos, levando a uma deficiência de insulina grave. Esse tipo acomete principalmente crianças e adolescentes, e seu início é muitas vezes abrupto, com necessidade de insulinoterapia plena, desde o início do diagnóstico ou após curto período deste, representando 5-10% dos casos de diabetes. O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) caracteriza-se por início insidioso e por resistência à insulina, além de deficiência parcial da secreção pelas células beta pancreáticas; é o tipo mais comum, compreendendo 90% dos casos, associando-se ao envelhecimento e à obesidade (Rodacki *et al.*, 2021).

O DMG, por sua vez, caracteriza-se por hiperglicemia na gestação, em níveis que não atingem os critérios para o diagnóstico de diabetes *mellitus* fora da gestação (Brasil, 2021b). Já o DM monogênico de DM, como o próprio nome diz, decorre de um defeito de um único gene que pode variar, existindo 14 genes implicados em seu desenvolvimento. O DM monogênico corresponde a cerca de 1,5-2% de todos os casos e possui um amplo espectro de apresentação, desde o diabetes neonatal ao MODY (*Maturity Onset Diabetes of Young*), além de diabetes associados a algumas doenças síndrômicas (IDF, 2021).

Para o ano de 2021, foram estimados 537 milhões de adultos entre 20-79 anos com diabetes em todo o mundo, segundo dados da *International Diabetes Federation* (IDF, 2021). A projeção de casos de DM1 alcançou 1,2 milhões de crianças e adolescentes até 19 anos, no mesmo ano. No Brasil, a prevalência estabelecida foi de 15,7 milhões de pessoas com diabetes e 92,3 mil casos de diabetes tipo 1 entre crianças e adolescentes (IDF, 2021).

Paralelamente ao grande número de casos de diabetes em adultos jovens, observa-se o aumento da associação entre diabetes e gestação, com resultados adversos, tanto para a mãe como para o feto. A combinação entre DM1 e gestação pode acarretar complicações específicas para mãe e bebê: a gestação pode agravar condições preexistentes relacionadas ao DM1, e mulheres com DM1 têm alto risco de desenvolver complicações gestacionais, como: natimortos, prematuros, fetos grandes para idade gestacional, entre outros. Adicionalmente, as pacientes com DM1 enfrentam a dificuldade de controle da glicemia durante a gestação, havendo mais episódios de hipoglicemia e de hiperglicemia (American Diabetes Association, 2021).

Em virtude do exposto, estudos mostram que mulheres com DM1 apresentam maiores níveis de estresse, ansiedade e preocupação em relação aos resultados da gravidez, além de apresentar, mais frequentemente, sentimentos de culpa e pressão, relacionados à saúde do bebê (Berg; Sparud-Lundin, 2009; Rasmussen *et al.*, 2013; Toledo-Chavarri; Delgado; Rodríguez-Martín, 2023).

Além disso, existe, na literatura, uma abundância de trabalhos que avaliam questões objetivas do diabetes, com foco no diagnóstico e tratamento da doença; poucos, porém, preocupam-se em avaliar os sujeitos no centro desse problema, com foco em seus aspectos psicoemocionais. Assim, este trabalho busca analisar as pacientes em questão, diabéticas tipo 1, gestantes e puérperas, a partir de uma perspectiva subjetivista, explorando suas vivências frente a uma gestação.

Segundo o psicólogo e filósofo bielo-russo Lev Vygotsky, o termo vivência (*perezhivanie*, em russo) refere-se à forma como as pessoas interpretam as experiências que vivem, sob a influência de suas experiências passadas, emoções e contexto social; corresponde ao sentido que a pessoa imprime a um acontecimento em sua vida e como ela o percebe e interpreta internamente. Esse processo é importante, pois molda o desenvolvimento e aprendizado do indivíduo (Smolka, 2000).

Para Minayo (2012), a vivência consiste no resultado da reflexão pessoal sobre a experiência e é influenciada por características do indivíduo, como biografia, personalidade e participação na história, devendo ser contextualizada pela cultura do grupo social no qual está inserido. Estudos qualitativos, como o proposto nesta dissertação de mestrado, frequentemente buscam compreender as vivências de determinados sujeitos frente a uma situação específica (Minayo, 2012).

Diante dessas considerações preliminares, questiona-se: como as gestantes ou puérperas que convivem com o DM1 experienciam tal condição de saúde em relação à gestação? Além desse problema central, outras inquietações se apresentaram, a saber: como essas mulheres se caracterizam quanto aos dados sociodemográficos? De que maneira os sentimentos vivenciados pelas gestantes e puérperas investigadas se correlacionam com o suporte familiar que elas recebem? Como elas percebem o apoio da equipe de saúde? Que possíveis impactos ocorrem na rotina cotidiana das mulheres gestantes com diabetes tipo 1? Em busca de respostas para esses problemas de pesquisas, desenvolveu-se um estudo qualitativo buscando explorar as experiências, perspectivas, significados e contextos relacionados ao tópico pesquisado. A

ênfase está na obtenção de *insights* ricos e na criação de narrativas detalhadas para capturar a complexidade dos fenômenos em questão.

O texto está organizado em quatro capítulos. O **capítulo 1** é composto pela introdução, na qual se contextualiza a gestação e sua associação com o diabetes, seguida da justificativa para a realização da pesquisa; seguem-se, então, os objetivos do trabalho e, por fim, a revisão de literatura, que discute aspectos do diabetes, incluindo dados epidemiológicos, critérios diagnósticos, manejo glicêmico na gravidez e implicações da associação DM1 e gestação.

O **capítulo 2** contém o primeiro produto: artigo de revisão “Experiências, sentimentos e o papel do cuidado integral em gestantes com diabetes tipo 1: uma revisão integrativa da literatura”, publicado no periódico Boletim de Conjuntura (BOCA), Qualis Periódicos quadriênio 2017-2020 classificação A1 na área saúde coletiva.

O **capítulo 3** corresponde ao segundo produto: artigo original “Entre o doce e o amargo: experiências gestacionais com diabetes tipo 1”, submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva, Qualis Periódicos quadriênio 2017-2020 classificação A1 na área saúde coletiva.

No **capítulo 4**, estão as **considerações finais**, que fazem uma reflexão sobre os resultados da pesquisa de campo, confrontando-os com os achados da revisão de literatura.

1.2 Justificativa

Do ponto de vista de motivação pessoal para a escolha do tema, faz-se necessário relatar que venho de uma família de obstetras: meu avô materno e seu irmão, meu pai e uma tia materna são todos médicos obstetras, os dois primeiros renomados professores da Disciplina de Obstetrícia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Posso dizer que cresci frequentando ambientes hospitalares e até hoje lembro-me do cheiro que exalava nos corredores dos hospitais, naquela época. Sempre tive curiosidade de ouvir as histórias sobre as ocorrências nos plantões e sobre os partos que faziam...

Cursar Medicina sempre foi minha vocação e já parecia predestinada a me especializar em Obstetrícia. Acompanhar meu pai em seus plantões como estudante foi um verdadeiro privilégio; encantava-me com seu jeito empático de atender suas pacientes e observar o quanto era querido por elas.

Apesar de ter feito uma subespecialização em Mastologia, a Obstetrícia sempre fez parte da minha vida e continua a me emocionar diuturnamente, ao me permitir presenciar o milagre do nascimento e o surgimento de famílias.

Na minha trajetória como médica obstetra, ingressei na UFPB em 2012, fazendo parte do Departamento Materno-Infantil. Como plantonista na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e obstetra do serviço de Pré-Natal de Alto Risco, atender mulheres com gestações de alto risco faz parte da rotina, dentre elas, gestantes portadoras de diabetes encaminhadas pelos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS). Ao acompanhar as frequentes e variadas dificuldades das pacientes no manejo do diabetes, desde a dificuldade de acesso ao aparelho ou às fitas de glicosimetria, ao desafio de manter a dieta e, principalmente, de manter adequados os níveis de açúcar no sangue, o desejo de estudar mais profundamente as experiências dessas mulheres, a partir de uma perspectiva subjetiva, foi despertado.

A importância desta pesquisa focaliza-se na possibilidade de, simultaneamente, contribuir para com a qualificação da atenção à saúde na APS e nos serviços de referência de maior complexidade, como é o caso do HULW. Além disso, a realização deste trabalho justifica-se pelo estudo de um problema de saúde com elevada prevalência e que tantos malefícios pode causar à mulher, seus conceitos, sua família e à sociedade como um todo, sob a perspectiva da principal pessoa que experiencia o agravo, ancorado em uma base científica teórico- metodológica interpretativista.

Estudos qualitativos, como este que se apresenta, são importantes, pois permitem uma compreensão mais aprofundada das percepções dos sujeitos estudados, neste caso, mulheres com DM1, e dos desafios por elas enfrentados, direcionando a equipe de saúde para um cuidado mais eficaz e empático.

Embora o estudo se direcione a um panorama específico, corporificado nas gestantes com DM1 atendidas em UBS da cidade de João Pessoa, considera-se que as demandas dos diferentes componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), de outras localidades do Brasil, em se tratando de diabetes em gestante e puérperas, guardam similaridade entre si. Dessa forma, confia-se na possibilidade de que as evidências da pesquisa possam sedimentar reflexões epistêmicas, capazes de corroborar com a educação permanente em saúde e com a educação em saúde, unindo, portanto, a aprendizagem centrada nas demandas do serviço e a promoção de autonomia no autocuidado em saúde pela população.

Sobre as terminologias educação permanente e educação em saúde, importa esclarecer a diferenciação conceitual. Para o Ministério da Saúde (MS), a educação permanente em saúde focaliza a equipe multiprofissional e corresponde às ações educativas sedimentadas na problematização do processo de trabalho em saúde, ancoradas nas especificidades do serviço e de seus usuários, com vistas a modificar possíveis práticas profissionais ambíguas ou ultrapassadas e, conseqüentemente, melhorar o próprio serviço. A educação em saúde, por sua vez, volta-se aos usuários da rede SUS e é o conjunto de práticas efetivadas pelos profissionais e gestores, com o escopo de aumentar a autonomia das pessoas na prevenção de doenças. Caso os processos patológicos tenham se instalado, a educação em saúde favorece o protagonismo dos doentes, familiares e/ou responsáveis para a cura e reabilitação por intermédio de conhecimentos não profissionalizantes (Brasil, 2013).

Outrossim, os membros da equipe de atenção à saúde, em todos os níveis, devem se familiarizar com as nuances inerentes ao diabetes associado à gestação, para que possam prevenir retardos no diagnóstico e no início da terapêutica pertinente. Além disso, busca-se lançar um olhar às questões emocionais das pacientes, possivelmente negligenciadas pela equipe de saúde, muitas vezes mais atenta em aspectos objetivos, como, por exemplo, em metas glicêmicas.

Assim sendo, almeja-se, ao concluir este trabalho, compreender melhor o universo de pacientes diabéticas tipo 1 em relação aos seus sentimentos e experiências, no contexto da gestação e contribuir para uma melhora da qualidade da atenção a essa população.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Compreender as vivências de mulheres – gestantes e puérperas – com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, atendidas em suas UBS, na cidade de João Pessoa, identificando seus sentimentos e experiências em relação à gestação.

1.3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres portadoras de diabetes *mellitus* tipo 1;

- Averiguar a percepção das participantes do estudo em relação ao apoio recebido de seus familiares;
- Analisar o entendimento das gestantes e puérperas investigadas acerca do cuidado recebido da equipe de saúde; e
- Refletir sobre o possível impacto experimentado pelas mulheres integrantes do estudo em relação à rotina de cuidados em razão da necessidade clínica de controle do diabetes.

1.4 Revisão de Literatura

1.4.1 Classificação do Diabetes *Mellitus*

O diabetes caracteriza-se pela elevação dos níveis de glicose no sangue causada pela deficiência ou ausência da produção da insulina ou pela ação deficiente da insulina no corpo (IDF, 2021).

A correta classificação do diabetes é importante para que se inicie o tratamento apropriado e se proponham adequadas medidas de rastreamento de comorbidades e complicações crônicas. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2022) recomenda a seguinte classificação baseada na etiopatogenia da doença:

- Diabetes tipo 1: ocorre por destruição das células β pancreáticas, mediada por autoanticorpos, promovendo uma deficiência grave da produção de insulina. Seu início geralmente é abrupto, com tendência à cetose e cetoacidose, com necessidade de insulinoterapia plena desde o diagnóstico. Acomete geralmente crianças e adolescentes (Rodacki *et al.*, 2021);
- Diabetes tipo 2: é o tipo mais frequente, representando 90% dos casos de diabetes e está mais relacionado à obesidade e ao envelhecimento. Seu início é insidioso e caracteriza-se por resistência periférica à insulina e deficiência parcial de sua secreção pelas células β pancreáticas (Rodacki *et al.*, 2021);
- Diabetes gestacional: definida como hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gestação, em níveis que não atingem os critérios para diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1 ou 2. Sua incidência vem aumentando, o que dialoga com o aumento da incidência do diabetes no mundo, envelhecimento das mulheres e aumento da obesidade (OPAS, 2016) e
- Outros tipos de diabetes: nessa categoria, incluem-se o diabetes por defeitos monogênicos das células β pancreáticas; por defeitos genéticos na ação da insulina; por

doenças do pâncreas exócrino; associados a outras endocrinopatias; secundário a drogas ou a infecções, dentre outros (Rodacki *et al.*, 2021).

- Segundo a SBD (2022), os critérios para o diagnóstico de diabetes *mellitus* são: glicemia de jejum plasmática $\geq 126\text{mg/dl}$, glicemia 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose anidra $\geq 200\text{mg/dl}$ ou hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$. Dois desses exames alterados confirmam o diagnóstico; quando apenas um encontra-se alterado, há necessidade de repetição para confirmação diagnóstica (Cobas *et al.*, 2022).

1.4.2 O Diabetes no Mundo e no Brasil

O diabetes representa, na atualidade, uma verdadeira pandemia, afetando cerca de 537 milhões de adultos na faixa etária de 20-79 anos, em todo o mundo. Sua prevalência triplicou ao longo dos últimos 20 anos, e as projeções do IDF (2021) para o ano de 2045 indicam que 783 milhões de pessoas nessa faixa etária serão afetadas pela doença. Figurando entre as dez causas mais frequentes de mortalidade mundialmente, o diabetes constitui um grave desafio à saúde pública, sendo responsável por complicações debilitantes, que aumentam as necessidades de tratamento médico, elevando, com isso, os custos com a saúde populacional, causando uma diminuição da qualidade de vida do indivíduo e um aumento do número de mortes prematuras (IDF, 2021).

Na América do Sul e América Central, ainda segundo dados do IDF, 1 em cada 11 adultos têm diabetes, correspondendo a 33 milhões de pessoas. As projeções estimam um aumento do número de pessoas com diabetes em 48% para o ano de 2045, atingindo 49 milhões de pessoas. O Brasil ocupa o primeiro lugar em número de adultos diabéticos, no continente, na faixa etária de 20-79 anos, alcançando um contingente de 15,7 milhões de pessoas. Para o ano de 2045, são esperadas 23,2 milhões de pessoas nessa faixa etária convivendo com a doença. O país ocupa, em âmbito mundial, o sexto lugar em número de adultos entre 20-79 anos com o diagnóstico de diabetes (IDF, 2021).

Um estudo brasileiro identificou uma prevalência de diabetes de 6,6% em adultos, utilizando o critério laboratorial de hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5%. Segundo esse critério, a prevalência foi maior em mulheres e aumentou com a idade, atingindo 14,24%, a partir dos 60 anos de idade (Malta *et al.*, 2019).

Outro estudo também realizado no Brasil avaliou cerca de 15.000 adultos, em seis diferentes capitais do país, evidenciando uma prevalência de 19,7%, quando foram consideradas todas as informações diagnósticas disponíveis e não apenas as medidas

laboratoriais, ou seja: diabetes autodeclarado, uso de medicamentos antidiabéticos nas duas últimas semanas ou critérios laboratoriais de glicemia de jejum, teste de tolerância oral à glicose ou hemoglobina glicada (Schmidt *et al.*, 2014).

Em relação ao diabetes tipo 1, as estimativas mundiais mostram uma prevalência de 1.211.900 crianças e adolescentes até os 19 anos afetados pela doença. Houve um aumento na incidência, ou seja, elevação do surgimento de novos casos por ano, em muitos países, sendo relatados 149.500 novos casos, no mundo, no ano de 2021. O Brasil ocupa o terceiro lugar entre os países com mais casos incidentes e prevalentes, na faixa etária de 0-19 anos, correspondendo a 8,9 mil e 92,3 mil, respectivamente (IDF, 2021).

No tocante ao diabetes gestacional, foram estimados 21,1 milhões de gestantes com algum tipo de hiperglicemia: 80,3% com diabetes gestacional, 10,6% com diagnóstico de diabetes prévio à gestação e 9,1% com diabetes tipo 1 ou 2 detectado pela primeira vez durante a gravidez. Na América do Sul e Central, 1 em cada 6 recém-nascidos são afetados pela existência da hiperglicemia durante a gestação (IDF, 2021).

No Brasil, embora haja controvérsias entre os dados da literatura, aplicando-se os critérios atualmente propostos, estima-se que a prevalência de diabetes gestacional seja de 18%, no SUS (OPAS, 2016).

1.4.3 O Metabolismo da Glicose na Gestação

Durante uma gestação saudável, em resposta às necessidades fetais, ocorrem mudanças adaptativas fisiológicas em vários sistemas orgânicos, como o sistema renal, cardiovascular, respiratório, hematológico e metabólico (Chiefari *et al.*, 2017). Em relação ao sistema metabólico, destaca-se a alteração na sensibilidade da insulina ao longo da gestação: no início, há um aumento dessa sensibilidade, o que permite a captação de glicose pelas células adiposas, formando uma reserva energética que será necessária no evoluir da gestação. À medida que a gestação evolui, ocorre um aumento da resistência periférica à insulina, mediada por hormônios locais e placentários, como estrogênio, progesterona, cortisol, leptina, hormônio do crescimento placentário e lactogênio placentário. Consequentemente, a glicemia materna aumenta e a glicose é rapidamente transportada pela placenta para suprir as necessidades do crescimento do feto. Em resposta a esse evento, as células β pancreáticas sofrem hiperplasia e hipertrofia (Plows *et al.*, 2018).

Quando, entretanto, a secreção de insulina pelas células β pancreáticas não consegue superar o estado de resistência insulínica imposto pelos hormônios gestacionais – e sobretudo

quando é agravado pela idade materna avançada e excesso de peso materno – sobrevivem a condição de intolerância à glicose e o desenvolvimento do diabetes gestacional (Chiefari *et al.*, 2017).

1.4.4 Diagnosticando a Hiperglicemia na Gestação

Durante a gestação, a hiperglicemia deve ser corretamente diagnosticada e classificada, para possibilitar um manejo adequado. O aumento dos níveis glicêmicos durante a gestação está relacionado a uma maior morbidade materna e perinatal, repercutindo em curto, médio e longo prazo na saúde materno-fetal e do futuro recém-nascido (Brasil, 2022).

Dessa forma, diretrizes brasileiras, veiculadas pela OPAS (2016), apontam que a hiperglicemia na gestação pode ser classificada em:

- Diabetes *mellitus* gestacional (DMG): hiperglicemia identificada na gravidez, em níveis que não atingem os critérios de diabetes *mellitus*.
- Diabetes *mellitus* diagnosticado na gestação (*overt diabetes*): hiperglicemia detectada pela primeira vez na gestação, em níveis que alcançam os critérios da OMS de diabetes *mellitus* fora do período gestacional.
- Diabetes *mellitus* prévio: quando a paciente já tem o diagnóstico antes do período da gravidez.

De acordo com o MS (Brasil, 2022), o rastreamento de diabetes gestacional deve ser universal e inclui:

- Glicemia de jejum no primeiro trimestre: se os valores forem $\geq 126\text{mg/dl}$, firma-se o diagnóstico de diabetes *mellitus* prévio à gestação; valores entre 92 e 125mg/dl confirmam o diagnóstico de DMG.
- Glicemia de jejum $< 92\text{ mg/dl}$ é considerada normal. Nesses casos, a paciente deve realizar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), com 75 gramas de dextrosol, entre 24-28 semanas de gestação, realizando medidas da glicemia em jejum, 1 e 2 horas após a administração da glicose. Os valores considerados alterados para o TOTG são: jejum $\geq 92\text{ mg/dl}$, 1h após sobrecarga $\geq 180\text{ mg/dl}$ e 2 h após sobrecarga $\geq 153\text{ mg/dl}$.
- Apenas um valor alterado na TOTG já é suficiente para o diagnóstico de DMG, mas, caso sejam evidenciados os valores de jejum $\geq 126\text{ mg/dl}$ ou em 2 h $\geq 200\text{ mg/dl}$, estabelece-se o diagnóstico de DM prévio à gestação (*overt diabetes*).

1.4.5 O Estudo HAPO

O estudo HAPO (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes*) foi um estudo multicêntrico envolvendo 25.000 mulheres no terceiro trimestre de gestação, de diferentes países, culturas e etnias, caracterizando uma amostra bastante heterogênea. Os autores questionavam que os níveis até então utilizados para diagnóstico do diabetes gestacional, estabelecidos por O'Sullivan e Mahan (1992), preocupavam-se apenas em identificar mulheres que apresentavam risco de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 subsequente à gestação. Para esclarecer se níveis intermediários de glicemia materna inferiores aos do *overt* diabetes correlacionavam-se com piores desfechos da gestação e com uma maior morbidade perinatal, propuseram a pesquisa (HAPO Study Cooperative Group, 2002).

Os resultados do referido estudo confirmaram uma relação direta entre níveis intermediários de glicose no sangue, menores que no diabetes *mellitus*, e o excesso de crescimento e adiposidade fetal. Esses achados foram atribuídos à hiperinsulinemia fetal, ocasionada pela hiperglicemia fetal, consequente aos níveis glicêmicos maternos elevados (The HAPO Study Cooperative Research Group, 2009).

Outro estudo do mesmo grupo evidenciou que o DMG e a obesidade materna são fatores de risco independentes para piores resultados da gestação e que a associação de ambos os fatores traz um impacto ainda maior (Catalano *et al.*, 2012).

Após a divulgação dos resultados do estudo HAPO, o IADPSG (*International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group*), em reunião de consenso, em 2010, redefiniu os critérios para o diagnóstico do diabetes, baseando-os, pela primeira vez, nos desfechos adversos da gestação. Os especialistas consideraram os pontos de corte relacionados a um aumento de risco de 1,75 para um dos seguintes desfechos neonatais: peso ao nascer acima do percentil 90, dosagem de peptídeo C acima do percentil 90, no cordão umbilical ou porcentagem de gordura corporal acima do percentil 90, no neonato (IADPSG, 2010). Dessa forma, definiram-se os critérios para diagnóstico do DMG atualmente utilizados, conforme descrito anteriormente no presente capítulo, considerando um valor alterado da curva glicêmica já suficiente para o diagnóstico da doença.

Posteriormente, em 2013, a OMS adotou os critérios indicados pelo IADPSG. Em 2016, as diretrizes brasileiras foram publicadas adotando os mesmos critérios, porém fazendo-se ressalvas em locais com precária viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial (OPAS, 2016).

Em 2021, uma revisão sistemática com meta-análise mostrou que a adoção dos critérios da IADPSG aumentou em 75% o número de casos diagnosticados de DMG. Apesar do aumento da prevalência, considera-se que essa mudança dos critérios impulsiona um movimento em busca de maior homogeneidade na realização do diagnóstico. No referido estudo, conclui-se que novas pesquisas são necessárias para avaliação de riscos, benefícios, efeitos psicológicos e de custos de saúde advindos da implementação de tais critérios (Saeedi *et al.*, 2021).

1.4.6 Complicações Associadas ao Diabetes na Gestação

O diabetes preexistente, como mencionado anteriormente, pode cursar com complicações gestacionais: maternas, fetais e neonatais (Malaza *et al.*, 2022). Em se tratando de mulheres com DM1, há um risco maior de desfechos adversos da gestação, incluindo abortamentos, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, intervenções obstétricas, além de complicações neonatais, como morte perinatal, macrossomia e tocotraumatismos (Luo *et al.*, 2022a; Ringholm *et al.*, 2012). Um estudo australiano comparou os desfechos gestacionais de uma coorte de pacientes com DM1 atendidas em um centro de referência, comparando-as com pacientes normoglicêmicas. Os resultados evidenciaram piores resultados no primeiro grupo, inclusive naquelas com controle razoável da glicemia: uma tendência três vezes maior de fetos grandes para idade gestacional e recém-nascidos admitidos em unidades neonatais, cinco vezes mais realização de cesariana e sete vezes maior incidência de prematuridade (Abell *et al.*, 2016).

A fase crítica do desenvolvimento cardíaco no embrião ocorre entre a terceira e sétima semanas de gestação. A hiperglicemia ocorrida durante esse período, manifestada em mulheres com diabetes pré-gestacional, conduz a alterações em vias moleculares que culminarão em defeitos do desenvolvimento cardíaco embrionário, explicando-se, assim, o aumento de malformações cardíacas na prole dessas pacientes (Maduro *et al.*, 2022). Uma metanálise chinesa, incluindo 52 estudos de coorte e caso-controle, evidenciou o aumento de risco de defeitos congênitos do coração nos descendentes de mulheres com diabetes na gestação, tanto no diabetes pré-gestacional, como no diabetes gestacional, sendo o risco significativamente maior no primeiro grupo (Chen *et al.*, 2019).

Similarmente, um estudo populacional inglês mostrou um aumento dos resultados adversos em gestações de mulheres diabéticas tipo 1, com um aumento de quatro vezes no número de abortamentos espontâneos e de nove vezes no número de malformações congênitas, quando a hemoglobina glicada no início da gestação era $\geq 7,5\%$ (Temple *et al.*, 2002).

Quando comparadas às pacientes normoglicêmicas, as que apresentam hiperglicemia no início da gravidez exibem um risco nove vezes maior de anomalias congênitas. O aumento da taxa de anormalidades cardíacas chega a cinco vezes; já o de anomalias do trato urinário e do tubo neural situa-se em 2 vezes (Wahabi *et al.*, 2020).

Ainda no que concerne ao controle pré-concepcional dos níveis glicêmicos, um estudo revelou que níveis de HBA1c $\geq 7,0\%$ estão relacionados a graves resultados adversos da gestação, definidos como aumento da mortalidade perinatal e das malformações congênitas. O aumento do primeiro desfecho foi evidenciado com níveis de HBA1c $>6,9\%$; já as malformações aumentaram consideravelmente com níveis de HBA1c $>10,4\%$ (Jensen *et al.*, 2009).

Trabalho retrospectivo chinês, realizado no período de 2004 a 2014, demonstrou piores resultados nas gestações de mulheres com DM1, apesar dos avanços científicos na área e da adoção de diretrizes locais. Os autores destacam a necessidade urgente de melhorias no cuidado dessa população para prevenir tais complicações (Luo *et al.*, 2022b).

Ademais, uma revisão sistemática comparou os resultados da gestação em mulheres com DMG e DM preexistente, mostrando piores desfechos no segundo grupo. Os autores ressaltam a importância da educação de mulheres diabéticas, no que concerne ao cuidado e ao controle glicêmico antes e durante a gravidez, visando a melhores resultados (Malaza *et al.*, 2022).

Além de aumentar o risco das complicações anteriormente citadas, a gestação associada ao DM1 ou 2 pode, ainda, cursar com agravamento de condições preexistentes (Zajdenverg *et al.*, 2021a). Um estudo australiano recente que avaliou mulheres com diabetes pré-gestacional apontou que, embora a prevalência da retinopatia diabética tenha sido similar entre os grupos de diabéticas grávidas e não grávidas, mulheres com DM1 e aquelas com nefropatia apresentaram maior tendência a cursarem com retinopatia durante a gravidez, indicando, dessa forma, a necessidade de um acompanhamento oftalmológico rigoroso durante o pré-natal (Widyaputri *et al.*, 2022).

Por conseguinte, mulheres com DM preexistente à gestação devem ser avaliadas quanto à presença de retinopatia e nefropatia antes, durante e após a gravidez, e devem ser advertidas do risco de progressão dessas complicações (Zajdenverg *et al.*, 2021a). Recomendam-se exames oculares a cada trimestre da gestação e por 1 ano após o parto (American Diabetes Association, 2024).

Diante da possibilidade de tantas complicações, portanto, é extremamente importante que mulheres diabéticas com o desejo de engravidar sejam orientadas no menacme sobre a importância do planejamento pré-concepcional e sobre necessidade do controle glicêmico antes de engravidar (Zajdenverg *et al.*, 2021a).

1.4.7 Cuidado e Planejamento Pré-Concepcional

Objetivando melhorar os desfechos perinatais, recomenda-se um planejamento pré-concepcional efetivo em pacientes diabéticas tipo 1. O aconselhamento pré-concepcional deve ser ofertado a todas as mulheres com DM1 que apresentam potencial para engravidar, devendo ser iniciado desde a puberdade e incorporado ao tratamento de rotina do diabetes (American Diabetes Association, 2024). Esse planejamento deve incluir educação em saúde sobre as possíveis complicações da gestação ocasionadas pelo diabetes e da possibilidade de agravamento de condições relacionadas ao diabetes causado pela gestação. Deve abranger, ainda, o estímulo ao autocuidado dessas mulheres, seja através de incentivo à prática regular de atividade física, seja através de uma alimentação equilibrada (Zajdenverg *et al.*, 2021a).

Uma metanálise de 36 estudos foi conduzida com o objetivo de avaliar o impacto do cuidado pré-concepcional nos resultados maternos e perinatais em mulheres diabéticas. Esse cuidado foi definido como a informação das pacientes sobre a interação entre gestação e diabetes, a orientação sobre estilo de vida, incluindo a prática regular de atividade física, a necessidade de um excelente controle metabólico prévio à gestação e durante sua fase inicial, a importância do cuidado de uma equipe multidisciplinar e a suplementação de ácido fólico. Os resultados apontaram para melhores desfechos quando o cuidado pré-concepcional foi instituído, observando-se uma considerável redução nas taxas de malformações congênitas e uma tendência à diminuição da prematuridade e da necessidade de cuidados intensivos neonatais (Wahabi *et al.*, 2020).

Outro estudo apontou que, embora o planejamento da gravidez seja um passo fundamental para prevenir ou reduzir os riscos associados ao diabetes, muitas mulheres não adotam um processo linear ou racional na tomada da decisão de engravidar ou não, o que, por si só, dificulta um planejamento pré-concepcional. Além disso, a pesquisa indicou que os profissionais da atenção primária e secundária devem estar atentos à necessidade de aconselhamento pré-concepcional dessas mulheres, necessitando de capacitação para prestar esse serviço em tempo oportuno; precisam, ainda, usar uma abordagem empática, apoiando as

mulheres em mudanças no estilo de vida, reconhecendo suas conquistas e evitando uma conduta autoritária e paternalista (Earle *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática da literatura indicou que mulheres com DCNT devem ser rotineiramente questionadas sobre sua intenção de engravidar e aconselhadas a evitar a gravidez até que estejam em uma ótima condição de saúde. Na prática, entretanto, esses aspectos não são rotineiramente observados, em parte pela falta de conhecimento e preparo da equipe de saúde, destacando a necessidade de capacitação dos profissionais (Hammarberg *et al.*, 2022).

Recomenda-se, dessa forma, que seja integrado um aconselhamento pré-concepcional à rotina de cuidados da paciente diabética, a nível de APS, incluindo um planejamento familiar e o uso de um contraceptivo eficaz, que deve ser mantido até que os níveis glicêmicos estejam bem controlados. Idealmente, essas mulheres devem usá-lo até que os níveis de HBA1c estejam <6,5%, diminuindo, com isso, o risco de malformações congênitas e de outras complicações como pré-eclâmpsia, macrosomia fetal, prematuridade, entre outras (American Diabetes Association, 2023).

1.4.8 Controle Glicêmico e Metas Durante a Gestação

Em relação ao controle dos níveis glicêmicos durante a gravidez, evidências mostram que o estado de resistência insulínica induzida pelos hormônios placentários, fatores de crescimento e citocinas, afeta sobremaneira o manejo do diabetes pré-existente. Há necessidade de ajustes mais frequentes das doses de insulina para prevenir danos fetais secundários à hiperglicemia; existe, ainda, um maior risco de cetoacidose, em resposta ao estresse desencadeado por comorbidades ou por medicamentos usados no tratamento de complicações obstétricas. Além disso, a hipoglicemia induzida pela insulina pode ser especialmente perigosa para gestantes diabéticas tipo 1, devido ao seu início rápido e frequente ausência de sintomas nessas pacientes (Kitzmilller *et al.*, 2008).

Objetivando-se diminuir os resultados desfavoráveis para mãe, feto e recém-nascido, a otimização do controle glicêmico deve ser buscada ao longo de toda a gravidez. No início da gestação, os desfechos desfavoráveis relacionam-se com a diminuição de abortamentos espontâneos e malformações congênitas. Após 12 semanas, evitar a hiperglicemia materna reduz a hiperinsulinemia fetal, responsável por complicações como macrosomia, maior taxa de cesarianas, tocotraumatismos e complicações neonatais como hipoglicemia e hiperbilirrubinemia. Em relação aos benefícios maternos, o controle rígido da hiperglicemia

pode evitar a progressão da retinopatia e nefropatia diabética, além de diminuir a frequência de pré-eclâmpsia e prematuridade (Kitzmiller *et al.*, 2008).

Com o intuito de melhor controle dos níveis glicêmicos, recomenda-se o automonitoramento da glicemia capilar nas gestantes diabéticas. Nas com DMG que não fazem uso de tratamento farmacológico, devem ser realizadas 4 aferições ao dia (jejum e 1 hora após refeições principais); naquelas que iniciaram medicação, devem ser feitas 6 avaliações (jejum, antes do almoço e do jantar e 1 hora após cada refeição principal). Nas DM prévias, acrescenta-se uma medida antes de deitar-se e eventualmente entre 2 e 4 horas da manhã (American Diabetes Association, 2021; Zajdenverg *et al.*, 2021a).

Além da glicemia capilar, o monitoramento glicêmico também pode ser realizado por meio do monitoramento contínuo da glicose, através de dispositivos cujos sensores avaliam a glicose no tecido intersticial subcutâneo. Um estudo mostrou que o monitoramento contínuo da glicose em tempo real em pacientes com DM1 associou-se a melhores desfechos neonatais, com menores índices de bebês grandes para a idade gestacional, hipoglicemia neonatal e admissão em unidades de terapia intensiva. As mulheres no estudo apresentaram menores taxas de hiperglicemia, menor variação glicêmica e mais tempo de glicemia na faixa considerada ideal (Feig *et al.*, 2017).

Quanto às metas glicêmicas, preconiza-se que a glicemia de jejum seja <95mg/dl e que as glicemias pós prandiais de 1 hora sejam <140mg/dl (Zajdenverg *et al.*, 2021a). A monitorização contínua da glicose, associada ao automonitoramento da glicemia capilar em gestantes com DM1 pode ajudar na obtenção de melhores níveis de HB1Ac e na redução de fetos grandes para idade gestacional e hipoglicemia neonatal (American Diabetes Association, 2021).

A estratégia terapêutica para todas as mulheres grávidas diabéticas compreende, obrigatoriamente, uma orientação nutricional específica e personalizada, além da recomendação da prática de exercícios físicos, exceto nos casos em que há contraindicações obstétricas. Nas pacientes com DM prévio à gestação, como no caso do DM1, sempre haverá indicação de tratamento farmacológico, podendo-se utilizar insulina ou seus análogos de ação rápida (Lispro ou Asparte) ou ultrarrápida (“*fast-aspart*”), em esquemas de múltiplas doses de insulina ou através da infusão contínua. As variações na sensibilidade da insulina ao longo dos trimestres da gestação exigem que os ajustes das doses de insulina sejam realizados em curtos intervalos de tempo, no máximo em duas semanas (Zajdenverg *et al.*, 2021b)

1.4.9 Vivências das Pacientes com DM1

Diante do medo de tantas complicações e da necessidade de um controle mais rígido da glicemia, a gestação em mulheres com DM prévio pode ser complexa, e até mesmo caótica, requerendo um cuidado especializado e amplo da equipe de saúde, incluindo a atenção ao contexto psicossocial (Stenhouse; Letherby; Stephen, 2013).

Gestantes com DM1 podem se sentir mais vulneráveis e ansiosas e, em alguns relatos, sentem-se escravizadas à necessidade do controle glicêmico rigoroso, requerendo um apoio emocional por parte da equipe de saúde (Lavender *et al.*, 2010). Algumas mulheres consideram a gestação na presença do DM1 um trabalho extremamente desgastante, exigindo verdadeiros malabarismos diários para a obtenção de níveis glicêmicos ideais (Richmond, 2009). Outras mulheres exibem senso de responsabilidade exagerada em relação ao monitoramento glicêmico, além de culpa quando não conseguem atingir os níveis de glicemia ideais (Berg; Honkasalo, 2000).

Um estudo envolvendo dez mulheres com DM1, as entrevistadas também se referiram à gestação com DM1 como um trabalho árduo, porém factível. Apesar disso, a maioria considerou a gestação como um processo fácil, desde que fosse atrelada ao planejamento da gravidez, à educação sobre o diabetes e seu manejo durante a gestação e ao apoio social e de uma equipe de saúde preocupada com seus aspectos psicossociais e não apenas com parâmetros biomédicos (Mcgrath; Chrisler, 2017).

Para enfrentar as dificuldades advindas da associação da gestação com DM1, portanto, as mulheres necessitam de um amplo apoio social, principalmente de seus parceiros, além de um suporte da equipe de saúde. Esta deve estar capacitada para fornecer informações esclarecedoras, e não alarmistas, às pacientes, oferecendo-lhes suporte emocional, ajudando-as a aliviar a sobrecarga e a culpa (Dahlberg; Berg, 2020).

Assim, para se estabelecer um cuidado integral, é fundamental aprofundar a compreensão das vivências de mulheres com DM1 que engravidam e os desafios por elas enfrentados, o que será discutido nos capítulos 2 e 3, no formato de produtos técnico-científicos.

1.4.10 Aspectos Psicológicos da Maternagem e o Diabetes Tipo 1 na Gestação: Contribuições de Winnicott

Considerando os impactos emocionais trazidos pela associação entre diabetes tipo 1 e gestação, faz-se necessário citar as contribuições teóricas de Donald Winnicott, que enfatizou

a importância do vínculo inicial entre mãe e bebê para o desenvolvimento emocional saudável (Winnicott, 1983). Alguns conceitos desenvolvidos pelo autor, como preocupação materna primária, *holding* e ambiente suficientemente bom fornecem subsídios para a compreensão das vivências de gestantes que enfrentam condições de saúde complexas, como é o caso do DM1.

A preocupação materna primária, segundo Winnicott (1983), caracteriza-se por uma sensibilidade da mãe em relação às necessidades do bebê, manifestando-se na gestação e nos primeiros meses do puerpério. Estudos sugerem que mulheres com DM1 enfrentam níveis mais elevados de ansiedade durante a gestação, frequentemente associados ao medo de complicações obstétricas e fetais (Rasmussen *et al.*, 2013). Dessa forma, essas mulheres podem apresentar um aumento da preocupação que, embora justificada, pode comprometer a capacidade da mulher de vivenciar plenamente a conexão emocional com o bebê durante a gestação.

O conceito de *holding*, descrito por Winnicott (2006), refere-se ao suporte físico e emocional necessários para que o bebê se sinta acolhido e amado, sendo essencial para o seu desenvolvimento emocional. Em relação à gestante com DM1, o *holding* pode se referir ao suporte ofertado pela equipe de saúde e rede de apoio da paciente, sejam parceiros ou familiares, e é essencial no manejo das demandas impostas pela associação do DM1 e gestação. Um suporte adequado contribui para o fortalecimento do vínculo materno, ao reduzir fatores estressores; a ausência de apoio, por sua vez, pode intensificar sentimentos de isolamento e frustração, afetando a experiência da maternidade. Destarte, o apoio da equipe de saúde exerce um papel fundamental no acompanhando dessas mulheres, ajudando-as a diminuir o medo e a ansiedade em relação aos desfechos da gestação (Singh *et al.*, 2019).

Por sua vez, o ambiente suficientemente bom designa o ambiente saudável, cercado de suporte emocional e cuidados amorosos, sendo também fundamental no desenvolvimento emocional do bebê (Gazzola, 2020). Em se tratando de gestantes com DM1, o ambiente acolhedor é crucial para promover o bem-estar emocional e facilitar a adesão às exigências impostas pelo manejo da doença, como dieta e controle glicêmico rigoroso (Dalbergh; Berg, 2020).

Assim sendo, os vínculos afetivos iniciais, que são mediados pela experiência da maternidade, têm um impacto direto no desenvolvimento emocional da criança e na formação da identidade da mãe. Para gestantes que enfrentam o diabetes tipo 1, a complexidade no controle dessa condição pode trazer desafios adicionais a esse processo. A utilização dos conceitos de Winnicott nesse cenário fornece bases teóricas que ajudam a entender de que forma

o equilíbrio entre apoio e autonomia pode influenciar a saúde emocional da mãe e, por consequência, o vínculo inicial com seu filho (Marcolino; Guedes, 2021).

1.5 Metodologia

1.5.1 Modelo do Estudo

Esta monografia de conclusão de mestrado foi desenvolvida em duas etapas. Inicialmente, foi realizada uma revisão integrativa de literatura (RIL) sobre os sentimentos e experiências de mulheres com DM1 durante a gestação. Paralelamente, realizou-se um estudo de campo, de abordagem qualitativa, com o objetivo de avaliar as vivências de pacientes diabéticas tipo 1 em relação à gestação. Ambos foram elaborados sob a forma de artigos científicos e submetidos para publicação em periódicos nacionais, constituindo o capítulo 2 e 3 desta monografia, respectivamente. Assim, o capítulo 2 corresponde à RIL, nomeada: “Experiências, sentimentos e o papel do cuidado integral em gestantes com diabetes tipo 1: uma revisão integrativa da literatura”, publicada na Revista Boletim de Conjuntura (Boca), volume 19, número 57, em setembro de 2024. O capítulo 3 intitula-se: “Entre o doce e o amargo: experiências gestacionais com diabetes tipo 1”, e representa um artigo original submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva, consistindo em um estudo de campo, qualitativo, cuja metodologia será descrita a seguir.

1.5.2 Revisão Integrativa da Literatura

A RIL consiste em um método de revisão que se caracteriza por reunir e sintetizar, de forma sistemática e ordenada, resultados de estudos sobre determinado objeto ou tema, permitindo uma compreensão ampla, já que permite a inclusão de estudos experimentais ou quase experimentais, além de pesquisas teóricas e empíricas (Cavalcante; Oliveira, 2020).

Ademais, esse método de revisão de literatura proporciona um entendimento profundo sobre um tema definido, baseando-se em pesquisas desenvolvidas previamente, contribuindo para uma melhoria da prática clínica, ao possibilitar a tomada de decisões baseadas em evidências científicas (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A RIL deve seguir alguns passos, de forma sistematizada, a saber: elaboração da questão norteadora, busca na literatura após estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados após definição das informações a serem extraídos dos estudos eleitos, análise dos

estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e, por fim, apresentação da revisão e síntese do conhecimento (Cavalcante; Oliveira, 2020; Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para construção da questão norteadora da pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO, que considera três itens: a População ou Paciente ou Problema investigado (*Population/Patient/Problem*); o fenômeno de interesse (*Interest*) e o Contexto (*Context*). Neste estudo, no acrônimo PICO, o P foi representado pelas mulheres com DM1; o I, a identificação de sentimentos e experiências; e o Co, o contexto da gestação ou puerpério. Esse tipo de estratégia é amplamente aplicado em revisões de estudos qualitativos, que têm como objetivo avaliar a experiência humana e os fenômenos sociais sob uma perspectiva subjetivista (Stern; Jordan; Mcarthur, 2014). Dessa forma, a questão norteadora da pesquisa foi a seguinte: quais sentimentos e experiências vivencia a mulher com DM1 durante o período gestacional ou puerperal?

O processo de busca e seleção dos artigos nas bases de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2024 e considerou as instruções do documento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*, 2020 (PRISMA) (Page *et al.*, 2021).

O detalhamento do processo de seleção dos artigos, assim como a interpretação dos resultados da RIL e conclusões são descritos no Capítulo 2. A RIL foi fundamental para o embasamento teórico, fornecendo subsídios necessários para a discussão dos resultados obtidos no estudo de campo.

1.5.3 Estudo de Campo

1.5.3.1 Tipologia da Investigação

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, com mulheres que apresentavam diagnóstico de DM1, atendidas em suas respectivas Unidades Básicas de Saúde, durante a gestação ou puerpério.

A opção metodológica fundamenta-se no fato de os estudos qualitativos objetivarem a compreensão do fenômeno estudado, sob a ótica dos participantes, preocupando-se, desse modo, com o processo, e não simplesmente com resultados ou variáveis. Ademais, possibilitam a observação do ambiente e dos sujeitos nele inseridos de uma forma holística, exigindo do pesquisador empatia, hermenêutica, consciência e autorreflexão (Godoy, 1995; Minayo; Guerriero, 2014). A abordagem qualitativa, portanto, procura compreender os significados das

relações ocorridas na sociedade, considerando que essas relações não se traduzem em números (Paiva; Oliveira; Hillesheim, 2021).

A vivência de uma pessoa frente a uma determinada situação é produto da reflexão pessoal sobre a experiência, dependendo de sua personalidade, sua biografia e sua participação na história, também contextualizada pela cultura do grupo onde se insere (Minayo, 2012). Logo, as pesquisas qualitativas se aplicam ao estudo dessas reflexões, visto que buscam compreender o indivíduo e estudar, não o fenômeno em si, mas o seu significado na vida das pessoas, ou seja, a significação que tal fenômeno tem para os que o vivenciam (Turato, 2005).

Minayo (2012) reforça que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível por meio da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores. Faz-se imprescindível, portanto, a compreensão dos determinantes sociais que conduzem a vida dessas pessoas, e as abordagens qualitativas procuram captar essa realidade que os números indicam, mas não revelam. Nesse sentido,

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001, p. 14).

1.5.3.2 Seleção das Pacientes, Período e Local do Estudo

A seleção das pacientes foi realizada pela técnica de recrutamento bola de neve: uma paciente gestante com DM1, atendida na pronto-atendimento do HULW, onde a autora trabalha como médica obstetra, foi convidada a participar do estudo e, como informante-chave, convidou outras pacientes do seu ciclo de convivência, que compartilhavam dos equipamentos de assistência em saúde na sua rotina, a participar também do estudo.

A amostragem em bola de neve é uma técnica não probabilística que utiliza cadeias de referência e é útil para avaliar populações de difícil acesso. Caracteriza-se por se iniciar com um representante designado como informante-chave ou semente, que indicará outro participante de sua rede de contatos, o qual deve apresentar as características necessárias para a pesquisa e, assim, sucessivamente, aumentando a amostra a cada entrevista (Rocha *et al.*, 2024; Vinuto, 2014). Esse tipo de seleção permite reunir pessoas que compartilhem uma característica em comum, independentemente do grupo populacional a que pertençam (Costa *et al.*, 2024).

A seleção foi interrompida ao se alcançar a saturação temática, atingida com oito entrevistas. Em se tratando de pesquisas de natureza qualitativa, acredita-se na suficiência do número de participantes para o alcance dos objetivos formulados, principalmente considerando as concepções de Nogueira-Martins e Bógus (2004) segundo os quais, estudos dessa natureza direcionam-se para significados, significações, ressignificações, percepções e experiências de vida, correlacionando as reações do sujeito aos fenômenos. Destarte, a preocupação investigativa reside na explicação do fenômeno e não em sua frequência. Ademais, não se pretende, ao se realizarem estudos qualitativos, desenvolver generalizações estatísticas, mas sim produzir generalizações de caráter conceitual ou teórico (Earle et al., 2017).

As entrevistas foram realizadas nas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada paciente, no período de dezembro de 2023 a maio de 2024.

1.5.3.3 Sujeitos da Pesquisa e Critérios de Inclusão

O espaço social de construção, ou campo de pesquisa, levando em consideração a perspectiva de Bauer e Gaskell (2004), constitui um conjunto de variáveis que podem ser abordadas em duas dimensões: uma horizontal e outra vertical. A primeira diz respeito aos sujeitos mais capazes de responder aos objetivos da pesquisa; a segunda fala sobre a eleição do ambiente mais potencial que se enquadre com o objetivo a ser pesquisado, nesse meio social.

Desse modo, dentre as mulheres com DM1 atendidas em suas respectivas UBS (população), fazem-se sujeitos da pesquisa mulheres com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, com idade igual ou superior a 18 anos, no período da gestação ou puerpério, definido como até um ano pós-parto, que, de forma voluntária, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A), declararam livre participação no estudo.

Destarte, a amostra foi composta por oito mulheres, sendo quatro gestantes e quatro puérperas, que atenderam aos critérios de elegibilidade, após anuência em participar do estudo, ao assinar o TCLE. Excluíram-se aquelas com idade inferior a 18 anos, assim como as com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 ou diabetes gestacional e aquelas que estavam fora do período gestacional ou puerperal, com tempo de pós-parto superior a um ano.

1.5.3.4 Coleta, Tratamento e Análise dos Dados

As oito participantes incluídas no estudo foram submetidas à técnica da entrevista semiestruturada individualizada e da escuta ativa diretamente com a pesquisadora. Segundo Minayo (2012), a entrevista semiestruturada extrai da amostra os temas e seus caracteres

subjetivos até o esgotamento do assunto. Nesta técnica de entrevista, utilizam-se questões abertas e fechadas que permitem ao investigador intervir e direcionar a conversa quando julgar conveniente. Por conseguinte, tem potencial de obter dados mais representativos da população estudada (Boni; Quaresma, 2005).

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra, com ajuda do programa Reshape (Hotmart Company, Belo Horizonte) e atribuídas, de maneira anônima, às respectivas entrevistadas, mediante um código alfanumérico constituído pelas alíneas “G”, em menção ao vocábulo “gestante”, e “P” em referência à palavra “puérpera”, enumeradas de 1 a 4, por ordem de obtenção, conforme o exemplo: “G1” (gestante 1), “P2” (puérpera 2) e, assim, sucessivamente.

Para caracterizar a amostra, foi também aplicado um questionário sobre os dados sociodemográficos e antecedentes pessoais e obstétricos recolhidos diretamente das participantes (apêndice B).

As entrevistas transcritas constituíram o *corpus*, submetido à técnica de análise de conteúdo, orientada por Bardin (2016). Para esta autora, representante da escola francesa, porém bastante difundida no Brasil, a análise de conteúdo é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens (Bardin, 2016, p. 48).

A análise de conteúdo revela os núcleos de sentido, cuja frequência possui significado para a compreensão do fenômeno investigado, e se subdivide em três fases: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2016).

Na pré-análise, o material foi organizado e procedeu-se à leitura flutuante neste, o que representou a primeira aproximação reflexiva sobre o conjunto das entrevistas. A leitura exaustiva do material permitiu o surgimento de hipóteses embasadas na revisão de literatura realizada.

Na etapa da exploração do material, realizou-se a análise temática do *corpus* textual contendo as entrevistas codificadas. Conforme Bardin (2016, p. 150), “categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.” Dessa maneira, cada categoria agrupou seus fragmentos representativos, segundo as regras de: (a) exclusão mútua: cada elemento compondo uma única categoria; (b) homogeneidade: adoção de critérios de escolha idênticos para todas as participantes; (c)

pertinência: adequação do material analisado para responder ao objetivo do estudo; (d) objetividade e fidelidade: definição clara das variáveis e dos critérios de categorização, para evitar a subjetividade do codificador; e (e) produtividade: as categorias fornecem resultados ricos em índices de inferência, novas hipóteses e dados exatos.

Da análise dos dados, emergiram cinco categorias. Ao final, o tratamento dos resultados e a interpretação de todo o conjunto de dados – entrevistas e questionário – foi confrontado e refletido à luz dos dados obtidos com a revisão de literatura. As evidências foram agrupadas às respectivas categorias temáticas e compuseram a subseção “discussão e resultados” do capítulo 3.

1.5.3.5 Considerações Éticas

No tocante à ética e à legalidade da pesquisa, visa-se, por meio das resoluções do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), nortear as interações do pesquisador com os integrantes da amostra em estudo. O projeto de pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), parecer n.º 6.274.915 e CAAE n.º 71341523.9.0000.8069, UFPB – Centro de Ciências Médicas/CCM, após solicitação e aprovação do campo de pesquisa por meio de Carta de Anuência.

Os pesquisadores assinaram Termo de Confidencialidade e Compromisso, construído de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 510 de 2016, que orienta a explanação clara, com linguagem acessível, de todas as fases da pesquisa, além da garantia de nenhum prejuízo e/ou a exposição dos riscos possíveis ao colaborador do estudo. Foi, ainda, garantido o sigilo de todas as informações fornecidas, além de assegurada a saída do indivíduo a qualquer momento e etapa da pesquisa, ofertando-lhe ainda a retirada de todos os dados fornecidos. A participante da pesquisa foi esclarecida de todo o processo do estudo e das suas fases.

Os procedimentos implicados na pesquisa apresentaram riscos mínimos, tais como exposição de dados e constrangimento. A fim de minimizar e controlar tais riscos, o anonimato foi garantido e o acesso aos bancos de dados realizado exclusivamente por pesquisadores treinados. Quanto ao constrangimento, a autora buscou atuar com empatia, cordialidade e acolhimento.

Os benefícios foram, em sua maioria, secundários, já que os resultados da pesquisa irão colaborar com a literatura científica, elucidando a vivência das pacientes diabéticas tipo 1 em relação à gestação e puerpério, avaliando seus sentimentos, dúvidas e angústias. Além disso,

espera-se que as participantes incluídas no estudo, devido à escuta qualificada durante as entrevistas, tenham se sentido melhor assistidas no seu acompanhamento.

CAPÍTULO 2

O presente capítulo representa o primeiro produto desenvolvido durante a realização desta dissertação de mestrado. Consiste em uma revisão integrativa da literatura publicada na revista científica Boletim de Conjuntura (BOCA), volume 19, número 57, em setembro de 2024.

TEIXEIRA, F. C. N. R. et al. EXPERIÊNCIAS, SENTIMENTOS E O PAPEL DO CUIDADO INTEGRAL EM GESTANTES COM DIABETES TIPO 1: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 19, n. 57, p. 125–144, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13901458. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/5621>.

EXPERIÊNCIAS, SENTIMENTOS E O PAPEL DO CUIDADO INTEGRAL EM GESTANTES COM DIABETES TIPO 1: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Flávia Cristina Nogueira Ribeiro Teixeira¹

Eduardo Sérgio Soares Sousa²

Rilva Lopes de Sousa Munõz³

Raissa Bastos Oliveira⁴

Vanusa Nascimento Sabino Neves⁵

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo avaliar a produção científica sobre os aspectos psicossociais que permeiam a gestação em mulheres com diabetes tipo 1, refletindo sobre os sentimentos e experiências vivenciados nesse período, a partir de uma revisão integrativa da literatura. A busca dos dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2024, consultando-se as bases Pubmed, Scielo e Portal da Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizaram-se os descritores *type 1 diabetes*, *pregnancy*, *qualitative study*, *experiences*, diabetes tipo 1, gravidez, pesquisa qualitativa e aspectos psicossociais, combinados em pares. A pesquisa abrangeu a seleção de

¹ Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (ABRASCO/UFPB). Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. E-mail para contato: flavianogueira1209@gmail.com

² Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Centros de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail para contato: esergiosousa@uol.com.br

³ Professora Titular do Departamento de Medicina Interna do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. E-mail para contato: rivalmunoz@gmail.com

⁴ Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (ABRASCO/UFPB). Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. E-mail para contato: raissa.rbo@gmail.com

⁵ Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (HULW). Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley. E-mail para contato: pbvanusa@gmail.com

artigos sem delimitação temporal, devido à relativa escassez de dados específicos sobre o tema, observando-se critérios estabelecidos de inclusão e exclusão. Analisaram-se 144 artigos, sendo selecionados 14 para a amostra final, após leitura criteriosa e reflexiva acerca dos principais elementos e informações dos estudos. O *software* IRaMuTeq, por meio da classificação hierárquica descendente e da análise de similitude, apoiou a análise dos dados. Os resultados evidenciaram que as gestantes com diabetes tipo 1 enfrentam diversos desafios e podem apresentar sentimentos negativos em relação à gestação, requerendo apoio social e cuidado integral, centrado na pessoa, multidisciplinar e com atenção aos aspectos psicossociais.

Palavras-chave: aspectos psicossociais; diabetes tipo 1; gestantes.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the scientific production on the psychosocial aspects that permeate pregnancy in women with type 1 diabetes, reflecting on the feelings and experiences lived during this period, based on an integrative literature review. The data was searched in July and August 2024, using Pubmed, Scielo and the Virtual Health Library Portal. The descriptors type 1 diabetes, pregnancy, qualitative study, experiences, type 1 diabetes, pregnancy, qualitative research and psychosocial aspects were used in pairs. The search covered the selection of articles without time limits, due to the relative scarcity of specific data on the subject, observing established inclusion and exclusion criteria. A total of 144 articles were analyzed and 14 were selected for the final sample, after careful and reflective reading of the main elements and information in the studies. The IRaMuTeq software supported the data analysis using descending hierarchical classification and similarity analysis. The results show that pregnant women with type 1 diabetes face various challenges and may have negative feelings about pregnancy, requiring social support and comprehensive, person-centered, multidisciplinary care that pays attention to psychosocial aspects.

Keywords: type 1 diabetes; pregnant women; psychosocial aspects.

INTRODUÇÃO

A presença de uma doença crônica durante a gravidez pode exercer sérias influências sobre os resultados materno-fetais, muitas vezes acarretando piores desfechos. O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença metabólica crônica que vem apresentando aumento da incidência ao longo das últimas décadas, o que torna sua associação com a gestação cada vez mais frequente. Dessa forma, é uma das doenças crônicas mais comumente associadas com o período gestacional.

A ocorrência do diabetes *mellitus* tipo 1 (DM 1) na gestação traz um importante aumento de risco para o binômio materno-fetal, elevando o risco de complicações maternas, fetais e neonatais. Além disso, a gestante com DM 1 enfrenta dificuldades de manejo do controle glicêmico, com ocorrência mais frequente de hipoglicemia.

Diante desse contexto, gestações complicadas por DM 1 cursam com uma redução da qualidade de vida e um aumento do estresse emocional, relacionados a maior sofrimento, preocupação e carga de autocuidado.

Existe uma vasta literatura científica sobre a associação entre gestação e DM; a maioria, entretanto, relaciona-se a aspectos biomédicos dessa associação, havendo uma carência sobre estudos que avaliam os aspectos psicossociais. Dessa forma, este estudo justifica-se pela necessidade de preencher essa lacuna e de observar aspectos psicossociais apresentados pelas mulheres com DM 1 durante a gravidez.

O objetivo do estudo, portanto, é avaliar a produção científica sobre os aspectos psicossociais que permeiam a gestação em mulheres com DM 1, refletindo sobre os sentimentos e experiências vivenciados nesse período, a partir de uma revisão integrativa da literatura (RIL).

Para uma melhor compreensão, o presente artigo estrutura-se em seções: após a introdução, apresenta-se o referencial teórico, que contextualiza o DM no que concerne a sua classificação, aos dados epidemiológicos e às consequências da associação do DM 1 com a gestação. Em seguida, a metodologia da pesquisa é detalhada, incluindo a coleta de dados, os descritores, as bases de dados consultadas, os critérios de inclusão e exclusão e a análise dos dados, apoiada nas formulações do *software Interface de R por Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeq), versão 0.7 alpha 2. No segmento de resultados e discussão, comentam-se as categorias que emergiram da análise dos dados, refletindo-se sobre os principais achados. Por fim, nas considerações finais, os resultados são ponderados em confluência com o referencial teórico do estudo.

A importância desta pesquisa reside na capacidade de, a partir da síntese do conhecimento científico sobre o tema, gerar reflexões que possam incentivar os profissionais envolvidos com a atenção à saúde das mulheres, assim como os integrantes das instâncias decisórias e a comunidade acadêmica e científica, a perceberem as gestantes diabéticas com empatia, de modo a não se restringirem aos aspectos biomédicos do problema em questão, mas priorizarem o cuidado integral.

REFERENCIAL TEÓRICO

O DM é uma doença metabólica crônica, caracterizada pela deficiência na produção de insulina pelo pâncreas e/ou pela incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, resultando em níveis elevados de glicose no sangue, a hiperglicemia. O DM pode ser classificado como DM tipo 1, DM tipo 2, diabetes *mellitus* gestacional (DMG), DM monogênico e outros tipos menos comuns, como o secundário a doença pancreática ou o induzido por drogas (IDF, 2021).

No tipo 1 (DM 1), ocorre a destruição, mediada por autoanticorpos, das células beta pancreáticas, o que resulta na deficiência absoluta e grave de insulina. Este acomete principalmente crianças e adolescentes, e seu início é muitas vezes abrupto, com necessidade de insulinoterapia plena, desde o início do diagnóstico ou após curto período. Representa 5-10% dos casos de DM (Blonde *et al.*, 2022).

O DM tipo 2, por sua vez, caracteriza-se por graus variados de deficiência da secreção de insulina pelas células beta pancreáticas e de redução da sensibilidade periférica à insulina. Responde por 90% dos casos e está estreitamente relacionado à obesidade (Blonde *et al.*, 2022). O DMG é definido como a intolerância a carboidratos em graus variáveis, iniciada ou reconhecida na gestação e em níveis que não atingem os critérios para o diagnóstico de DM fora da gestação (Brasil, 2021b; Zajdenverg *et al.*, 2022a).

O DM monogênico corresponde a cerca de 1,5-2% de todos os casos de DM e, como o próprio nome diz, resulta de um defeito de um único gene, que pode variar; há 14 genes implicados em seu desenvolvimento. O DM monogênico possui um amplo espectro de apresentação, desde o DM neonatal ao MODY (*Maturity Onset Diabetes of Young*), além do DM associado a algumas doenças síndrômicas (IDF, 2021).

Segundo dados da *International Diabetes Federation* (IDF), foram estimados 537 milhões de adultos entre 20-79 anos com DM, em todo o mundo, para o ano de 2021. Para o DM 1, a estimativa alcançou 1,2 milhão de crianças e adolescentes até 19 anos, no mesmo ano. No Brasil, a prevalência estabelecida foi de 15,7 milhões de pessoas adultas com DM e 92,3 mil casos de DM 1 entre crianças e adolescentes (IDF, 2021).

Consequentemente ao elevado número de casos de DM entre jovens adultos, constata-se uma crescente associação entre DM e a gravidez, o que acarreta um maior risco de resultados desfavoráveis, tanto para a mãe quanto para o bebê. A combinação entre DM 1 e gestação pode implicar complicações específicas para mãe e bebê: a gestação pode agravar condições preexistentes relacionadas ao DM 1, como, por exemplo, agravar a retinopatia e a nefropatia diabética (Zajdenverg *et al.*, 2022b). Além disso, diversos estudos corroboram que mulheres com DM 1 têm alto risco de desenvolver resultados desfavoráveis na gravidez, como: natimortos, neomortos, partos prematuros, fetos grandes para a idade gestacional, malformações congênitas, pré-eclâmpsia, entre outros (Thomson *et al.*, 2024; Ringholm *et al.*, 2012). Há, ainda, o aumento do risco de abortamentos, de infecção do trato urinário, de hipertensão gestacional e de pré-eclâmpsia, maior número de intervenções obstétricas e complicações neonatais (Abell *et al.*, 2016).

Adicionalmente, as pacientes com DM 1 enfrentam a dificuldade de controle da glicemia durante a gestação, havendo mais episódios de hipoglicemia e de hiperglicemia (American Diabetes Association, 2021). Em relação ao controle dos níveis glicêmicos durante a gravidez, evidências mostram que o estado de resistência insulínica induzida pelos hormônios placentários, fatores de crescimento e citocinas, afeta sobremaneira o manejo do DM pré-existente. Há necessidade de ajustes mais frequentes das doses de insulina, para prevenir danos fetais secundários à hiperglicemia; existe, ainda, um maior risco de cetoacidose, em resposta ao estresse desencadeado por comorbidades ou por medicamentos usados no tratamento de complicações obstétricas. Além disso, a hipoglicemia induzida pela insulina pode ser especialmente perigosa para gestantes diabéticas tipo 1, devido ao seu início rápido e geralmente com poucos sintomas (Kitzmiller *et al.*, 2008).

O controle glicêmico otimizado deve ser almejado durante toda a gravidez, objetivando diminuir os desfechos adversos maternos, fetais e neonatais; no início da gestação, correlaciona-se com a diminuição de abortamentos espontâneos e malformações congênitas. Após 12 semanas, evitar a hiperglicemia materna reduz a hiperinsulinemia fetal, responsável por complicações como macrosomia, maior taxa de cesarianas, tocotraumatismos e complicações neonatais, como hipoglicemia e hiperbilirrubinemia. No tocante aos benefícios para a mãe, o controle rígido da glicemia pode evitar a progressão da retinopatia e da nefropatia diabética, além de diminuir a frequência de pré-eclâmpsia e de prematuridade (Kitzmiller *et al.*, 2008).

Diante desse contexto, alguns estudos mostram que mulheres com DM 1 apresentam maiores níveis de ansiedade e preocupação em relação aos resultados da gravidez, sentindo-se pressionadas a manterem os níveis de glicemia dentro dos parâmetros ideais (Berg; Sparud-Lundin, 2009; Rasmussen *et al.*, 2013).

Embora a maternidade seja um processo de construção social e cultural, cada mulher vivencia o período gestacional de forma peculiar (Costa; Jesus; Jacinto, 2022), o que pode se tornar desafiador, quando está associada a algum problema de saúde. Faz-se necessária, portanto, uma escuta qualificada dessas mulheres, a qual permite a expressão de sua história, alcançando, dessa forma, um potencial terapêutico, ao possibilitar que os profissionais de saúde construam condutas de intervenção baseadas nas necessidades e demandas das pessoas, considerando seu contexto de vida (Carvalho *et al.*, 2023).

A escuta qualificada, portanto, direciona a equipe para um cuidado integral da saúde, o qual enxerga o indivíduo como um todo, considerando seus aspectos biopsicossociais, suas individualidades e necessidades. Dessa forma, além das práticas assistenciais, o cuidado integral baseia-se em práticas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (Alcântara *et al.*, 2024; Xavier *et al.*, 2023).

Não obstante, observa-se, na literatura, uma abundância de trabalhos que avaliam questões objetivas do DM, com foco no diagnóstico e no tratamento da patologia; poucos,

porém, preocupam-se em avaliar os sujeitos no centro desse problema, com foco em seus aspectos emocionais. Conhecer esses aspectos permite um melhor preparo da equipe de saúde, que pode, dessa forma, oferecer um cuidado integral a essas mulheres.

Diante do exposto, este trabalho propõe-se a identificar a produção científica sobre os aspectos psicossociais e emocionais de mulheres com DM 1 durante o período da gravidez.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se uma RIL, um método que permite a síntese do conhecimento, agregando resultados de estudos de diferentes desenhos metodológicos, com enfoques teóricos e empíricos diversos (Silva *et al.*, 2024). A RIL promove uma melhor compreensão do tema estudado, através de um processo de sistematização e análise dos resultados obtidos por outros estudos científicos, permitindo, assim, o desenvolvimento de conclusões baseadas em evidências científicas (Floriani *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021; Souza; Silva; Carvalho, 2010). É fundamental aderir a critérios rigorosos de metodologia e garantir que a apresentação dos resultados seja clara, a fim de que as reais características dos estudos selecionados para a revisão sejam evidentes (Aquino; Ribeiro; Martins, 2021).

A RIL cumpriu cinco etapas, a saber: 1) definição da questão norteadora; 2) determinação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) busca da literatura nas bases de dados; 4) tratamento dos resultados com suporte do programa IRaMuTeq; e 5) apresentação, análise e discussão dos resultados.

A questão norteadora foi elaborada de acordo com o tema da pesquisa e orientada pela estratégia de busca PICO, a qual considera três itens: a População ou Paciente ou Problema investigado (*Population/Patient/Problem*); o fenômeno de interesse (*Interest*) e o Contexto (*Context*). Neste caso, o P representou as mulheres com DM 1; o I, a identificação de sentimentos e experiências; e o Co, o contexto da gestação, consoante o Quadro 1:

Quadro 1 – Estratégia PICO: população, intervenção e contexto

CONSTRUTO	RESULTADO
População/problema	Mulheres com diabetes <i>mellitus</i> tipo 1
Fenômeno de Interesse	Identificação de sentimentos e experiências
Contexto	Gestação

Fonte: Elaboração própria.

A estratégia PICO é bem utilizada em revisões qualitativas, aquelas cujo objetivo é avaliar a experiência humana e fenômenos sociais, concentrando-se nas perspectivas dos sujeitos que vivenciam o fenômeno de interesse (Carvalho *et al.*, 2023; Stern; Jordan; Mcarthur, 2014). Nesse sentido, foi estabelecido como questão norteadora: quais sentimentos e experiências vivencia a mulher com DM 1 durante o período gestacional?

Foram incluídos estudos com enfoque nas questões subjetivas da associação DM 1 e gestação/puerpério. Excluíram-se os estudos encontrados em duplicidade, os que não contemplassem o período gestacional, aqueles referentes ao DM 2 ou gestacional, e outros que não respondessem à pergunta da pesquisa.

A recolha dos dados deu-se nas bases de dados Medline / PubMed, Scielo e Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em razão da expressiva quantidade e qualidade da literatura

revisada por pares que disseminam. Utilizaram-se os descritores / palavras-chave: diabetes tipo 1 / *type 1 diabetes*, gestação / gravidez / *pregnancy*, pesquisa qualitativa / *qualitative study* / *experiences* / aspectos psicossociais, combinados com os operadores booleanos AND ou OR, em conformidade com o Quadro 2, que mostra as estratégias de busca para cada banco de dados usando combinações de palavras específicas e truncamentos.

Quadro 2 – Estratégia de busca ajustada para as bases de dados selecionadas. João Pessoa, PB, Brasil, 2024.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
Medline/ PubMed	("Type 1 diabetes" AND "pregnancy" AND "qualitative study" OR "experiences")
Portal BVS	("Diabetes tipo 1") AND "gravidez" AND "aspectos psicossociais")
Scielo	("Diabetes tipo 1") AND "gravidez" AND "pesquisa qualitativa")

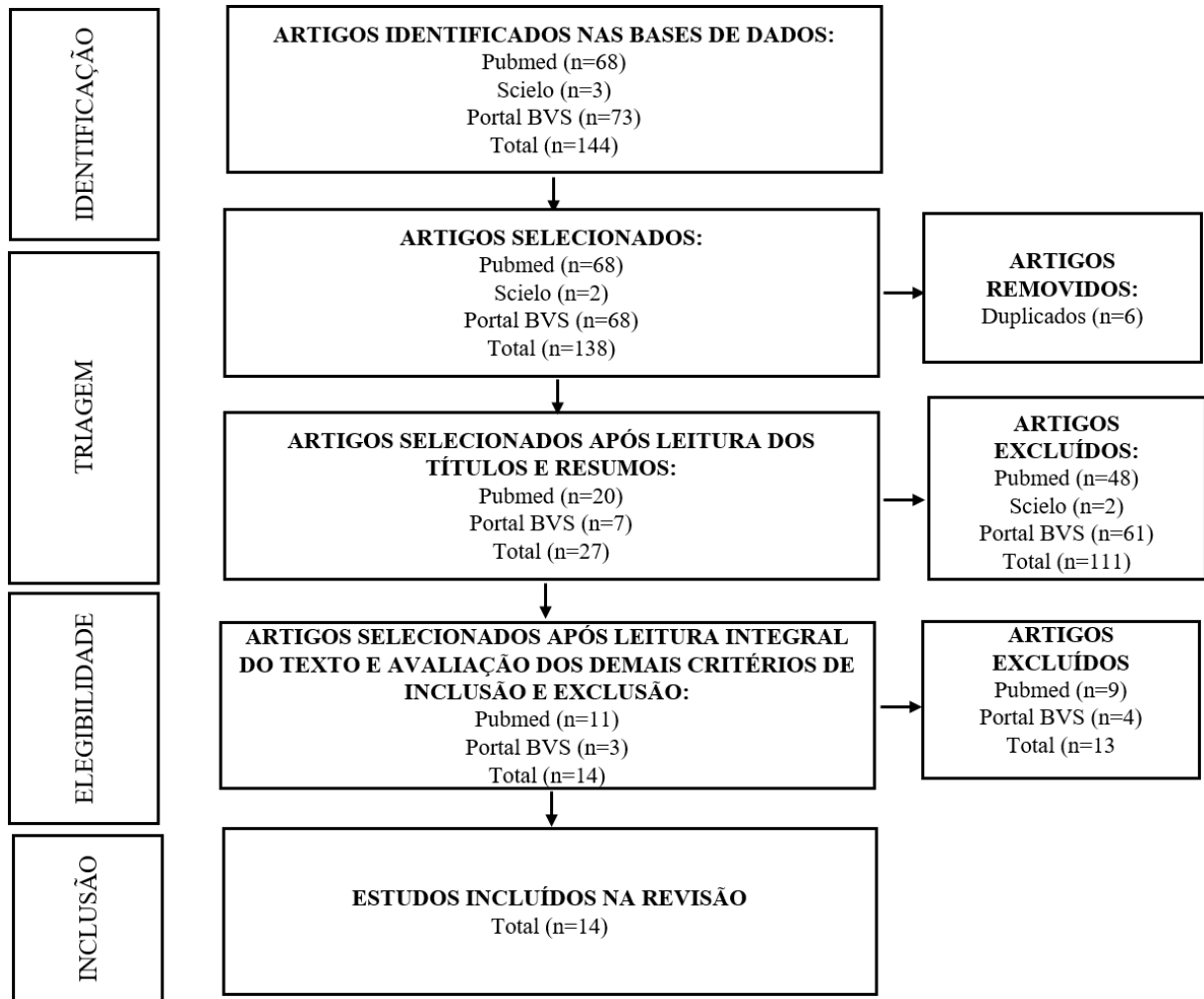
Fonte: Elaboração própria.

Após identificação nas bases de dados, foram incluídos estudos disponíveis na íntegra, em português ou inglês, sem delimitação temporal.

As produções foram inicialmente selecionadas através da leitura do título e do resumo. Posteriormente, realizou-se a leitura dos textos na íntegra, sendo elegíveis os trabalhos que atendessem aos critérios de inclusão e respondessem à questão norteadora.

A busca de dados nas bases Medline/Pubmed, Portal BVS e Scielo identificou inicialmente 144 artigos: 68 no Pubmed, 73 no Portal BVS e três no Scielo. Após a triagem inicial, seis artigos foram removidos devido à duplicação. Dos 138 restantes, 111 foram excluídos após a leitura do resumo, por não atenderem aos critérios de inclusão: artigos não disponíveis na íntegra, que não contemplassem o período gestacional ou que considerassem outros tipos de DM, que não o DM 1. Restaram 27 artigos, dos quais 13 foram excluídos após leitura completa, crítica e reflexiva, por não responderem à questão norteadora da pesquisa. Finalmente, 14 foram incluídos na revisão. O processo de busca e seleção dos artigos nas bases de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2024 e considerou as instruções do documento *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*, 2020 (PRISMA) (Page *et al.*, 2021), representado a seguir na Fig. 1. O PRISMA consiste em um protocolo que sistematiza e orienta a seleção de artigos em uma revisão sistemática, sendo bastante difundido por diversos autores (Baccin; Trentin; Quintana, 2023; Lima *et al.*, 2024).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA para seleção de artigos. João Pessoa, PB, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa em fluxograma adaptado de Page *et al.* (2021).

Os resultados foram apresentados em quadro contendo os dados bibliométricos dos trabalhos incluídos na revisão.

Os *abstracts* dos 14 artigos selecionados e incluídos na RIL foram traduzidos para o português pelos autores e constituíram um *corpus* textual, que foi codificado e submetido ao programa IRaMuTeq. Esse *software*, ao realizar cálculos estatísticos sobre dados qualitativos, confere maior acurácia na interpretação e na síntese das evidências (Fialho; Neves, 2022) oriundas das revisões de literatura (Carvalho *et al.*, 2024; Viera *et al.*, 2023). Utilizaram-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a análise de similitude, tendo em vista que, na CHD, o IRaMuTeq, por meio do teste de qui-quadrado (X^2), realiza a associação dos segmentos de texto (ST) e, mediante o valor *P*, apresenta o nível de significância do vínculo entre o ST que contém uma dada palavra com a classe da CHD. Além disso, o gráfico de similitude, por intermédio de ramificações e comunidades de palavras, fornece uma visão abrangente da associação entre as formas de todo o *corpus* (Camargo; Justo, 2018). Assim, a identificação dos ST e dos artigos mais importantes foi baseada nas formulações desse programa; todavia, a interpretação autoral ocorreu pela leitura dos textos integralmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi composta por 14 artigos, todos publicados na língua inglesa, no período de 2005 a 2024. Não foi realizada delimitação temporal da pesquisa, devido à escassez de estudos contemplando a temática.

Os artigos selecionados incluíram estudos sobre as vivências e as experiências de mulheres com DM 1 durante a gestação, o parto ou o puerpério, incluindo as percepções sobre a assistência da equipe de saúde e sobre o apoio social recebidos. Também foram incluídos estudos sobre o uso de tecnologias e suas repercussões psicossociais nas gestantes com DM 1.

A grande maioria dos estudos é representada por estudos qualitativos; portanto, com nível de evidência 4.

As principais informações referentes aos artigos selecionados na amostra deste estudo são apresentadas a seguir, no Quadro 3:

Quadro 3 – Caracterização dos artigos incluídos na revisão. João Pessoa, PB, 2024.

TÍTULO	AUTOR(ES)	PERIÓDICO/ANO	OBJETIVOS
1. <i>Pregnancy and diabetes: how women handle the challenges</i>	Berg, M.	<i>The Journal of Perinatal Education</i> / 2005	Descrever vivências e desafios de mulheres com DM 1 durante a gestação.
2. <i>Becoming pregnant: exploring the perspectives of women living with diabetes</i>	Griffiths, F. et al.	<i>British Journal of General Practice</i> / 2008	Explorar o relato de mulheres com DM 1 sobre sua jornada para engravidar.
3. <i>Experiences of professional support during pregnancy and childbirth - a qualitative study of women with type 1 diabetes</i>	Berg, M. and Sparud-Lundin, C.	<i>BMC Pregnancy Childbirth</i> / 2009	Explorar a necessidade e a experiência de apoio profissional durante a gravidez e o parto entre mulheres com DM 1.
4. <i>Extraordinary exposed in early motherhood - a qualitative study exploring experiences of mothers with type 1 diabetes</i>	Carina Sparud-Lundin, C. and Berg, M.	<i>BMC Women's Health</i> / 2011	Explorar experiências após o parto em relação a amamentação, controle glicêmico, apoio e bem-estar em mulheres com DM 1.
5. <i>Psychosocial issues of women with type 1 diabetes transitioning to motherhood: a structured literature review</i>	Rasmussen, B. et al.	<i>BMC Pregnancy Childbirth</i> / 2013	Avaliar as experiências de mulheres com DM 1 em sua transição para a maternidade, durante o período de gestação e puerpério.
6. <i>Listening to Women: Experiences of Using Closed-Loop in Type 1 Diabetes Pregnancy</i>	Lawton, J. et al.	<i>Diabetes Technol. Ther.</i> / Dec. 2023	Explorar as experiências de mulheres com DM 1 com o uso de circuito fechado durante a gravidez.
7. <i>Perspectives of women living with type 1 diabetes</i>	Ana Toledo-Chavarri, A.;	<i>Health Expect.</i> / 2024	Compreender e sintetizar as percepções de mulheres com

<i>regarding preconception and antenatal care: A qualitative evidence synthesis</i>	Delgado, J. and Rodríguez-Martín, B.		DM 1 sobre as intervenções antes e durante a gestação.
8. <i>The lived experiences of healthcare during pregnancy, birth, and three months after in women with type 1 diabetes mellitus</i>	Dahlberg, H and Berg, M.	<i>Int. J. Qual. Stud. Health Well-being. / Dec. 2020</i>	Descrever a assistência médica oferecida a mulheres suecas com DM 1, durante o período pré-natal, o parto e as 12 primeiras semanas de puerpério.
9. <i>“Diabetes Just Tends to Take Over Everything”: Experiences of Support and Barriers to Diabetes Management for Pregnancy in Women with Type 1 Diabetes</i>	Singh, H. et al.	<i>Diabetes Spectr. / 2019</i>	Explorar as experiências e percepções de mulheres sobre o gerenciamento do diabetes na gravidez, com foco nas barreiras e nos sistemas de suporte desse autogerenciamento.
10. <i>Women's Experiences of Day-and-Night Closed-Loop Insulin Delivery During Type 1 Diabetes Pregnancy</i>	Farrington, C. et al.	<i>J. Diabetes Sci. Technol. / 2018</i>	Explorar as experiências, níveis de confiança e respostas psicossociais de mulheres grávidas diabéticas tipo 1 com o uso da terapia de circuito fechado automatizado de insulina diurno e noturno.
11. <i>Well-Being and Diabetes Management in Early Pregnant Women with Type 1 Diabetes Mellitus</i>	Linden, C. et al.	<i>Int. J. Environ. Res. Public Health / 2016</i>	Explorar associações entre o bem-estar materno, o gerenciamento do diabetes e características de mulheres diabéticas tipo 1 no início da gestação.
12. <i>Mental Health During Late Pregnancy and Postpartum in Mothers with and Without Type 1 Diabetes: The ENDIA Study</i>	Hall, M. et al.	<i>Diabetes Care / 2022</i>	Comparar a saúde mental de mulheres com e sem DM 1, durante a gravidez e no pós-parto e examinar a relação entre saúde mental e controle glicêmico.
13. <i>Person-centred, web-based support in pregnancy and early motherhood for women with Type 1 diabetes mellitus: a randomized controlled trial</i>	Linden, K. et al.	<i>Diabetic Medicine / 2018</i>	Avaliar a eficácia quanto ao bem-estar e controle do DM de um programa de suporte centrado na pessoa e baseado na web, em gestantes e puérperas com DM 1.

14. <i>Reprioritizing life: a conceptual model of how women with type 1 diabetes deal with main concerns in early motherhood</i>	Carlsson, I. et al.	<i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> / 2017	Explorar as principais preocupações na vida diária no início da maternidade para mulheres com DM 1 e como elas lidam com essas preocupações.
--	---------------------	---	--

Fonte: Dados da pesquisa.

O *corpus* textual, formado pelos 14 textos correspondentes aos resumos dos artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade, ao ser submetido ao programa IRaMuTeQ, apresentou 3.286 ocorrências, 774 formas distintas e 428 hápax, com uma média de 234,71 ocorrências por texto. Camargo e Justo (2018) esclarecem que o *corpus* é o conjunto de textos processados pelo IRaMuTeQ; os ST são unidades de análise do tamanho aproximado de três linhas; as ocorrências são o total de formas lexicais, em que o termo “forma” significa palavras distintas umas das outras; e “hápax” são formas que aparecem no *corpus* uma única vez.

O *software* IRaMuTeQ, por meio da CHD, segmentou o *corpus* e agrupou as formas lexicais com um nível de aproveitamento de 74,44%, o que correspondeu a 67 ST do total de 90. A Fig. 1 exibe a CHD em seis classes indicativas dos temas-chave dos artigos selecionados.

Figura 1 – Dendrograma da CHD “cuidado integral e gestante com diabetes tipo 1”



Fonte: dados da pesquisa.

Como se percebe, quando lida da parte superior para a inferior, a CHD gerou cinco segmentações no *corpus* textual. A primeira divisão, com uma retenção de 13,4% (9/67 ST), destacou a classe 6 (rosa) do restante do *corpus*. A segunda partição, com uma retenção de 14,9% (10/67 ST), salientou a classe 2 (cinza). O terceiro desmembramento formou, em um mesmo nível, a quarta e a quinta divisão, uma contendo a classe 4 (azul-claro), com 14,9% (10/67 ST), e a outra, formada pela classe 2 (verde), com 16,4% (11/67 ST). A quinta repartição produziu a classe 1 (vermelha), com 17,9% (12/67 ST) e a classe 5 (azul-escuro), com 22,4% (15/67 ST), todas em um mesmo nível.

A classe 6 remete à “metodologia dos trabalhos”. A maioria incluiu estudos qualitativos, que buscam entender as vivências e o significado dos fenômenos na vida das pessoas. Essa interpretação do fenômeno está intimamente ligada à história pessoal de cada indivíduo.

Segundo Minayo (2012, p. 622), “a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência [...] é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história”.

A classe 2, por sua vez, representa “os desafios enfrentados pelas mulheres com DM 1 durante a gestação”. A palavra mais significativa nessa classe foi “preocupação” ($P < 0,0001$ e $X^2 18.02$), que está diretamente relacionada ao maior risco de complicações e a piores desfechos da gestação, além da maior dificuldade do controle glicêmico no período gestacional. É imprescindível, portanto, que os profissionais percebam que esses desafios impactam diretamente no bem-estar dessas mulheres e nos resultados da terapêutica.

Estudos mostram que o bem-estar durante a gravidez resulta de uma complexa interação entre as alterações simultâneas no âmbito fisiológico e psicológico. Dada a magnitude dos eventos de gravidez e parto, que são constantemente lembrados ao longo de anos, o bem-estar emocional durante esse período é crucial para a saúde das mulheres, sob a perspectiva de um ciclo de vida futuro. Uma experiência positiva nesse período contribui para o desenvolvimento pessoal da mãe e para a sua transformação. Em gestações de alto risco, entretanto, a transição para a maternidade pode ser um momento extremamente desafiador, como é o caso de gestação em mulheres diabéticas tipo 1 (Linden *et al.*, 2016).

Comparando mulheres com DM 1 no final da gestação e pós-parto com mulheres sem a doença, um estudo prospectivo não demonstrou mais depressão ou estresse percebido (Hall *et al.*, 2022). Em contrapartida, os resultados de nossa revisão evidenciam que, em sua transição para a maternidade, mulheres com DM 1 enfrentam diversos transtornos psicossociais, como aumento da ansiedade, sofrimento relacionado ao DM, culpa e sensação de falta de conexão dos profissionais de saúde para com a paciente, consoante os achados de Rasmussen *et al.* (2013). Elas tendem a apresentar mais ansiedade, angústia e depressão em relação às não diabéticas, além de maior medo de perda fetal e incertezas em relação à gravidez (Berg, 2005; Dahlberg; Berg, 2020; Rasmussen *et al.*, 2013; Toledo-Chavarri; Delgado; Rodríguez-Martín, 2023).

As respostas adaptativas da gestação no metabolismo da glicose exigem um maior rigor para controle glicêmico, o que, aliado à percepção de risco aumentado de resultados adversos, gera sentimentos de estresse e ansiedade nessas mulheres (Linden *et al.*, 2016). A necessidade de monitoramento glicêmico constante durante a gravidez destaca, dessa forma, a doença, enfatizando os riscos e responsabilidades (Dahlberg; Berg, 2020). Com isso, a doença torna-se mais presente, e as mulheres são impedidas de vivenciar experiências normais da gravidez (Rasmussen *et al.*, 2013).

Segundo Toledo-Chavarri, Delgado e Rodríguez-Martín (2023), a gravidez em mulheres com DM 1 exige esforço físico e mental para manter os níveis glicêmicos em patamares seguros para o bebê. Isso gera medo, ansiedade, sentimento de culpa e de pressão, embora algumas relatem que é factível e que vale o esforço (Toledo-Chavarri; Delgado; Rodríguez-Martín, 2023).

Para Berg (2005), as mulheres grávidas com DM1 podem experimentar a sensação de domínio sobre a doença ou de escravização pela doença, dependendo da forma como reagem a ela: mulheres que têm autoconhecimento, aceitação da doença e que se adaptaram às rotinas especiais exigidas pela gravidez, ou seja, que desenvolveram uma melhor gestão da vida cotidiana, tendem ao domínio; já aquelas que não se reconciliaram com a doença e não aceitam o estilo de vida rigoroso, exigido por uma gravidez associada ao DM 1, tendem a se sentir escravizadas pela condição. Além disso, a presença do feto, exigindo controle glicêmico para nascer saudável, é mais um fator de pressão que contribui para o sentimento de escravização (Berg, 2005). Para outras mulheres, no entanto, o sentimento de responsabilidade pela saúde de seu filho representa o principal fator motivador para o autogerenciamento eficaz do DM (Singh *et al.*, 2019).

Em um trabalho realizado no Reino Unido, as mulheres consideraram o monitoramento glicêmico na gravidez como um trabalho árduo, desgastante e que dominava suas mentes; ainda, seu sono era prejudicado pela necessidade de avaliar a glicemia na madrugada e pelo medo da hipoglicemia. As necessidades de ajustes de insulina mais frequentes também aumentaram a demanda mental, gerando mais ansiedade, assim como a exigência de controle dos níveis dentro de uma faixa ideal (Lawton *et al.*, 2023).

Na CHD, a classe 1 conectou-se diretamente à classe 5, o que significa maior afinidade temática. Em específico, a classe 1 atribuiu significância às palavras “gestação” ($P < 0,0001$ e $X^2 19.5$), “dar” ($P < 0,0001$ e $X^2 19.5$) e “cuidado” ($P < 0,0001$ e $X^2 18.72$). A classe 5 destacou, com mais ênfase, as palavras “diabetes” ($P < 0,0001$ e $X^2 17.45$), mas também atribuiu significância aos “profissionais de saúde” ($P < 0,00033$ e $X^2 12.89$). Logo, indicou “o papel da equipe de saúde na orientação e suporte oferecidos às mulheres diabéticas tipo 1”.

O cuidado oferecido às mulheres com DM 1 deve se estender desde o planejamento pré-concepcional, passando pelo pré-natal e pelo momento do parto, estendendo-se até o puerpério (Dahlberg; Berg, 2020; Sparud-Lundin; Berg, 2011).

Com relação ao planejamento pré-concepcional, a forma de abordagem dos profissionais é crucial: informações desencorajadoras e alarmistas podem ser prejudiciais, afetando o bem-estar psíquico das mulheres, podendo até influenciar na decisão de gestar ou não (Griffiths *et al.*, 2008; Toledo-Chavarri; Delgado; Rodríguez-Martín, 2023).

No que concerne aos cuidados pré-natais, dentro do contexto de monitoramento intensivo dos níveis glicêmicos, a equipe de saúde exerce um papel fundamental, podendo assumir papéis antagônicos: o de exercer maior pressão sobre as mulheres ou o de oferecer apoio e informações adequadas. No estudo de Berg, evidenciou-se que, quando os profissionais de saúde incentivavam as mulheres a se manterem no controle da doença, com sensibilidade, conhecimento e informações de qualidade, elas se sentiam no domínio da doença; no lado oposto, quando os profissionais reivindicavam esse controle, o processo tornava-se mais desestimulante para as mulheres (Berg, 2005). Outra pesquisa evidenciou que o fortalecimento da capacidade de autogerenciamento do DM exerceu correlação positiva com a autopercepção de saúde e bem-estar das mulheres com DM 1 (Linden *et al.*, 2016).

O relacionamento confiável e empático com a equipe de saúde é fundamental no acompanhamento dessas mulheres, que precisam se sentir apoiadas e reconhecidas, mesmo em suas pequenas conquistas. O apoio da equipe ajuda a diminuir o medo e a ansiedade relacionados à gestação (Singh *et al.*, 2019). Sendo assim, as mulheres esperam estabelecer relações amigáveis e de confiança com sua equipe, de forma que possam compartilhar sua sobrecarga, aliviando sua responsabilidade e culpa (Dahlberg; Berg, 2020).

Além disso, estudos demonstraram que algumas mulheres manifestaram a percepção de não estarem no centro do cuidado: a equipe demonstrava mais preocupação com a saúde do bebê, em detrimento da saúde materna (Dahlberg; Berg, 2020). Dessa forma, evidenciou-se a necessidade do cuidado centrado na pessoa, no caso a gestante diabética, que também reivindicava ser enxergada como uma pessoa e não como uma doença. Ademais, necessitavam de um cuidado individualizado, com atenção às suas necessidades específicas (Berg; Sparud-Lundin, 2009; Dahlberg; Berg, 2020).

Ainda no tocante à equipe de saúde, as mulheres necessitaram de uma equipe especializada, multidisciplinar, sensibilizada quanto aos aspectos psicossociais, dentro de uma rede de cuidados bem estruturada (Dahlberg; Berg, 2020; Sparud-Lundin; Berg, 2011).

Durante o parto, algumas mulheres reclamaram da falta de assistência especializada e manifestaram a sensação de abandono (Berg; Sparud-Lundin, 2009; Dahlberg; Berg, 2020). A mesma impressão de abandono foi relatada no período puerperal, fase particularmente difícil na vida das mulheres com DM1, visto que têm que lidar simultaneamente com os desafios da

doença e com as mudanças avassaladoras impostas pela maternidade (Sparud-Lundin; Berg, 2011). Outrossim, enfrentam a sensação de maior vulnerabilidade e medo da hipoglicemia, devido às flutuações mais constantes dos níveis glicêmicos (Sparud-Lundin; Berg, 2011).

Estudo que avaliou mulheres com DM 1 na fase puerperal revelou que, ao enfrentar os desafios desse período, elas precisaram redefinir sua vida e adaptar-se às mudanças impostas pela maternidade. A responsabilidade por outra vida tornou-se a força motriz existencial para controlar o DM, resultando em autoconsciência e maior autocuidado (Carlsson *et al.*, 2017).

As classes 3 e 4 também estabeleceram uma conexão imediata. A classe 3, ao destacar termos como “necessidade” ($P < 0,0001$ e X^2 22.72) e “vida” ($P < 0,0001$ e X^2 21.39), referendou a “maior necessidade de suporte” e agrupou as evidências comprobatórias de que, durante o parto e no pós-parto, as mulheres com DM 1 demandam maior atenção diária profissional e familiar. Esse suporte, ao teor da classe 4, que apresentou como sua forma lexical mais proeminente “circuito fechado” ($P < 0,0001$ e X^2 39.2), elucidou que as tecnologias em saúde, como por exemplo o “circuito fechado”, podem melhorar as condições de saúde das mulheres, favorecendo o bem-estar psicossocial das diabéticas tipo 1, inclusive agregando maior efetividade do cuidado prestado pelos profissionais da saúde.

Diante desses desafios, Berg (2005) e Dahlberg e Berg (2020) recomendam que a atenção profissional focalize o bem-estar materno-infantil, com vistas a capacitar a mulher a alcançar a autonomia no cuidado.

Nesse contexto, um estudo evidenciou que o puerpério pode representar um período de extrema vulnerabilidade para as mulheres com DM 1. A amamentação pode ser dificultada devido à separação mãe-bebê por complicações maternas ou neonatais; o risco de hipoglicemia neonatal exige uma alimentação complementar, o que prejudica ainda mais a amamentação, consequente à falta do estímulo de sucção. Ainda, a instabilidade glicêmica frequente no período pós-parto aumenta o risco de hipoglicemia, o que gera medo e insegurança nessas mulheres. A associação desses fatores pode gerar na mãe sentimentos de pressão, de culpa, de insuficiência e de estresse. Em relação à equipe de saúde, as mulheres relataram que o apoio dos profissionais foi interrompido rapidamente após o parto, gerando sensação de abandono. O apoio social também é fundamental, através de ajuda concreta, permitindo, por exemplo, o descanso da mãe e adotando atitudes favoráveis à amamentação. Os autores enfatizam, dessa forma, a necessidade de um suporte tanto da equipe de saúde como da família, para que as mulheres com DM 1 consigam superar os desafios e vivenciar experiências positivas durante a experiência transformadora que a maternidade representa (Sparud-Lundin; Berg, 2011).

Outros autores evidenciaram que, ao lidar com os desafios próprios do puerpério e da amamentação, as mulheres com DM 1 aprenderam a definir novas prioridades em sua vida. A consciência da responsabilidade por outra vida resultou em uma força motriz existencial para controlar o DM. Devido às grandes flutuações da glicemia e ao maior risco de hipoglicemia, perceberam que precisavam cuidar primeiro de si, antes de atender às necessidades da criança. A maternidade representou um chamado para a autoconsciência e o autocuidado, demandando suporte social e apoio da equipe de saúde para se concretizar (Carlsson *et al.*, 2017).

Outros estudos também destacam a importância do apoio social recebido pelas pacientes, seja por parte de familiares ou amigos, seja por parte de seus empregadores. O apoio dos familiares, em especial do parceiro, foi considerado essencial para essas mulheres (Rasmussen *et al.*, 2013).

Por fim, com relação aos empregadores, eles podem oferecer apoio, quando permitem ajustes de horários e atribuições; ou pressão, quando questionam as ausências devido às consultas mais frequentes (Berg, 2005). Conciliar os compromissos de trabalho com o monitoramento intensivo da glicemia, com as flutuações dos níveis glicêmicos e com a maior necessidade de consultas e exames também representou um desafio para essas mulheres, que se

sentiam culpadas quando perdiam consultas devido às demandas do trabalho (Singh *et al.*, 2019).

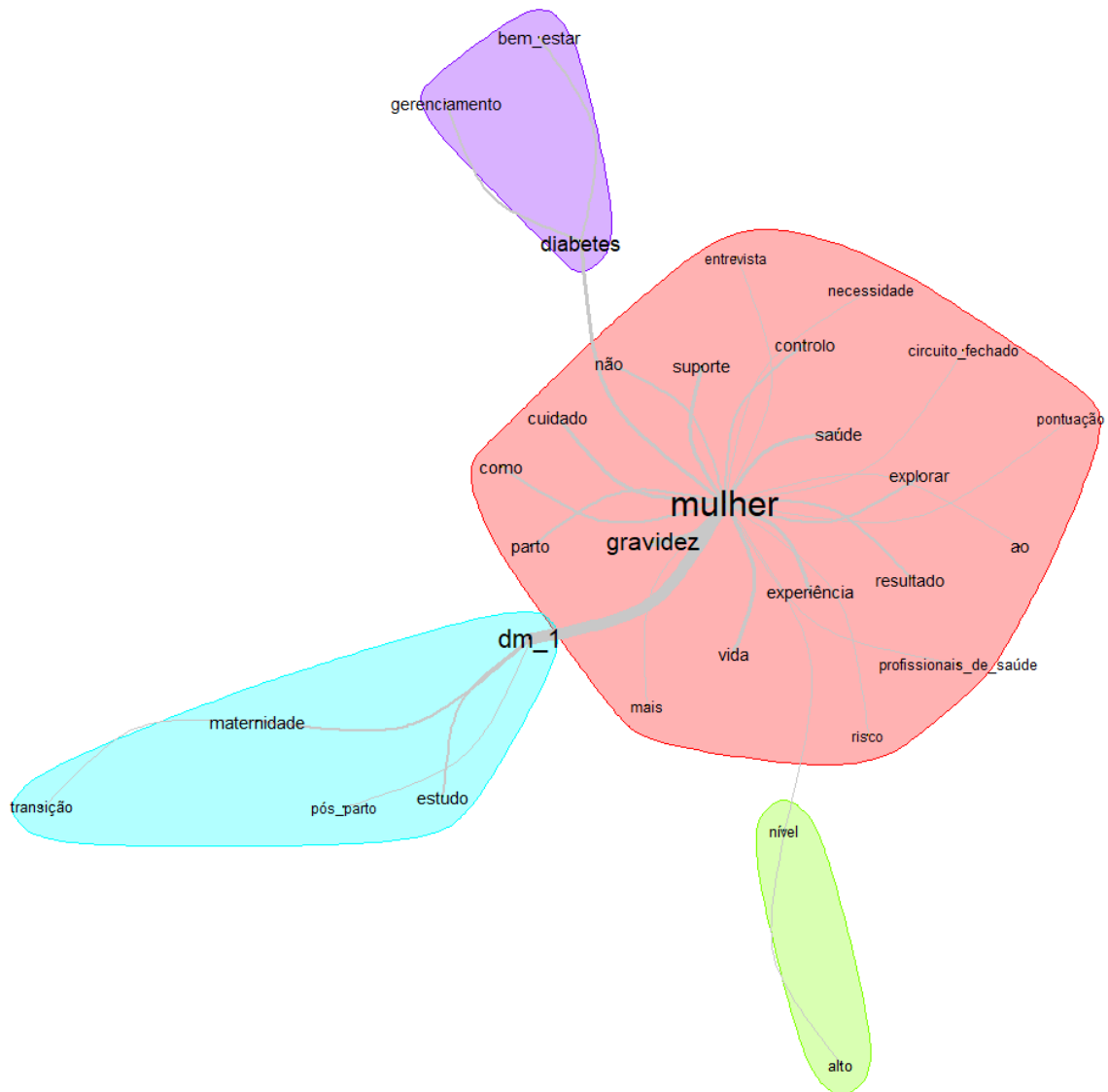
Objetivando melhorar o controle glicêmico dos pacientes diabéticos, desenvolveram-se novas tecnologias, como os sistemas de circuito fechado de insulina. Um trabalho avaliou o uso desses sistemas em gestantes com DM 1 e demonstrou que foram reduzidas as demandas físicas, mentais e emocionais do gerenciamento glicêmico na gravidez, melhorando o controle e a manutenção dos níveis dentro do alvo por mais tempo (Lawton *et al.*, 2023).

No mesmo contexto, outro estudo comparou o uso de sistema de circuito fechado com a terapia de bomba de insulina aumentada por sensor. Os resultados mostram uma ambivalência: as mulheres enumeraram benefícios do uso do circuito, amenizando os encargos do autocuidado contínuo, como maior tranquilidade e flexibilidade no estilo de vida, porém relataram vários encargos, como falhas no sistema, volume do sistema, dor, manutenção do sistema, dentre outros. Os autores alertam para que os profissionais da saúde estejam atentos aos aspectos psicossociais que o uso de tecnologias pode demandar, a fim de que, ao administrar essas expectativas, favoreçam o seu uso, promovendo uma melhoria no cuidado (Farrington *et al.*, 2018).

Ainda no intuito de melhorar a assistência de gestantes diabéticas, alguns autores desenvolveram um programa de suporte remoto, baseado na internet. Esperava-se que, aliado ao tratamento padrão, o programa contribuísse para aumentar o bem-estar geral e a autoeficácia do gerenciamento do DM, o que não foi evidenciado ao final do estudo (Linden *et al.*, 2018).

Além de confirmar a pertinência dos temas-chave idealizados para sintetizar as principais evidências dos estudos, o gráfico de similitude, apresentado na Fig. 2, revelou o nexos entre três agrupamentos de formas recorrentes no *corpus* no mínimo nove vezes.

Figura 2 – Árvore de similitude “cuidado integral e gestantes com diabetes tipo 1”



Fonte: dados da pesquisa.

A conectividade temática dos estudos incluídos na RIL, ao ser elucidada pela análise de similitude, posicionou a “mulher” (frequência 81) durante a “gravidez” (frequência 44) no núcleo central (cor salmão), em torno da qual estão agregados termos como “profissionais de saúde” (frequência 11), “cuidado” (frequência 23), “saúde” (frequência 21), “parto” (frequência 19), “necessidade” (frequência 9), “suporte” (frequência 17) e “circuito fechado” (frequência 17).

Do núcleo principal, partem três ramos. O ramo superior (cor lilás) reúne as palavras “diabetes” (frequência 31), “gerenciamento” (frequência 15) e “bem-estar” (frequência 17). O ramo lateral (cor azul) destaca “estudo” (frequência 19), “diabetes tipo 1” (frequência 46), “maternidade” (frequência 18) e “pós-parto” (frequência 9). O ramo inferior (cor verde) salienta “nível” (frequência 10) e “alto” (frequência 9). Essas agregações e vinculações reafirmam que,

para controlar os altos níveis glicêmicos e propiciar o bem-estar das gestantes com DM 1, o esforço profissional deve ser amplo e duradouro, inclusive com a utilização das tecnologias em saúde, como é caso do circuito fechado. Berg e Honkasalo (2000) enfatizam o apoio profissional na informação adequada e na capacitação dessas mulheres a gerenciarem melhor seus níveis glicêmicos e a vivenciarem uma transição para a maternidade de forma mais tranquila. A equipe ainda deve atentar não apenas ao controle glicêmico, mas também aos aspectos psicossociais, de forma a aliviar as preocupações da mulher em relação ao parto e ao puerpério, permitindo que elas desfrutem de experiências normais da gravidez (Singh *et al.*, 2013). A mulher com DM 1 deve, portanto, permanecer no cerne das atenções, não apenas no pré-natal e na maternidade, mas com integralidade em outras fases da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres com DM 1 enfrentam importantes desafios em seu processo de maternidade, os quais se estendem desde a fase pré-concepcional, perpassam pelo período pré-natal, parto e atingem até a fase do puerpério.

Durante a gestação, essas mulheres têm que lidar com um controle glicêmico mais rigoroso, além de maiores flutuações em seus níveis glicêmicos, o que, somado à percepção de riscos de resultados desfavoráveis de sua gravidez, pode acarretar sentimento de culpa e de responsabilidade aumentada, além de provocar aumento da ansiedade.

O apoio social, de familiares e empregadores, além do suporte da equipe de saúde é primordial no enfrentamento desses desafios.

Portanto, mulheres com DM 1 representam uma população que exige um cuidado peculiar, que deve ser integral, centrado na pessoa e oferecido por uma equipe multidisciplinar, atenta tanto aos aspectos biomédicos, como também aos aspectos psicossociais, a fim de se obterem resultados favoráveis nos desfechos dessas gestações.

Embora esta revisão tenha incluído apenas 14 estudos, pesquisas como esta revestem-se de importância por destacarem a necessidade de ampliação do olhar sobre mulheres com DM 1 e podem contribuir para uma melhor assistência prestada pela equipe de saúde, baseada em atenção integral e centrada na pessoa.

Diante da escassa literatura científica sobre este importante tema, mais estudos são necessários para uma maior compreensão do universo de mulheres diabéticas e seus desafios durante a gestação.

REFERÊNCIAS

ABELL, S. K. *et al.* “Contemporary type 1 diabetes pregnancy outcomes: Impact of obesity and glycaemic control”. **Medical Journal of Australia**, vol. 205, n. 4, agosto, 2016.

ALCÂNTARA, P. P. T. *et al.* “Cuidado integral às mulheres vítimas de violência”. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 29, 2024.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. “Management of diabetes in pregnancy: Standards of medical care in diabetes-2021”. **Diabetes Care**, vol. 44, n. 1, janeiro, 2021.

AQUINO, L. S.; RIBEIRO, I. S.; MARTINS, W. “Síndrome de Burnout: repercussões na saúde do profissional de enfermagem”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 6, n. 16, abril, 2021.

BACCIN, A.; TRENTIN, L. S.; QUINTANA, A. M. “Atitudes de enfermeiros frente a morte de pacientes em hospitais: uma revisão sistemática qualitativa”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 14, maio, 2023.

BERG, M. Pregnancy and Diabetes: “How Women Handle the Challenges”. **Journal of Perinatal Education**, vol. 14, n. 3, agosto, 2005.

BERG, M.; HONKASALO, M. “Pregnancy and diabetes – a hermeneutic phenomenological study of women’s experiences”. **J Psychosom Obstet Gynecol**, vol. 21, 2000.

BERG, M.; SPARUD-LUNDIN, C. “Experiences of professional support during pregnancy and childbirth-a qualitative study of women with type 1 diabetes”. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 9, n. 27, julho, 2009.

BLONDE, L. *et al.* “American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan-2022 Update”. **Endocrine Practice**, vol. 28, n. 10, outubro, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do *software* [de análise textual] Iramuteq. [S. l.]: Iramuteq, [2018].

CARLSSON, I. M. *et al.* “Reprioritizing life: a conceptual model of how women with type 1 diabetes deal with main concerns in early motherhood”. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, vol. 12, dezembro, 2017.

CARVALHO, S. T. A. *et al.* “Saúde mental de mulheres rurais no Brasil: uma revisão integrativa da literatura”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 15, n. 45, setembro, 2023.

CARVALHO, L. A. *et al.* “Potencialidade das atividades de educação permanente em saúde: uma revisão sistemática”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 18, n. 53, maio, 2024.

COSTA, C.; JESUS, D.; JACINTO, P. “Tornar-se mãe: análise fílmica sobre a construção do vínculo na maternidade”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 11, n. 31, julho, 2022.

DAHLBERG, H.; BERG, M. “The lived experiences of healthcare during pregnancy, birth, and three months after in women with type 1 diabetes mellitus”. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, vol. 15, n. 1, janeiro, 2020.

FARRINGTON *et al.* “Women’s Experiences of Day-and-Night Closed-Loop Insulin Delivery During Type 1 Diabetes Pregnancy”. **Journal of Diabetes Science and Technology**, vol. 12, n. 6, 2018.

FIALHO, L. M. F.; NEVES, V. N. S. “Professores em meio ao ensino remoto emergencial: repercussões do isolamento social na educação formal”. **Educação e Pesquisa**, vol. 48, novembro, 2022.

FLORIANI, I. D. *et al.* “Exposure of pediatric emergency patients to imaging exams, nowadays and in times of Covid-19: An integrative review”. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 40, dezembro, 2022.

GRIFFITHS, F. *et al.* “Becoming pregnant: exploring the perspectives of women living with diabetes”. **British Journal of General Practice**, vol. 58, n. 548, março, 2008.

HALL, M. *et al.* “Mental Health During Late Pregnancy and Postpartum in Mothers with and without Type 1 Diabetes: The ENDIA Study”. **Diabetes Care**, vol. 45, maio, 2022.

IDF – International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 10. ed. [s. l.]: IDF, 2021.

KITZMILLER, J. L. *et al.* “Managing preexisting diabetes for pregnancy: Summary of evidence and consensus recommendations for care”. **Diabetes Care**, vol. 31, n. 5, maio, 2008.

LAWTON, J. *et al.* “Listening to Women: Experiences of Using Closed-Loop in Type 1 Diabetes Pregnancy”. **Diabetes Technology and Therapeutics**, vol. 25, n. 12, dezembro, 2023.

LIMA, G. F. *et al.* “Avanços e desafios em cirurgias de cabeça e pescoço: uma revisão integrativa”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 17, n. 50, fevereiro, 2024.

LINDEN, K. *et al.* “Well-Being and Diabetes Management in Early Pregnant Women with Type 1 Diabetes Mellitus”. **International Journal of Environmental Resesarch and Public Health**, vol. 13, n. 836, agosto, 2016.

LINDEN, K. *et al.* “Person-centred, web-based support in pregnancy and early motherhood for women with Type 1 diabetes mellitus: a randomized controlled trial”. **Diabetic Medicine**, vol. 35, n. 2, fevereiro, 2018.

MINAYO, M. C. S. “Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade”. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, outubro, 2012.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* “Práticas de Atenção Primária à Saúde na área de drogas: revisão integrativa”. **Saúde em Debate**, vol. 45, n. 129, junho, 2021.

PAGE, M. J. *et al.* “The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews”. **BMJ**, vol. 372, março, 2021.

RASMUSSEN, B. *et al.* “Psychosocial issues of women with type 1 diabetes transitioning to motherhood: a structured literature review”. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 13, n. 218, outubro, 2013.

RINGHOLM, L. *et al.* “Managing type 1 diabetes mellitus in pregnancy - From planning to breastfeeding”. **Nature Reviews Endocrinology**, vol. 8, n. 11, novembro, 2012.

SILVA, L. P. *et al.* “Pressão arterial, sono e exercício físico em ambientes extremos: uma revisão integrativa”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 18, n. 53, maio, 2024.

SINGH, H. *et al.* “‘Diabetes just tends to take over everything’: Experiences of support and barriers to diabetes management for pregnancy in women with type 1 diabetes”. **Diabetes Spectrum**, vol. 32, n. 2, maio, 2019.

SINGH, H. *et al.* “The challenges and future considerations regarding pregnancy-related outcomes in women with pre-existing diabetes. Curr Diab with pre-existing diabetes”. **Curr Diab Rep**, vol. 13, n. 6, setembro, 2013.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. “Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it?” **Einstein**, vol. 8, n. 1, 2010.

SPARUD-LUNDIN, C.; BERG, M. “Extraordinary exposed in early motherhood-a qualitative study exploring experiences of mothers with type 1 diabetes”. **BMC Women’s Health**, vol. 11, n. 10, abril, 2011.

STERN, C.; JORDAN, Z.; MCARTHUR, A. “Developing the Review Question and Inclusion Criteria”. **American Journal of Nursing**, vol. 114, n. 4, abril, 2014.

THOMSON, R. L. *et al.* “Dietary patterns during pregnancy and maternal and birth outcomes in women with type 1 diabetes: the Environmental Determinants of Islet Autoimmunity (ENDIA) study”. **Diabetologia**, setembro, 2024.

TOLEDO-CHAVARRI, A.; DELGADO, J.; RODRÍGUEZ-MARTÍN, B. “Perspectives of women living with type 1 diabetes regarding preconception and antenatal care: A qualitative evidence synthesis”. **Health Expect.**, vol. 27, n. 1, fevereiro, 2023.

VIERA, G. G. B. *et al.* “Clusters comerciais: uma revisão sistemática de literatura”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, vol. 16, n. 48, dezembro, 2023.

XAVIER, P. B. *et al.* “Impactos da covid-19 no trabalho colaborativo na atenção primária à saúde”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 15, n. 44, agosto, 2023.

ZAJDENVERG, L. *et al.* “Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação”. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, janeiro, 2022a.

ZAJDENVERG, L. *et al.* “Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação”. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, janeiro, 2022b.

CAPÍTULO 3

O presente capítulo corresponde ao segundo produto técnico-científico fruto desta dissertação de mestrado. Consiste em um artigo original, submetido à publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, em novembro de 2024.

ENTRE O DOCE E O AMARGO: EXPERIÊNCIAS GESTACIONAIS COM DIABETES TIPO 1

BETWEEN SWEET AND BITTER: GESTATIONAL EXPERIENCES WITH TYPE 1
DIABETES

ENTRE LO DULCE Y LO AMARGO: EXPERIENCIAS GESTACIONALES CON
DIABETES TIPO 1

RESUMO

Mulheres com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) enfrentam desafios em sua jornada de gestação e maternidade que podem interferir em sua qualidade de vida. O presente estudo tem como objetivo compreender as vivências de gestantes ou puérperas com diagnóstico de DM1, identificando seus sentimentos e experiências em relação à gestação. Trata-se de um estudo qualitativo, no qual oito mulheres – sendo quatro gestantes e quatro puérperas – com DM 1 foram submetidas a entrevistas, que tiveram seu conteúdo analisado conforme proposto por Bardin. A análise dos resultados permitiu a identificação de cinco categorias temáticas: vivências da gestação, planejamento da gravidez, apoio social, apoio da equipe de saúde e modificações na rotina. Os resultados evidenciaram que, ao lidar com um manejo glicêmico rigoroso, com instabilidade dos níveis da glicemia e com maior risco de desfechos adversos, a maioria das mulheres com DM1 apresentou sentimentos de medo, culpa e responsabilidade exacerbada, necessitando de um apoio social e da equipe de saúde na superação desses problemas. A equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos psicossociais dessas mulheres e promover um cuidado integral, que deve incluir educação e um cuidadoso planejamento pré-concepcional, sem perder o foco na gravidez, melhorando, assim, a experiência dessas mulheres.

Palavras-chave:

Aspectos Psicossociais; Diabetes *Mellitus* Tipo 1; Gestação

ABSTRACT

Women with type 1 diabetes mellitus (T1DM) face challenges in their pregnancy and motherhood journey, which can interfere with their quality of life. This study aims to understand the experiences of pregnant or postpartum women diagnosed with T1DM, identifying their feelings and experiences in relation to pregnancy. This is a qualitative study in which eight women, four of whom are pregnant and four of whom have recently given birth, with T1DM were interviewed and their content was analyzed, as proposed by Bardin. Analysis of the results

led to the identification of five thematic categories: experiences of pregnancy, pregnancy planning, social support, support from the health team and changes to the routine. The results show that, when dealing with strict glycemic management, unstable blood glucose levels and a greater risk of adverse outcomes, the majority of the women with T1DM had feelings of fear, guilt and exacerbated responsibility, requiring social and health team support to overcome these problems. The health team should be attentive to the psychosocial aspects of these women and promote comprehensive care, which should include education and careful preconception planning, without losing focus on pregnancy, thus improving the experience of these women.

Keywords:

Pregnancy; Psychosocial Aspects; Type 1 Diabetes Mellitus

RESUMEN

Las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se enfrentan a retos en su embarazo y maternidad, que pueden interferir en su calidad de vida. Este estudio tiene como objetivo comprender las experiencias de las mujeres embarazadas o puérperas diagnosticadas con DM1, identificando sus sentimientos y experiencias en relación con el embarazo. Se trata de un estudio cualitativo en el que ocho mujeres, cuatro de ellas embarazadas y cuatro que han dado a luz recientemente, con DM1 fueron entrevistadas y su contenido analizado, como propone Bardin. Los resultados fueron analizados y se identificaron cinco categorías temáticas: vivencias del embarazo, planificación del embarazo, apoyo social, apoyo del equipo de salud y los cambios en la rutina. Los resultados mostraron que, al enfrentarse a un control estricto de la glucemia, a niveles inestables de glucosa en la sangre y a un más grande riesgo de resultados adversos, la mayoría de las mujeres con DM1 tenían sentimientos de miedo, culpa y responsabilidad exacerbada, por lo que necesitaban apoyo social y del equipo sanitario para superar estos problemas. El equipo de salud debe estar atento a los aspectos psicosociales de estas mujeres y promover una atención integral, que debe incluir educación y planificación preconcepcional cuidadosa, sin perder el foco en el embarazo, mejorando así la experiencia de estas mujeres.

Palabras clave:

Aspectos psicosociales; Diabetes mellitus tipo 1; Embarazo.

INTRODUÇÃO

Os períodos de mudança de vida, como a transição para a maternidade, são eventos transformadores e, dependendo da forma como são vivenciados, podem favorecer o crescimento e o desenvolvimento pessoal e contribuir para uma melhor qualidade de vida. Não obstante, podem também provocar aumento do estresse para quem os vivencia¹.

A maternidade, em particular, constitui um período de transformação psicológica para a mulher, sendo influenciada pelo contexto social no qual está inserida, o que pode acarretar múltiplos desafios tanto para ela quanto para sua família². Por conseguinte, a gestação e a

maternidade representam um período crucial na vida das mulheres, no qual o seu bem-estar físico e mental está diretamente relacionado à sua própria saúde e à saúde do bebê. Esse período é frequentemente caracterizado por uma maior vulnerabilidade dessas mulheres, que pode ainda ser aumentada na presença de doenças crônicas, como é o caso do Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)³.

Considerando mulheres jovens com DM1, o próprio momento do diagnóstico da doença representa uma importante etapa de transição, quando elas, anteriormente consideradas saudáveis, tornam-se pessoas com diabetes⁴.

Grande parte das mulheres anseia pela gravidez, lembrando-se dela como uma das fases mais felizes e emocionantes de suas vidas. Contudo, para muitas que já convivem com diabetes, inclusive com DM1, essa experiência pode se revelar um desafio físico e emocional intenso, ainda mais complicado pela maior dificuldade em manter o gerenciamento glicêmico⁵. Estudo evidenciou que a qualidade de vida de gestantes adolescentes é negativamente afetada por complicações obstétricas, dentre as quais se destacou o diabetes em quaisquer de suas formas⁶.

O aumento de risco de resultados adversos da gestação associada ao DM1 impede parcialmente que essas mulheres vivenciem e aproveitem a própria gestação, que é ofuscada pela condição de ser diabética e, principalmente no início da gestação, elas tendem a se perceber mais como diabéticas do que como futuras mães³. Mulheres com DM1, portanto, enfrentam, durante a passagem para a maternidade, uma série de problemas psicossociais, incluindo aumento de ansiedade, sensação de culpa e sofrimento relacionado ao manejo da doença, necessitando de um amplo suporte social e da equipe de saúde, conforme mostram os resultados de uma revisão⁷.

O reconhecimento precoce dos constructos que influenciam a qualidade de vida das gestantes e puérperas poderá promover o bem-estar dessas mulheres⁶. Ademais, a despeito das

melhorias na qualidade da atenção durante o pré-natal, o parto e o puerpério no Brasil nos últimos anos, possivelmente em decorrência dos avanços nas políticas públicas⁸, situações críticas, como a crise da covid-19, podem aumentar as iniquidades em saúde para gestantes e puérperas⁹.

Outrossim, a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e na busca por atender aos seus princípios de equidade, universalidade e assistência integral aos indivíduos, exerce papel fundamental no diagnóstico e acompanhamento de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais figura o DM1¹⁰.

A literatura nacional e internacional tem foco principal nos aspectos biomédicos da associação entre gestação e DM1, porém percebe-se uma escassez no que tange a pesquisas sobre os aspectos psicossociais e subjetivos das mulheres com DM1 em relação à gestação.

Objetivando diminuir essa lacuna, o presente estudo propõe-se a discutir a subjetividade das mulheres – gestantes ou puérperas – com diagnóstico de DM1 e a compreender suas vivências, identificando seus sentimentos e experiências em relação à gestação, de forma a ampliar o olhar voltado a essas pacientes, contribuindo para uma melhor assistência da equipe de saúde, através de um cuidado integral.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa, no qual foram realizadas entrevistas individuais com oito pacientes, sendo quatro gestantes e quatro puérperas. A seleção das pacientes foi realizada pela metodologia bola de neve: uma paciente gestante com DM1 atendida no pronto-atendimento do Hospital Universitário Lauro Wanderley, onde a autora trabalha como médica obstetra, foi convidada a participar do estudo e, como informante-chave, convidou outras pacientes do seu ciclo de convivência, que compartilhavam dos equipamentos

de assistência em saúde na sua rotina, a participarem também do estudo. As entrevistas foram realizadas nas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada paciente, no período de dezembro de 2023 a maio de 2024.

A população estudada compreendeu mulheres com idade maior de 18 anos residentes no município de João Pessoa. Os critérios de inclusão foram: pacientes gestantes ou puérperas com até 1 ano após o parto e que apresentavam diagnóstico de DM1. Foram excluídas as pacientes fora do ciclo grávido-puerperal. Foi assinado Termo de Consentimento Livre Esclarecido após a explanação sobre a realização do estudo.

As mulheres inicialmente responderam a um questionário para caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra. Em seguida, foram submetidas a uma entrevista individual, semiestruturada, conduzida e gravada pela pesquisadora e posteriormente transcrita com o auxílio do programa Reshape. O material contendo a transcrição das oito entrevistas constituiu o *corpus* do trabalho e foi submetido à análise de conteúdo temático, conforme proposto por Bardin¹¹.

Segundo a autora francesa, a análise de conteúdo deve seguir as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e, por fim, tratamento dos resultados obtidos e interpretação¹¹. Na etapa de pré-análise, realizou-se a preparação do material, que consistiu na leitura flutuante do material, na escolha dos documentos, observando-se as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, seguida da formulação das hipóteses e objetivos do estudo. Ainda durante a pré-análise, efetuou-se a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, finalizando com a preparação do material. A segunda etapa consistiu na exploração do material, na qual foram aplicadas as operações definidas na pré-análise. Na terceira etapa, efetuou-se a interpretação dos resultados, após tratamento dos dados¹¹.

O projeto de pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), parecer n.º 6.274.915 e CAAE n.º 71341523.9.0000.8069, UFPB – Centro de Ciências Médicas/CCM, após solicitação e aprovação do campo de pesquisa por meio de Carta de Anuência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta o perfil sociodemográfico das participantes do estudo. Para manter o anonimato, convencionou-se identificá-las por meio de um código alfanumérico, no qual a alínea “P” indica “puérpera” e a letra “G” designa “gestante”. Os números correspondem à ordenação dos dados alusivos a cada entrevistada.

Quadro 1: dados sociodemográficos das pacientes com DM1

Pacient e	Idad e	Cor / raç a	Escolaridad e	Profissão atividade remunerada	Estado civil	Antecedente s obstétricos	Comorbidade s	Idade do diagnóstic o
P1	28	I	ES	Professora/si m	UE	G4P2A2 2 cesáreas	Não	18
P2	27	B	EMC	Artesã/não	UE	G2P2Ao	Não	4
G1	34	P	EMI	Babá/ Não	S	G1P0	Depressão, ansiedade	13
G2	28	P	EFI	Do lar	UE	G4P0A3	Trombofilia	21
G3	20	P	EMC	Do lar	C	G1P0	Não	4
G4	22	B	EMC	Do lar	UE	G3P0A2	Não	14
P 3	24	B	ESI	Técnica enfermagem	S	G1P1	Arritmia	6
P 4	28	B	EMI	Estudante	UE	G4P4A0	Não	12

Legenda: B: branca; P: parda; I: indígena; EFC: ensino fundamental completo; EFI: ensino fundamental incompleto; EMC: ensino médio completo; EMI: ensino médio incompleto; ES: ensino superior; C: casada; S: solteira; U E: união estável.

As quatro gestantes e quatro puérperas, no momento da entrevista, apresentavam a média de idade de 26 anos. A maioria se declarou branca (n=4) ou parda (n=3); havia uma indígena. O nível de escolaridade era precário: apenas uma concluiu o ensino superior. Suas

profissões foram diversas: uma era professora, uma estudante, uma técnica de enfermagem, uma artesã, uma babá e três se definiram como “do lar”.

Dentre as gestantes, duas eram primigestas e duas sofreram perdas gestacionais anteriores. A maioria não tinha comorbidades; uma apresentava depressão e ansiedade, uma tinha trombofilia e outra apresentava arritmia cardíaca. A maioria recebera o diagnóstico de DM1 havia mais de 10 anos. Entre as complicações do DM1, duas referiram retinopatias e uma, alterações renais.

A técnica de análise de conteúdo permitiu identificar no material transcrito das entrevistas cinco categorias temáticas: 1) “vivências da gestação”; 2) “planejamento da gravidez”; 3) “apoio social”; 4) “cuidados da equipe de saúde” e 5) “modificação nas rotinas”.

Vivências da gestação

A categoria “vivências da gestação” agregou narrativas nas quais as mulheres expressaram suas experiências e sentimentos – negativos ou positivos – em relação ao DM1, a depender da paridade, em cotejo com gestações anteriores e com a gestação atual.

Dentre as vivências negativas, medo, preocupação e nervosismo foram referidos por sete das entrevistadas. O medo, em particular, expressou-se sob variados aspectos relacionados ao bem-estar fetal: medo de malformação, de sofrimento fetal, de parto prematuro, de perder o filho, entre outros. Maiormente, o medo foi influenciado pelas experiências das gestações anteriores: mulheres que passaram por situações desfavoráveis relataram mais apreensão na atual, como medo de abortamento ou de parto prematuro, consoante os testemunhos a seguir:

A médica colocou que eu posso comer, mas eu não vou comer tudo isso aqui, porque... aí ficava, aí dava hipoglicemia, aí ficava com fome, já com medo de acontecer alguma coisa com ele, medo também dele já vir com a diabetes, porque disseram que é possível [...] (P1).

[...] eu sempre quis ser mãe; meu sonho é ser mãe! E já tentei 2 vezes, perdi as duas, meu emocional ficou muito abalado, acho que pelo fato de eu querer ser tanto mãe.

E a terceira vez que eu descobri foi uma emoção muito grande [...] Medo de perder de novo, de passar por tudo que eu passei, o emocional vai lá de novo... (G4).

Porque eu acho que eu tenho esse trauma desde os abortos, sabe? De perder, não ter comigo, perder o filho (P1).

[...] eu fiquei com muito medo de passar por tudo de novo, ter que ficar internada [...] (P4).

Em mulheres com histórico de perda gestacional anterior, sentimentos de preocupação com a saúde do bebê e de receio de uma nova perda gestacional são comuns e trazem sensações de temor e insegurança que podem acompanhá-las durante toda a gravidez ¹².

Consoante achados da literatura, o presente estudo evidenciou que mulheres melhor informadas acerca das possíveis complicações obstétricas e de malformações fetais, embora tenham um maior repertório no autoconhecimento do processo saúde-doença, são mais preocupadas com os possíveis desfechos derivados do DM1, sobretudo em relação ao bebê. A ansiedade em relação à presença de malformações fetais é particularmente intensa nessas pacientes e perdura até que a ultrassonografia morfológica seja realizada, por volta da vigésima semana de gestação³.

[...] nessa neura de... ter alguma coisa faltando (no bebê). E se estivesse faltando, a culpa era minha. Porque eu que sou doente (P1).

A questão da saúde. Essa é a minha única preocupação, a saúde do bebê, sabe por quê? Eu sei que é uma gravidez de altíssimo risco para a criança, por conta do açúcar, pode causar algum problema, aí eu fiquei muito preocupada por conta disso (G3).

Eu fiquei muito nervosa porque, primeiro, eu sabia que meu controle não era bom e sabia que isso podia influenciar de alguma forma a gestação... Porque eu sei que podia influenciar de alguma forma no desenvolvimento do feto (P3).

Uma das entrevistadas manifestou o medo do crescimento fetal excessivo relacionado ao diabetes, como também evidenciado em um estudo com 23 mulheres com DM1, o qual mostrou que a gestação se caracterizou por uma preocupação permanente com o bebê, inclusive sobre o seu crescimento e sobre possíveis complicações maternas e neonatais relacionadas ao

parto. As autoras destacam que a forma como as informações são transmitidas pela equipe de saúde pode contribuir para o surgimento ou o aumento dessa preocupação ¹³.

[...] tinha medo também por conta do peso, porque eu sabia que a diabetes podia provocar que ele fosse gordinho ou antecipasse o parto também [...] (G4).

Outros estudos evidenciaram que gestantes com DM1 tendem a apresentar mais depressão, angústia e ansiedade do que mulheres sem a doença⁷, além de exibir uma responsabilidade exagerada para manter os níveis glicêmicos dentro da normalidade, o que pode lhes trazer uma sensação de escravização pela doença¹⁴. Essas mulheres podem apresentar, ainda, pânico e estresse em torno do monitoramento glicêmico, e se sentem culpadas na presença de hiperglicemia ou de uma malformação fetal^{3,15,16}.

Esse sentimento de culpa em relação ao controle glicêmico é evidenciado nas seguintes falas:

*Porque ou você se controla realmente, ou vai prejudicar o seu filho. [...] eu acredito que eu faço 100% quando estou grávida, assim, com a culpa de alguma coisa acontecer com ele, não é nem comigo. Tipo, eu não penso nem em mim (P1).
E eu acho que, assim, o medo de tudo isso que eu tiver, de acontecer algo de ruim, que eu sei que eu iria me culpar (P1).
Vamos dizer, um dia em que a diabetes não deu nem tão alta. Sim. Mas que aconteceu alguma coisa, foi por minha culpa, porque deu alta, mas não deu tão alta [...], mas a culpa foi minha, porque eu poderia ter me controlado pra dar 100%. Pra nunca escorregar um segundo (P1).*

Outra paciente demonstrou sentimento de culpa relacionada à malformação apresentada por seu bebê:

Culpa, eu me sentia culpada, porque eu não sei se eu não tivesse diabetes se seria tudo da mesma forma ..., mas eu tenho e eu sei que, quando eu engravidei, o meu controle não era bom, e eu sei que também no início que o feto está se formando é tudo muito importante ali aquela primeira frase, e aí eu meio que me senti culpada, porque se fosse diferente talvez não tivesse acontecido o que aconteceu (P3).

Ainda sobre vivências negativas, destaca-se que existem mulheres que exibem dificuldade em aceitar sua condição de diabética. As pacientes P3 e P4, por exemplo, quando indagadas sobre o acompanhamento com a endocrinologista fora da gravidez responderam:

*Não voltava para retornos porque eles sempre precisam de algo para poder me ajudar e eu nunca levava, que seria, por exemplo, as anotações da glicemia e eu tenho muita dificuldade com essa parte. Sempre tive, é uma coisa que eu não consigo fazer mesmo, não consigo. Às vezes já disseram que era teimosia, mas eu não consigo, eu choro na hora de verificar (P3).
[...] nunca controlava muito (a glicemia), até porque sou doída por doce, não consigo seguir a dieta (P4).*

Esses achados coincidem com os de certos autores que relatam que o DM pode representar um desafio contínuo para algumas pessoas que enfrentam sérias dificuldades em aceitar o diagnóstico e adaptar-se ao estilo de vida e às mudanças comportamentais exigidas para um controle glicêmico eficaz e a prevenção de complicações^{4,14,17}. A equipe médica deve estar atenta e apta a um cuidado centrado na pessoa, com estímulo à educação e ao desenvolvimento do autocuidado, com ênfase não apenas no controle da glicemia, mas também na qualidade de vida dos pacientes¹⁸.

As vivências positivas apontaram para a alegria e a tranquilidade diante da gestação, mesmo na presença do DM1.

Duas pacientes relataram uma experiência tranquila na gestação, uma em virtude do aprendizado que a primeira proporcionou; a outra, embasada na aceitação da doença, na informação e na consciência do próprio corpo.

Em relação à gestação, foi muito tranquilo. A primeira foi a que foi mais complicada, né? Porque foi aquele conhecimento, estava passando pela primeira vez, mas já essa segunda, não, graças a Deus, foi muito tranquila (P2).

Daí eu comecei a entender o que é diabetes, eu mesmo aplico, verifico e nesse tempo todinho eu não sou de estar passando mal. Em nenhum momento eu fui hospitalizada, mas eu entendo o que eu tenho, entendo que tem que fazer a dieta direitinho, o controle direitinho, então para mim é supertranquilo, graças a Deus [...]. Isso, porque assim a gente entendendo, a gente sabe lidar com o que a gente tem (G2).

Quando indagada acerca dos riscos de malformações fetais, P2 responde:

Eu sempre fiquei tranquila, porque eu não... Assim, eu não ficava colocando aquela coisa na cabeça, achando que poderia acontecer. Então, eu sempre me dei tranquila com aquilo (P2).

Estes resultados corroboram os de um estudo que evidenciou que mulheres que tiveram filhos saudáveis em gestações anteriores tornaram-se mais esperançosas em gestações seguintes. Ademais, gestantes que compreenderam e aceitaram sua condição, adaptando-se às rotinas especiais demandadas pela gravidez com diabetes, ou seja, que exibiram autoconhecimento, aceitação da doença e proporcionaram a melhor gestão da vida cotidiana, tenderam a apresentar maior sensação de bem-estar e de domínio sobre a doença, ao contrário do sentimento de escravização relatado por outras mulheres ¹⁴.

Planejamento da gravidez

O planejamento da gravidez em pacientes diabéticas é fundamental para que se alcance um controle glicêmico otimizado, reduzindo, assim, o índice de malformações fetais relacionadas à hiperglicemia no momento da organogênese fetal¹⁹. O presente estudo, entretanto, evidenciou que o planejamento pré-concepcional não esteve presente rotineiramente, visto que, das oito pacientes entrevistadas, apenas uma, a G3, relatou que planejava a gravidez. Essa, entretanto, descobriu a gravidez apenas aos três meses. A paciente P2, por sua vez, relatou que planejava a gravidez, porém ficou surpresa ao descobrir que estava grávida.

Já a paciente G1 demonstrou total falta de planejamento para engravidar e, diante do diagnóstico de uma malformação de seu bebê, mostrou-se totalmente despreparada e desinformada.

Fiquei nervosa na hora, fiquei sem saber nem o que fazer! (G1).

[...] eu pensei que ia ser normal. Não sabia que ia atingir o bebê de uma forma... (G1).

A paciente P4 também relatou que não planejou a gravidez, embora não estivesse fazendo uso de contraceptivos, e relatou ter sido surpreendida com uma malformação cardíaca

no feto. Referiu também desconhecimento sobre a possibilidade de malformações fetais devido ao controle inadequado.

Foi uma gravidez que eu não esperava, né? Mas também eu não tomava nenhum remédio pra evitar. Aí foi bem complicada porque eu fiz a ultrassom, aí viu que o bebê tinha um problema no coração. Aí eu fiquei bem aperreada [...] sabia que podia nascer gordinho, mas de malformação não sabia não (P4).

Esses achados coincidem com uma pesquisa conduzida na China, que destacou a falta de informações das pacientes estudadas e a necessidade de uma educação pré-concepcional, que deve ser realizada na idade em que elas se casam, por volta dos 20 anos, e necessita contemplar temas como impacto do diabetes na gestação e na saúde mental, além de orientações sobre o gerenciamento da glicemia¹⁹. Os profissionais que atendem pacientes com DCNT, como o DM 1, devem questioná-las rotineiramente sobre sua intenção de engravidar e orientá-las sobre como evitar uma gravidez não planejada e como melhorar sua saúde no momento da concepção, visando à obtenção de melhores resultados da gestação²⁰. As pacientes G2 e P3 também foram surpreendidas com a gravidez, embora a última tenha demonstrado consciência sobre o risco de engravidar sem o controle glicêmico:

Não foi uma coisa planejada, porque como eu estava investigando o motivo dos abortamentos, então para mim a reação foi assim, quando eu soube eu comecei a chorar no intuito de que eu não iria sustentar novamente, que eu iria perder novamente [...] (G2).

Eu tomava anticoncepcional, Selene, mas por algum motivo, eu não sei qual, acabou não dando certo. Não foi nada planejado (...) eu fiquei muito nervosa porque, primeiro, eu sabia que meu controle não era bom e sabia que isso podia influenciar de alguma forma a gestação (P3).

Um dado que merece destaque é que três mulheres (G1, P3 e P4) descobriram malformações fetais, possivelmente relacionadas ao diabetes, o que reforça que o cuidado e o aconselhamento pré-concepcional devem ser incorporados à rotina de assistência à mulher diabética desde a puberdade, mantendo-se por toda a fase reprodutiva. O planejamento familiar deve ser discutido, e a contracepção incentivada até a otimização dos níveis glicêmicos, idealmente com o mote de manter a hemoglobina glicada menor que 6,5%. Devem-se

empreender esforços para a educação dessas pacientes em quesitos como nutrição, controle do diabetes e rastreio de comorbidades e complicações da doença²¹. O aconselhamento pré-concepcional, entretanto, deve ser cuidadoso e individualizado, evitando informações alarmistas, que podem afetar o bem-estar psíquico das pacientes²².

Uma metanálise de 36 estudos conduzida para avaliar a eficácia e segurança do cuidado pré-concepcional em melhorar os resultados maternos e perinatais mostrou sua efetividade em diminuir os índices de malformações fetais e de parto pré-termo. O aumento de risco de malformações congênitas, nove vezes mais alto em gestantes com DM1, pode ser reduzido com o planejamento pré-concepcional, que alia educação acerca da interação entre diabetes e gestação, planejamento familiar combinado com a capacitação das mulheres para realizarem seu manejo glicêmico, além da suplementação de ácido fólico, mudanças do estilo de vida e assistência médica multidisciplinar²³.

Apoio social

Diante dos desafios impostos pelo diabetes na gestação, principalmente em relação ao manejo glicêmico mais difícil e ao risco de piores desfechos, o apoio social é fundamental para essas mulheres.

A maioria das entrevistadas contou com o apoio dos familiares e sobretudo dos parceiros, o que sugeriu diminuir o fardo da doença e da vigilância glicêmica constante. Quando haviam experienciado situações desfavoráveis em gestações anteriores, os familiares demonstravam receio de novas complicações, como observado nos relatos:

Era por conta da glicemia, que ficava muito descompensada. Pelo que eu passei na primeira, né? Ficou todo mundo preocupado... (P2).

A minha família ficou feliz, mas meus pais ficam bem preocupados porque eu sou diabética e eles tinham medo de encadear outras coisas, como pressão alta, eu passar mal [...] (G4).

Outra paciente relata que, devido a suas duas perdas gestacionais anteriores, seu marido ficou muito tenso ao descobrir a nova gestação:

Medo, medo também por conta das outras também, das outras situações, foi o mais que ficou com medo, tenso, de acontecer novamente. Colocava a mão de Deus e seguia em frente (G2).

Para o controle do DM1, o apoio de familiares próximos é fundamental. Como afirmou G2, seu marido a auxiliou no monitoramento e reconhecimento dos sinais de hipoglicemia, contribuindo efetivamente para contornar as intercorrências:

[...] como meu marido já está por dentro do assunto, ele já sabe como, se eu estiver com hipoglicemia ele já conhece, ele já vai dar aquela garapinha bem docinha, aí tranquilo (G2).

Esses achados coadunam-se com o de outro estudo que evidenciou que a mãe e o parceiro da mulher com DM 1 geralmente são as pessoas mais envolvidas e exercem um papel primordial, inclusive na ajuda do manejo glicêmico e no contato com a equipe de saúde. Diante disso, a experiência de estar grávida com diabetes pode ser estressante também para os familiares envolvidos²⁴.

Contudo, o suporte familiar, apesar da sua importância, é lacunoso para certas mulheres. A paciente G1 não recebeu apoio do parceiro ou dos familiares, o que lhe causou sofrimento e desencadeou uma recaída da depressão.

Eu estava percebendo uma frieza, que não estava nem aí, não estava me apoiando. Depois, quando eu adoeci, que veio a depressão, o pai do meu filho me deixou. Foi porque piorou também, eu achei que piorou mais ainda foi por conta disso (G1).

Uma revisão evidenciou que o apoio de familiares, sobretudo do marido, é essencial para as mulheres com DM1 durante a jornada da gestação⁷, podendo determinar benefícios emocionais ou comportamentais, seja através de informações ou de recursos materiais. De outro modo, sua ausência pode acarretar sentimentos negativos como desamparo, solidão ou impressão de abandono e pode deixá-las desmotivadas para o tratamento²⁵.

Quanto ao apoio de outras pessoas, familiares ou não, duas mulheres expressaram que ouviram conselhos condenando a gravidez.

Algumas pessoas não aprovaram muito, sabe? Da minha família, ficaram contra porque sabe do risco que a diabetes pode causar, tanto a mim, quanto à criança, mas a minha mãe e a maioria assim, está me apoiando, me dando forças [...] falaram é... que eu vou morrer no parto, entre outras coisas assim, aí ficam botando isso na minha cabeça, mas eu estou tranquila sobre isso, sabe? Eu sei que eu estou em boas mãos (G3).

[...] que eu não podia engravidar porque eu era diabética, que se eu engravidasse eu iria morrer, ficar cega (G4).

Esses dados confirmam os de um trabalho que apontou que familiares e amigos podem fornecer informações erradas às gestantes, causando-lhes medo. Para evitar sentimentos negativos, os autores orientam a busca por informações junto aos profissionais de saúde²⁵.

Cuidados da equipe de saúde

As pacientes fizeram pré-natal compartilhado nas UBS e em serviços de alto risco. Todas manifestaram satisfação em relação ao cuidado prestado pela equipe de saúde, relatando acolhimento, cuidado e segurança.

Uma paciente demonstrou satisfação com o atendimento por parte da profissional médica, reforçando a importância do cuidado integral em substituição de uma atenção focada apenas em aspectos biomédicos.

A médica tinha mais o cuidado de me informar as coisas, de conversar [...] quando ela entrava, ela dava, assim, esclarecia tudo, perguntava se eu tinha dúvida e tudo. [...] Porque a outra (médica) era muito direta. Tinha, assim, a consulta era bem rápida. Eu entrava, ela só dizia, tipo, se o acompanhamento, se as glicoses estavam boas ou não. Quais os exames pra fazer e o dia de retorno. Mas não tinha o cuidado, assim, de dizer: você pode passar por isso. quem tem diabetes, é DM tipo 1 igual você, tem mais chance de desenvolver isso. Isso, sabe? Não tinha essa conversa (P1).

Esse relato ratifica os resultados de um estudo que mostra que as mulheres com DM1 ficam extremamente incomodadas quando os profissionais de saúde se preocupam mais com o DM e com os níveis glicêmicos do que com elas e suas gestações e reivindicam um cuidado

integral, centrado em sua pessoa; ademais, requerem um reconhecimento, por parte dos profissionais, de seus esforços e da sua *expertise* em gerenciar a doença²⁶.

Apenas uma das oito pacientes reforçou a importância da educação fornecida pela equipe de saúde, promovendo a capacitação para lidar com a doença de forma adequada, assim como evidenciado em um estudo realizado no Reino Unido¹⁷.

Os profissionais que me acompanham me fizeram entender o que é a diabetes, como lidar com ela, então, a partir do momento que eu entendi o que eu tenho, ficou mais fácil. Eu sempre digo que a gente tem que entender o que a gente tem em nosso corpo. Foi o que eu fiz e isso torna leve para seguir em frente (G2).

Estudos mostram que a relação com a equipe de saúde é de singular importância para que as mulheres com DM 1 enfrentem os desafios da gestação, sendo importante para diminuir o medo e a ansiedade, além de ajudar a aliviar a sobrecarga imposta pelo controle glicêmico rigoroso. Há necessidade de acolhimento e cuidado centrado na pessoa, com atenção aos seus aspectos psicossociais^{15,16,27}.

Uma paciente, porém, relatou insegurança com a equipe de saúde, reivindicando um cuidado especializado, assim como evidenciado em um trabalho realizado com pacientes na área rural da Austrália²⁸.

Eu me sinto bem, mas um pouco insegura, porque eu entendo que não é todo médico que sabe lidar de verdade, sabe? Porque é muito difícil a absorção da insulina no meu corpo e acho que todo mundo que é diabético tipo 1 tem essa dificuldade (G3).

Considerando a complexidade do controle glicêmico em gestantes com DM1 e as significativas variações nos níveis de glicose, além do aumento do risco de eventos adversos, é fundamental contar com o suporte de uma equipe multidisciplinar e especializada. Essa equipe deve atuar em colaboração e de forma integrada com a gestante, capacitando-a e fornecendo apoio, a fim de alcançar resultados mais satisfatórios²⁹.

Modificações na rotina

A gestação impõe às mulheres com DM1 um controle glicêmico mais rigoroso, no intuito de prevenir complicações. Ademais, a influência dos hormônios contrainsulínicos produzidos durante a gravidez torna o manejo dos níveis de glicemia ainda mais difíceis, trazendo impacto na qualidade de vida dessas mulheres¹⁴, o que é evidenciado nas seguintes falas:

O controle é muito difícil. É muito difícil, porque ou ela (a glicemia) vai dar fora ou ela vai baixar muito. É assim, pra ela ficar na linha que a gente quer, é muita luta. Muita luta mesmo (P1).

[...] antes da gravidez era mais tranquilo dominar ela (a glicemia), aquela dosagem, com a gravidez eu senti que ela aumentou, manter naquele nível bom antes e depois das refeições é um pouco difícil, eu percebi (G2).

Antigamente, eu fazia duas vezes por dia. Agora são seis, e se estiver muito alta, mais vezes, sabe? No caso, chega a ser oito, nove vezes por dia. Assim, é doloroso, porque dói, porque tem que furar o dedo, mas eu me sinto bem, porque eu sinto que agora vai controlar e vai tudo certo. Tem aquela sensação de alívio (G3).

Diante do contexto adverso, as pacientes envidam esforços para alcançar as metas glicêmicas, sobretudo na modificação da rotina, pensando, principalmente, no bem-estar fetal, como mostram os relatos de três pacientes:

Acho que a alimentação está mais saudável agora, estou atribuindo mais legumes, frutas, essas coisas. Comia, mas não tinha aquela coisa de compromisso, de comer bem, sabe? Acho que os hábitos alimentares, questão sentimental também, que antigamente eu não me importava muito de estar estressada, sabe? E hoje em dia eu acho que o estresse desregula também. Estou me segurando mais, não vou me estressar com isso, vou deixar para lá (G3).

[...] eu faço 100% quando estou grávida, assim, com a culpa de alguma coisa acontecer com ele, não é nem comigo. Tipo, eu não penso nem em mim (P1).

E a alimentação, estou comendo mais saudável agora, mais fruta, mais salada (G4).

A gestação e a maternidade geralmente representam um período em que as mulheres se sentem mais motivadas a instituírem mudanças em sua rotina, visando à sua saúde e à saúde do bebê¹. Ainda, a consciência da fragilidade da vida e a responsabilidade por outro ser permitem que as mulheres redefinam suas prioridades e passem a buscar mais saúde e qualidade de vida, evitando complicações e diminuindo o risco de morte prematura³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação impõe severos desafios às mulheres com DM1, como manejo glicêmico rigoroso, instabilidade dos níveis da glicemia e maior risco de desfechos adversos, como malformações ou morte fetal ou neonatal. Esses fatores podem afetar sobremaneira sua qualidade de vida, causando-lhes sentimentos de medo, culpa, ansiedade e responsabilidade exacerbada.

O apoio social, principalmente dos parceiros e da mãe dessas pacientes, é de fundamental relevância na superação dos obstáculos advindos da associação entre gestação e DM1.

A equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos psicossociais das gestantes com DM1, com vistas a melhorar a assistência e promover um cuidado integral. Ademais, deve atentar para o planejamento pré-concepcional, etapa de suma importância no cuidado de mulheres diabéticas, o qual, entretanto, mostrou-se deficiente no presente estudo.

Como limitação deste estudo, destacamos a amostra pequena; os achados, porém, corroboram os achados de outras pesquisas e destacam a necessidade de ampliar o cuidado para gestantes com DM1, de forma a permitir um cuidado integral, focado em aspectos biomédicos e psicossociais. Mais estudos sobre o tema são necessários para expandir a compreensão sobre esse universo de mulheres.

Faz-se necessário desenvolver estratégias que permitam garantir a segurança de gestantes com DM1, através de educação e cuidado psicossocial, sem perder o foco na gravidez, melhorando, assim, a experiência dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Rasmussen B, Nankervis A, Skouteris H, McNamara C, Nagle C, Steele C, Bruce L, Holton S, Wynter, K. Psychosocial wellbeing among new mothers with diabetes: Exploratory analysis of the postnatal wellbeing in transition questionnaire. *Sex Reprod Healthc* 2019; 22:1-6.

2. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery* 2010;26(3):357-66.
3. Berg M, Honkasalo ML. Pregnancy and diabetes-a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21(1):39-48.
4. Rasmussen B, O'Connell B, Dunning P, Cox H. Young women with type 1 diabetes' management of turning points and transitions. *Qual Health Res* 2007;17(3):300-310.
5. Singh H, Murphy HR, Hendrieckx C, Lee R, Speight J. The Challenges and Future Considerations Regarding Pregnancy-Related Outcomes in Women with Pre-Existing Diabetes. *Curr Diab Rep* 2013;(13):869-76.
6. Rodrigues IP, Pinheiro PN, Lima FET, Rebouças C, Carvalho ARFA. Avaliação da qualidade de vida de adolescentes gestantes: uma revisão de escopo. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2024 Ago [acessado em 2024 Nov 02]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-qualidade-de-vida-de-adolescentes-gestantes-uma-revisao-de-escopo/19346>
7. Rasmussen B, Hendrieckx C, Clarke B, Botti M, Dunning T, Jenkins A, Speight J. Psychosocial issues of women with type 1 diabetes transitioning to motherhood: a structured literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(218):1-10.
8. Melo JPG, Santos BNS, Amorim T, Araújo FG, Matozinhos FP, Felisbino-Mendes MS. Qualidade do cuidado pré-natal e parto no Brasil: comparação entre a pesquisa nacional de saúde de 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2024 Set [acessado em 2024 Nov 02]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/qualidade-do-cuidado-prenatal-e-parto-no-brasil-comparacao-entre-a-pesquisa-nacional-de-saude-de-2013-e-2019/19380>
9. Bonan C, Menezes G, Almeida MCC, Fonseca VM, Rodrigues AP, Reis AP, McCallum, C, Duarte, NIG, Gomes Junior, SCS. Direitos frágeis e desigualdades aprofundadas: atenção à saúde de mulheres gestantes e puérperas na crise sócio sanitária da Covid-19. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2024 Jul [acessado em 2024 Out 26]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/direitos-frageis-e-desigualdades-aprofundadas-atencao-a-saude-de-mulheres-gestantes-e-puerperas-na-crise-socio-sanitaria-da-covid19/19309>.
10. Alves L de FPA, Maia MM, Araújo MFM, Damasceno MMC, Freitas RWJF. Desenvolvimento e validação de uma tecnologia MHEALTH para a promoção do autocuidado de adolescentes com diabetes. *Cien Saude Colet* 2021;26(5):1691-1700.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 3ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
12. Sousa TBE, Lins ACAA. Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 2020;15(2):1-15.
13. Berg M, Sparud-Lundin C. Experiences of professional support during pregnancy and childbirth-a qualitative study of women with type 1 diabetes. *BMC Pregnancy Childbirth* [periódico na Internet]. 2009 [acessado em 2024 julho 26];9(27). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/27>.
14. Berg M. Pregnancy and Diabetes: How Women Handle the Challenges. *J Perinat Educ* 2005;14(3):23-32.
15. Toledo-Chavarri MPH A, Delgado JR, Rodríguez-Martín BR, Delgado J. Perspectives of women living with type 1 diabetes regarding preconception and antenatal care: A

- qualitative evidence synthesis. *Health Expectations* [periódico na Internet]. 2023 set [acessado 2024 janeiro 21]; Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13876>
16. 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.
 17. Woolley M, Jones C, Davies J, Rao U, Ewins D, Nair S, Joseph F. Type 1 diabetes and pregnancy: A phenomenological study of women’s first experiences *Practical Diabetes* 2015;32(1):13-8.
 18. Rodrigues GMB, Malerbi FEK, Pecoli PFG, Forti AC, Bertoluci M. Aspectos psicossociais do diabetes tipos 1 e 2. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2023.
 19. Luo S, Yan J, Yang D, Xiong S, Wang C, Guo Y. Current practice, attitude and views of providing pregnancy care for women with type 1 diabetes in China: a qualitative study. *Journal of Diabetes* 2022; 14:5-14.
 20. Hammarberg K, Stocker R, Romero L, Fisher J. Pregnancy planning health information and service needs of women with chronic non-communicable conditions: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22:1-22.
 21. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2023 Abridged for Primary Care Providers. *Diabetes Journal* 2023;41(1):4-31.
 22. Griffiths F, Lowe P, Boardman F, Ayre C. Becoming pregnant: exploring the perspectives of women living with diabetes. *Br J Gen Pract* 2008;184-92.
 23. Wahabi HA, Fayed Id A, Esmaeil S, Elmorshedy H, Titi MA, Amer YS, Alzeidan RA, Alodhayani, AA, Saeed E, Khawater KH, Bahkali, Kahili-Heede MK, Jamal A, Sabr Y. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pre-pregnancy care for women with diabetes for improving maternal and perinatal outcomes. *PLoS ONE* 2020 [periódico na internet]. 2020 ago [acesso 2023 setembro 6]; Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237571>
 24. Letherby G, Stephen N, Stenhouse E. Pregnant women with pre-existing diabetes: family support in managing the pregnancy process. *Hum Fertil* 2012;15(4):200-4.
 25. Machado RCM, Baião MR, Saunders C, Santos K dos, Santos MMA de S. A gestante e o processo de viver com diabetes mellitus. *Cad Saude Colet* 2022; 29:595-603.
 26. Stenhouse E, Letherby G, Stephen N. Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services. *Midwifery*. 2013;29(2):148-53.
 27. Dahlberg H, Berg M. The lived experiences of healthcare during pregnancy, birth, and three months after in women with type 1 diabetes mellitus. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2020; 15:1-12.
 28. King R, Wellard S. Juggling type 1 diabetes and pregnancy in rural Australia. *Midwifery*. abril de 2009;25(2):126-33.
 29. Teixeira FCNR, Sousa ESS, Munõz RL de S, Oliveira RB, Neves VNS. Experiências, sentimentos e o papel do cuidado integral em gestantes com diabetes tipo 1:uma revisão integrativa da literatura. *Boletim de Conjuntura (BOCA)* 2024;19(57):125-44.
 30. Carlsson IM, Berg M, Adolfsson A, Sparud-Lundin C. Reprioritizing life: a conceptual model of how women with type 1 diabetes deal with main concerns in early motherhood. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2017; 12:1-9.

CAPÍTULO 4

Considerações finais

Os resultados alcançados com esta dissertação de mestrado indicam que a gestação representa uma fase especial para a grande maioria das mulheres. Para as que têm o diagnóstico de DM1, entretanto, esse período pode se revelar extremamente desafiador.

Diante da possibilidade de tantos resultados desfavoráveis da gestação, como maior risco de perdas gestacionais, morte fetal ou neonatal, prematuridade, malformações congênitas, além da necessidade de um maior rigor no controle da glicemia e variações mais frequentes dos níveis de glicose no sangue, essas mulheres podem apresentar sentimentos negativos como ansiedade, culpa, senso de responsabilidade exagerada e medo, o que pode afetar sobremaneira sua qualidade de vida.

Ademais, sua rotina é modificada: além da maior necessidade de aferições da glicemia diariamente – processo que para algumas se mostrou extremamente doloroso – e de consultas médicas e exames, há a possibilidade de internações hospitalares, muitas vezes demoradas e que lhes tiram a autonomia, separando-as do lar, da família e do trabalho.

Neste contexto, o apoio social, principalmente por parte do parceiro e da mãe, desempenha um papel de extrema relevância para transpor os desafios advindos da associação da gestação com o diabetes.

O suporte da equipe de saúde também apresenta uma importância crucial no cuidado às mulheres com DM1. Esse suporte deve incluir educação sobre a doença, abrangendo o planejamento pré-concepcional, suas complicações, inclusive na gestação, e seu manejo. Através da educação e estimulando o autocuidado dessas mulheres, os profissionais de saúde podem torná-las protagonistas de sua condição, o que tornará sua jornada durante a gestação mais amena. O cuidado não deve se ater apenas a parâmetros biomédicos, mas também deve incluir uma preocupação com seus sentimentos e expectativas.

Os resultados obtidos com o trabalho de campo confirmam os achados da literatura, no que diz respeito aos sentimentos habitualmente expressados por essas mulheres, sendo frequentes nos relatos o medo, a culpa e o excesso de responsabilidade. Em contrapartida, poucas mulheres demonstraram tranquilidade para contornar os obstáculos, embasadas principalmente na educação sobre a doença e no autoconhecimento. Outrossim, o apoio social também se mostrou fundamental para as mulheres entrevistadas.

Um ponto que merece destaque no trabalho de campo refere-se ao planejamento pré-concepcional, um passo essencial, que deve fazer parte da rotina de cuidado da mulher com DM 1. Entretanto, o planejamento pré-concepcional mostrou-se deficiente na população estudada, estando sua ausência possivelmente implicada nas malformações fetais exibidas por três pacientes da amostra, o que aponta para a importância de novos estudos, capazes de subsidiar as instâncias decisórias do cuidado a gestantes e puérperas diabéticas

Como limitações da pesquisa, destacamos a amostra pequena. O estudo, porém, tem importância ao procurar preencher uma lacuna da literatura existente: a de estudar uma população específica, a de mulheres com DM1, sob uma perspectiva subjetivista, buscando compreender os aspectos psicossociais dessas mulheres.

Nossos resultados apontam para a necessidade de um cuidado integral de mulheres com DM1, centrado na pessoa, com atenção especial aos seus aspectos psicossociais, que deve começar desde a adolescência e manter-se durante toda a vida.

Espera-se que os resultados deste trabalho possam subsidiar o desenvolvimento de estratégias de atenção e gestão do cuidado a mulheres com DM1, ajudando a melhorar suas experiências durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

- ABELL, S. K. *et al.* Contemporary type 1 diabetes pregnancy outcomes: Impact of obesity and glycaemic control. **Medical Journal of Australia**, [s. l.], v. 205, n. 4, p. 162-167, 15 ago. 2016. DOI: 10.5694/mja16.00443. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja16.00443>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes-2024. **Diabetes Care**, [s. l.] v. 47, n. 1, p. S282-S294, jan. 2024. DOI: 10.2337/dc24-S015. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S282/153948/15-Management-of-Diabetes-in-Pregnancy-Standards. Acesso em: 10 nov. 2024.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Management of diabetes in pregnancy: Standards of medical care in diabetes-2021. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. S200-S210, 1 jan. 2021. DOI: 10.2337/dc21-S014. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/44/Supplement_1/S200/30761/14-Management-of-Diabetes-in-Pregnancy-Standards. Acesso em: 10 nov. 2024.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Care in Diabetes—2023 Abridged for Primary Care Providers. **Clinical Diabetes**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 4-31, 2023. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/clinical/article/41/1/4/148029/Standards-of-Care-in-Diabetes-2023-Abridged-for>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.
- BERG, M.; HONKASALO, M. L. Pregnancy and diabetes-a hermeneutic phenomenological study of women's experiences Pregnancy and diabetes-a. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 39-48, 2000. DOI: 10.3109/01674820009075607. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674820009075607>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BERG, M.; SPARUD-LUNDIN, C. Experiences of professional support during pregnancy and childbirth-a qualitative study of women with type 1 diabetes. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 9, n. 27, 2009.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação em Saúde: práticas e princípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cuidados-obstetricos-em-diabetes-mellitus-gestacional-no-brasil/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20so%20bre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art. Acesso em: 10 nov. 2024.

CATALANO, Patrick M. *et al.* The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome study: Associations of GDM and obesity with pregnancy outcomes. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 780-786, abr. 2012. DOI: 10.2337/dc11-1790. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/35/4/780/38326/The-Hyperglycemia-and-Adverse-Pregnancy-Outcome>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CAVALCANTE, Livia Teixeira Canuto; OLIVEIRA, Adélia Augusta Souto de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-102, abr. 2020. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2024.

CHEN, Letao *et al.* Risk of congenital heart defects in offspring exposed to maternal diabetes mellitus: an updated systematic review and meta-analysis. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 300, n. 6, p. 1491-1506, nov. 2019.

CHIEFARI, E. *et al.* Gestational diabetes mellitus: an updated overview. **J Endocrinol Invest**, [s. l.], v. 40, n. 9, p. 899-909, 2017.

COBAS, R. *et al.* Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [S. l.: s. n.], 2022.

COELHO, Ana Célia Rodrigues *et al.* Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. e31020095, 2023. DOI: 10.1590/1414-462X202331020095. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/xzLkqGLsQqhY8VpV4dxRbCh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004. DOI: 10.1590/S0104-12902004000300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tqyTrtBBBdLdYmLpXYnFX7d/#>. Acesso em: 10 nov. 2024.

COSTA, Jéssica Luciano da *et al.* Experiências e estratégias de pessoas com doença falciforme no Distrito Federal: a ruptura biográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. e11782023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024293.11782023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sz9WR3DLRzRPx8VWK5hFppb/#>. Acesso em: 10 nov. 2024.

DAHLBERG, Helena; BERG, Marie. The lived experiences of healthcare during pregnancy, birth, and three months after in women with type 1 diabetes mellitus. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 1698496, 2020. DOI: 10.1080/17482631.2019.1698496. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2019.1698496#d1e218>. Acesso em: 10 nov. 2024.

EARLE, Sarah *et al.* Pre-conception care for women with type 1 or type 2 diabetes mellitus: A mixed-methods study exploring uptake of preconception care. **Health Technology Assessment**, [s. l.], v. 21, n. 14, 2017. DOI: 10.3310/hta21140. Disponível em: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta21140#/abstract>. Acesso em: 10 nov. 2024.

FEIG, Denise S. *et al.* Continuous glucose monitoring in pregnant women with type 1 diabetes (CONCEPTT): a multicentre international randomised controlled trial. **The Lancet**, [s. l.], v. 390, n. 10110, p. 2347-2359, 2017.

GAZZOLA, J. M. A preocupação materna primária e o cuidado suficientemente bom em Donald Winnicott. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 19, n. 1, p. 89-97, 2020

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57–63, mar.-abr. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/wf9CgwXVjpLFVgpnNkCgnc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

HAMMARBERG, Karin *et al.* Pregnancy planning health information and service needs of women with chronic non-communicable conditions: a systematic review and narrative synthesis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Melbourne, v. 22, n. 236, p. 1-22, 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-04498-1. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04498-1>. Acesso em: 10 nov. 2024.

HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes: Study Cooperative Research Group). The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO) Study. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 78, n. 1, p. 69-77, 2002.

HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes: Study Cooperative Research Group). Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: Associations with Neonatal Anthropometrics. **Diabetes**, [s. l.], v. 58, n. 2, p. 453-459, fev. 2009. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/diabetes/article/58/2/453/14931/Hyperglycemia-and-Adverse-Pregnancy-Outcome-HAPO>. Acesso em: 10 nov. 2024.

IDF (International Diabetes Federation). **IDF Diabetes Atlas**. 10. ed. [s. l.: s. n.], 2021.

IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups). CONSENSUS PANEL. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 676-682, 2010. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/33/3/676/38903/International-Association-of-Diabetes-and>. Acesso em: 10 nov. 2024.

JENSEN, Dorte M. *et al.* Peri-conceptional A1C and risk of serious adverse pregnancy outcome in 933 women with type 1 diabetes. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 32, n. 6, p. 1046-1048, jun. 2009. DOI: 10.2337/dc08-2061. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/32/6/1046/28054/Peri-Conceptional-A1C-and-Risk-of-Serious-Adverse>. Acesso em: 10 nov. 2024.

JUNG, Carl Gustav. Obras Completas. Volume VII. **Estudos Sobre a Psicologia Analítica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

KITZMILLER, John L. *et al.* Managing Preexisting Diabetes for Pregnancy: Summary of evidence and consensus recommendations for care. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 1060-1079, maio 2008. DOI: 10.2337/dc08-9020. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/31/5/1060/29842/Managing-Preexisting-Diabetes-for-PregnancySummary>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LAVENDER, Tina *et al.* Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes. **Midwifery**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 589-595, dez. 2010. DOI: 10.1016/j.midw.2009.01.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613809000060?via%3Dihub>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LEITE, Mirlane Gondim *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan.-mar. 2014. DOI: 10.1590/1413-7372189590011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/NYr55pvwCyswPWh9Xh8NNWS/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LUO, S. *et al.* Pregnancy outcomes in women with type 1 diabetes in China during 2004 to 2014: A retrospective study (the CARNATION Study). **Journal of Diabetes**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 5-14, 2022a. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9060029/pdf/JDB-14-5.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.

LUO, S. *et al.* Current practice, attitude and views of providing pregnancy care for women with type 1 diabetes in China: a qualitative study. **BMJ Open**, [s. l.], v. 12, n. 11, p. e61657, 2022b. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-061657. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/11/e061657.full.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MACHADO-BECKER, Renata; HEIDEMANN, Ivonete T. S. B.; KUNTZ-DURAND, Michelle. Promoção da saúde e atenção primária no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível. **Revista de Salud Publica**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 41-47, 2020. DOI: 10.15446/rsap. V22n1.79305. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2020.v22n1/41-47/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MADURO, C. *et al.* Pregestational diabetes and congenital heart defects. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.44, n. 10, p. 953-961, 2022.

MALAZA, Nompumelelo *et al.* A Systematic Review to Compare Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Pregestational Diabetes and Gestational Diabetes. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 17, p. 10846, 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalence of diabetes mellitus as determined by glycated hemoglobin in the Brazilian adult population, National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 22, n. 2, 2019.

MARCOLINO, T. Q.; GUEDES, M. L. A gestação na perspectiva da psicanálise winnicottiana: um estudo sobre as experiências emocionais maternas no período gestacional. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 26-36, 2021.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco, 2009. p. 43-68.

MCGRATH, Meaghan; CHRISLER, Joan C. A Lot of hard work, but doable: Pregnancy experiences of women with type-1 diabetes. **Health Care for Women International**, [s. l.], v. 38, n. 6, p. 571-592, 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MINAYO, M. C. de S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014194.18912013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DgfNdVrZzZbN7rKTSQ8v4qR/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004. DOI: 10.1590/S0104-12902004000300006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RVqT6nk8tM8q3rLf5FSfGKN/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

NUNES, Maria Brena Lopes *et al.* Sentimentos da mulher frente a gestação de alto risco. **Enfermeria Actual en Costa Rica**, San José, n. 46, p. 58441, 2024. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682024000100001. Acesso em: 10 nov. 2024.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Ministério da saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: OPAS; OMS, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34278/9788579671180-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 nov. 2024.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, [s. l.], v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>. Acesso em: 10 nov. 2024.

PAIVA, Adriana Borges de; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; HILLESHEIM, Mara Cristina Piolla. Análise de conteúdo: uma técnica de pesquisa qualitativa. **Revista Prisma**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 16-33, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/40/31>. Acesso em: 10 nov 2024.

PLOWS, Jasmine F. *et al.* The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. **International Journal of Molecular Sciences**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 3342, 2018. DOI: 10.3390/ijms19113342. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1422-0067/19/11/3342>. Acesso em: 10 nov. 2024.

RASMUSSEN, Bodil *et al.* Psychosocial issues of women with type 1 diabetes transitioning to motherhood: a structured literature review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 13, n. 218, 2013. DOI: 10.1186/1471-2393-13-218. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-218>. Acesso em: 10 nov. 2024.

RICHMOND, Jennefer. Coping with diabetes through pregnancy. **British Journal of Midwifery**, [s. l.], v. 17, n. 2, 2009.

RINGHOLM, Lene *et al.* Managing type 1 diabetes mellitus in pregnancy - From planning to breastfeeding. **Nature Reviews Endocrinology**, [s. l.], v. 8, n. 11, p. 659-667, 2012. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrendo.2012.154>. Acesso em: 10 nov. 2024.

ROCHA, Luana Laura *et al.* Percepção dos residentes de favelas brasileiras sobre o ambiente alimentar: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. e00128423, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT128423. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/94f4Yc9vndFGkcvZdXzpytD/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

RODAK, Melanie *et al.* Classificação do diabetes. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SAEEDI, Maryam *et al.* Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus when implementing the IADPSG criteria: A systematic review and meta-analysis. **Diabetes Research and Clinical Practice**, [s. l.], v. 172, p. 108642, fev. 2021. Disponível em: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(20\)30899-8/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(20)30899-8/fulltext). Acesso em: 10 nov. 2024.

SCHMIDT, M. I. *et al.* High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia-The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Diabetol Metab Syndr**, [s. l.], v. 6, n. 123, 2014. DOI: 10.1186/1758-5996-6-123. Disponível em: <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1758-5996-6-123>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SMOLKA, A. L. B. O conceito de vivência (perezhivanie) na obra de L.S. Vygotsky: implicações para a formação humana. **Cadernos CEDES**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 8-28, 2000.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.

STENHOUSE, Elizabeth; LETHERBY, Gayle; STEPHEN, Nicole. Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services. **Midwifery**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 148-153, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613811002130?via%3Dihub>. Acesso em: 10 nov. 2024.

STERN, Cindy; JORDAN, Zoe; MCARTHUR, Alexa. Developing the review question and inclusion criteria. **American Journal of Nursing**, [s. l.], v. 114, n. 4, p. 53-56, 2014. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2014/04000/developing_the_review_question_and_inclusion.30.aspx. Acesso em: 10 nov. 2024.

TEMPLE, Rosemary *et al.* Association between outcome of pregnancy and glycaemic control in early pregnancy in type 1 diabetes: population based study. **BMJ**, [s. l.], v. 325, n. 7375, p. 1275-1276, nov. 2002. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC136924/pdf/1275.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.

TOLEDO-CHAVARRI, Ana; DELGADO, Janet; RODRÍGUEZ-MARTÍN, Beatriz. Perspectives of women living with type 1 diabetes regarding preconception and antenatal care: A qualitative evidence synthesis. **Health Expectations**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. e13876, 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.13876>. Acesso em: 10 nov. 2024.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd#>. Acesso em: 10 nov. 2024.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago.-dez. 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>. Acesso em: 10 nov. 2024.

WAHABI, Hayfaa A. *et al.* Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pre-pregnancy care for women with diabetes for improving maternal and perinatal outcomes. **PLOS One**, [s. l.], v. 15, n. 8, p. e0237571, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0237571. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237571>. Acesso em: 10 nov. 2024.

WIDYAPUTRI, Felicia *et al.* Prevalence of diabetic retinopathy in women with pregestational diabetes during pregnancy and the postpartum. **Clinical and Experimental Ophthalmology**, [s. l.], v. 50, n. 7, p. 757-767, set. 2022. DOI: 10.1111/ceo.14111. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ceo.14111>. Acesso em: 10 nov. 2024.

WILHELM, Laís Antunes. **Mulheres em gestação de alto risco: sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2014.

WINNICOTT, Donald. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, Donald. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Official records of the World Health Organization**, New York: Interim Commission, n. 2, 1948.

ZAJDENVERG, Lenita *et al.* Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**, [s. l.], 2021a.

ZAJDENVERG, Lenita *et al.* Tratamento farmacológico do diabetes na gestação. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes**. [S. l.: s. n.], 2021b.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participação no estudo

Você ----- está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: “Vivências de mulheres diabéticas tipo 1 em relação à gestação e ao puerpério”, coordenada por Flávia Cristina Nogueira Ribeiro Teixeira. O objetivo deste estudo é caracterizar as vivências de mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, no período da gestação ou puerpério, identificando seus sentimentos, experiências e possíveis conflitos, em relação à gestação, parto e puerpério.

Caso você aceite participar, você terá que participar, uma única vez, de uma entrevista, individual, que será gravada, a qual deve durar cerca de 40 minutos. Além disso, responderá a um questionário sociodemográfico. A entrevista será realizada apenas pela pesquisadora, que respeitará o sigilo e confidencialidade dos dados e preservará seu anonimato. Após a entrevista, os dados serão transcritos e analisados. A interpretação dos dados ajudará a entender melhor o universo de mulheres diabéticas que engravidam, seus sentimentos, dúvidas e angústias em relação à gravidez.

Riscos e Benefícios

Com sua participação nesta pesquisa, a senhora estará exposta a riscos, como, por exemplo, desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação da entrevista; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; cansaço ou vergonha ao responder às perguntas e quebra de anonimato. Em caso de danos decorrentes do relato, será assegurado o direito à assistência integral e gratuita, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, pelo tempo que for necessário. Podem ser tomadas as seguintes providências: interromper a entrevista e retomá-la apenas quando a senhora se sentir confortável, após devidos esclarecimentos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável. Caso deseje não participar mais da pesquisa, seu direito será respeitado. Salienta-se que a pesquisadora que fará a entrevista é preparada para lidar com os temas que serão abordados com empatia e cuidado. Esta pesquisa não trará nenhum benefício direto ao entrevistado. Todavia, poderá contribuir para a comunidade em geral, uma vez que traz à luz o universo de mulheres diabéticas que engravidam, seus sentimentos, dúvidas e angústias em relação à gravidez. O entendimento ajudará os profissionais a lidarem melhor com outras gestantes diabéticas.

Sigilo, Anonimato e Privacidade

O material e informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação. Quando os dados forem transcritos, serão colocados apelidos para que as participantes não sejam identificadas. Os áudios serão reproduzidos apenas pela pesquisadora, para transcrição dos dados, e sua identidade será preservada.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária, e a senhora terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

Autonomia

A senhora também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a sua participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Devolutiva dos resultados

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de janeiro de 2024, através de contato telefônico. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa, sejam informações de prontuários, gravação de imagem, voz, audiovisual ou material biológico, somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Ressarcimento e Indenização

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com você.

Consentimento de participação

Eu _____ concordo em participar, voluntariamente da pesquisa intitulada “Vivências de mulheres diabéticas tipo 1 em relação à gestação” conforme informações contidas neste TCLE.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador (a) responsável:

E-mail para contato: flavianogueira_@hotmail.com

Telefone para contato: (83)99121-9436

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável: _____

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Contato do pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas

Endereço:- Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa-PB Telefone: (083) 3216-7308 E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES DIABÉTICAS TIPO 1, GESTANTES OU PUÉRPERAS		
Nome: (iniciais)	Prontuário:	No da ficha:
Idade:	Raça: () Preta () Parda () Amarela () Branca () Outra () Não relatado	
Nível de Escolaridade: () Nenhum () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo		
Profissão:	Atividade remunerada mensal: () Sim () Não	
Estado civil: () Solteira () Casada () Viúva () União Estável () Separada/Divorciada () Não relatado		
Antecedentes Obstétricos e Pessoais		
G__P__A__ (Parto Normal:___/Cesárea:___)	Gestante no momento: () Sim () Não Idade Gestacional: _____	
Comorbidades: () Não () Sim. Quais? _____		
Com que idade recebeu o diagnóstico de diabetes tipo I? _____		
Está em uso de insulina? () sim () não		
Tem alguma complicação do diabetes? () sim () não		
Se sim, qual? _____		

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA
COLETA DE DADOS**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA - VIVÊNCIAS DE MULHERES DIABÉTICAS TIPO 1
EM RELAÇÃO À GESTAÇÃO E AO PUERPÉRIO**

Perguntas:

- 1) A senhora poderia me falar sobre a história da sua gravidez?
- 2) Qual a sua reação quando soube que estava grávida? O que sentiu e pensou no momento da descoberta?
- 3) Como o seu companheiro reagiu ao diagnóstico da gravidez?
- 4) Vocês tinham planejado a gestação?
- 5) Qual a reação da sua família e amigos frente ao seu diagnóstico de gravidez?
- 6) Como a equipe médica reagiu?
- 7) Como foi o acompanhamento da equipe de saúde durante sua gravidez?
- 8) Sua rotina mudou? O que mudou?
- 9) A senhora acha que existem diferenças entre a sua gravidez e a de outras mulheres?

ANEXO A – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA BOLETIM DE CONJUNTURA



BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

EXPERIÊNCIAS, SENTIMENTOS E O PAPEL DO CUIDADO INTEGRAL EM
GESTANTES COM DIABETES TIPO 1: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Flávia Cristina Nogueira Ribeiro Teixeira¹

Eduardo Sérgio Soares Sousa²

Rilva Lopes de Sousa Munõz³

Raissa Bastos Oliveira⁴

Vanusa Nascimento Sabino Neves⁵

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar a produção científica sobre os aspectos psicossociais que permeiam a gestação em mulheres com diabetes tipo 1, refletindo sobre os sentimentos e experiências vivenciados nesse período, a partir de uma revisão integrativa da literatura. A busca dos dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2024, consultando-se as bases Pubmed, Scielo e Portal da Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizaram-se os descritores type 1 diabetes, pregnancy, qualitative study, experiences, diabetes tipo 1, gravidez, pesquisa qualitativa e aspectos psicossociais, combinados em pares. A pesquisa abrangeu a seleção de artigos sem delimitação temporal, devido à relativa escassez de dados específicos sobre o tema, observando-se critérios estabelecidos de inclusão e exclusão. Analisaram-se 144 artigos, sendo selecionados 14 para a amostra final, após leitura criteriosa e reflexiva acerca dos principais elementos e informações dos estudos. O software IRaMuTeq, por meio da classificação hierárquica descendente e da análise de similitude, apoiou a análise dos dados. Os resultados evidenciam que as gestantes com diabetes tipo 1 enfrentam diversos desafios e podem apresentar sentimentos negativos em relação à gestação, requerendo apoio social e cuidado integral, centrado na pessoa, multidisciplinar e com atenção aos aspectos psicossociais.

Palavras-chave: Aspectos Psicossociais; Diabetes Tipo 1; Gestantes.

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO – REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

20/11/2024, 21:20

ScholarOne Manuscripts



Ciência & Saúde Coletiva

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2024-2049

Title

ENTRE O DOCE E O AMARGO: EXPERIÊNCIAS GESTACIONAIS COM DIABETES TIPO 1

Authors

TEIXEIRA, FLÁVIA

Sousa, Eduardo

MUNÓZ, RILVA

OLIVEIRA, RAISSA

NEVES, VANUSA

Date Submitted

20-Nov-2024

[Author Dashboard](#)