



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO CUIDADO
DE MULHERES NA GESTAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES PARA
ENFERMAGEM E SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO
CUIDADO DE MULHERES NA GESTAÇÃO: CONTRIBUIÇÕES
PARA ENFERMAGEM E SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

**FLORIANÓPOLIS
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Dias, Heloisa Helena Zimmer Ribas

Representações Sociais do Diabetes e do Cuidado de Mulheres na Gestação: Contribuições para Enfermagem e Saúde/ Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias; orientadora, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos- Florianópolis, SC, 2015. 259 p.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem 3. Percepção Social; 4. Diabéticas; 5. Cuidados. I. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO
CUIDADO DE MULHERES NA GESTAÇÃO:
CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM E SAÚDE**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua versão final em 27 de fevereiro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: **Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.**

Florianópolis, 27 de Fevereiro de 2015

Prof^a. Dr^a. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:

Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente

Dr^a. Denize Cristina de Oliveira
(Membro)

Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes
(Membro)

Dr. Brígido Vizeu Camargo
(Membro)

Dr^a. Betina Horner Schlindwein Meirelles
(Membro)

Dr^a. Maria de Fátima Mota Zampieri
(Membro)

DEDICATÓRIAS MUITO ESPECIAIS A QUEM EU AMO E QUE SÃO PESSOAS ESSENCIAIS EM MINHA VIDA

A finalização desta tese representa a superação de intensos desafios que se apresentaram ao longo do caminho. Ao escrever estes agradecimentos, fui levada a olhar minha própria trajetória e revisitar pessoas significativas que fazem parte desta construção, contribuindo para o meu fortalecimento, enriquecimento pessoal e profissional.

A Deus por tudo o que Ele representa, o autor da vida e consumidor da fé, sempre presente comigo a cada dia, fazendo-me uma mulher vitoriosa, acima de tudo: a Ele, toda a honra e toda a glória! Somos mais do que vencedores por meio d'Aquele que nos amou!

À minha mãe, Lenir, exemplo de fé, minha incentivadora maior desta jornada, pelo amor incondicional, cuidado incessante pela perseverança para que eu não desistisse nunca dos meus sonhos, pelo afeto e pelas orações incessantes.

À querida filha Ana Luiza, com amor e dedicação, pelo teu carinho, pelos beijinhos e pela compreensão de minhas ausências em muitos momentos.

Ao meu esposo, Alfredo, presente de Deus, companheiro e incentivador, por fazer parte da minha vida e desta grande conquista.

À toda minha família, por estar sempre presente em todos os momentos de minha vida, pela paciência, pelo amor para comigo nos momentos felizes e difíceis desta trajetória.

À tia Letícia Zimmer Rebelo pela disponibilidade em me ajudar, que Deus te retribua por tudo.

HOMENAGENS ESPECIAIS A QUEM AJUDOU A CONSTRUIR O CONHECIMENTO

À Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, (Vanda), marco da Enfermagem catarinense e nacional, exemplo de mulher e de profissional, por aceitar o desafio de ser minha orientadora, compreendendo minhas limitações, angústias e anseios, agradeço de coração por acreditar em meu potencial, pela paciência, carinho e relevantes contribuições. Como se diz em grego, *efkaristó*.

Ao Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo, ícone na construção e divulgação da Teoria das Representações Sociais, pelas relevantes e valiosas contribuições, o meu profundo respeito, admiração e reconhecimento pelo seu relevante e reconhecido trabalho.

À Profa. Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri, companheira desta jornada, por me acolher, por contribuir com seus relevantes conhecimentos ao longo da construção desta tese desde sua qualificação.

À Profa. Dra. Betina Horner Schlindwein Meirelles, pelo carinho, e suas valiosas sugestões que contribuíram para a qualidade desta pesquisa.

À Profa. Dra. Vitória Regina Petters Gregório, por estar comigo, pelo apoio, ajuda e partilha nos momentos de reflexões e na finalização desta tese.

À Profa. Dra. Olga Regina Zigelli Garcia, desejo te agradecer por estes anos de convivência e de aprendizado: mulheres como você têm o dom de brilhar.

À Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante, pela amizade, companheirismo, apoio e contribuições para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

À Profa. Dra. Yolanda Flores e Silva, pessoa muito especial, que sempre se fez presente nesta caminhada, o meu carinho e a admiração.

À Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira, pela acolhida, pela participação na banca e por suas valiosas contribuições e observações que muito enriqueceram esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Antônio Marcos Tosolli Gomes, pela sua simpatia, pela acolhida, e pela sua generosidade em compartilhar e contribuir para a qualidade desta tese.

Aos membros da Banca, Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr. Brígido Vizeu Camargo, Dr. Antônio Marcos Tosolli Gomes, Dra. Denize Cristina de Oliveira, Dr^a. Betina Horner Schindwein Meirelles, Dr^a. Maria de Fátima Mota Zampieri (titulares), Dr^a. Lúcia Nazareth Amante e Dr^a. Yolanda Flores e Silva (suplentes), que aceitaram a tarefa de disponibilizar tempo para ler e avaliar o material produzido, agradeço seus comentários e opiniões para enriquecer a construção de minha tese.

À Bibliotecária MSc. Maria Gorete Monteguti Savi por sua gentileza, e pelas relevantes contribuições na construção desta tese.

À querida amiga Maria de Jesus Hernández Rodriguez pela amizade e por me ajudar na tradução para o idioma espanhol, muchas gracias e que Dios te bendiga!

Aos colegas dos cursos de Mestrado e de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFSC, desejando que sejam felizes, minha gratidão por compartilharem seus conhecimentos e suas experiências!

À equipe de Enfermagem da Maternidade Carmela Dutra, SES/SC, em especial, às Enfermeiras, Técnicas e Auxiliares de Enfermagem do Posto I pela receptividade, por serem facilitadoras de minha caminhada, minha gratidão e afeto.

À Enfermeira Odete Back Gomes, da Maternidade Carmela Dutra, por abrir as portas para a realização deste estudo e pelas contribuições.

Ao pessoal do Comitê de Ética da UFSC, em especial ao amigo Prof. Dr. Washington Portela de Souza, e ao Pessoal do Comitê de Ética da Maternidade Carmela Dutra, minha gratidão.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, que vocês continuem fazendo a diferença no conhecimento!

Às colegas integrantes do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido – GRUPESMUR, pelo incentivo e valiosas contribuições.

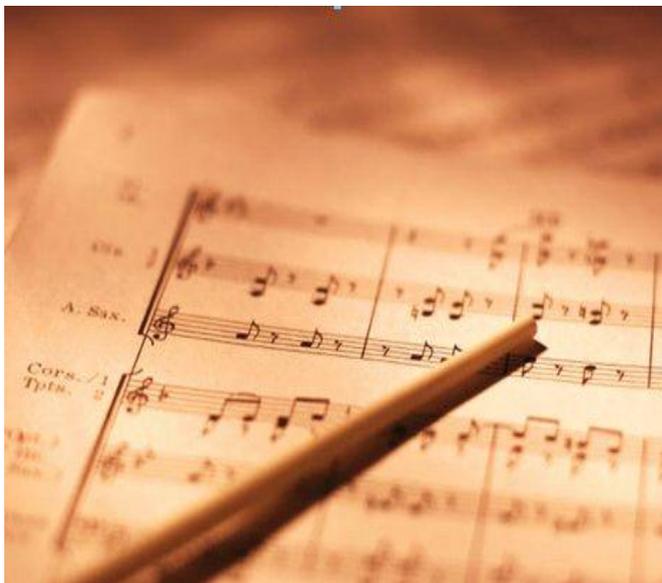
Aos servidores técnico-administrativos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, minha gratidão.

Aos colegas civis e militares do Hospital de Guarnição de Florianópolis, pelo coleguismo, compreensão e por serem facilitadores desta trajetória.

Às queridas mulheres gestantes por me acolherem e pelos momentos de trocas, meu afeto e gratidão, desejando-lhes um mundo melhor.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

E a todos/ todas que compartilham minha vida, dedico esta tese.



*“Se eu me perder um dia, não repares
Eu me perdi na luz dos teus olhares
E achei-me na canção
Minha canção tornou-se tua imagem,
E minha vida é como uma viagem
Na tua direção”*

Maestro José Acácio Santana
Santo Amaro da Imperatriz-SC 19/10/1939 – Florianópolis
11/07/2011

“Na partitura da vida, em diferentes ocasiões, escrevemos e tocamos acordes que se transformam em canções...”

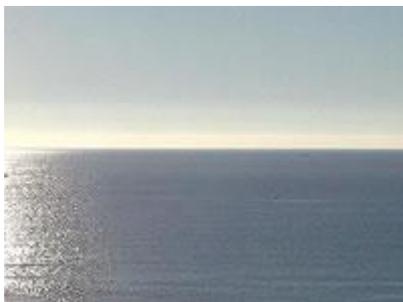
Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias – 2015
Enfermeira e pianista

"Desistir...

eu já pensei seriamente nisso,
mas nunca me levei realmente a sério;
é que tem mais chão nos meus olhos
do que o cansaço nas minhas pernas,
mais esperança nos meus passos,
do que tristeza nos meus ombros,
mais estrada no meu coração
do que medo na minha cabeça."

(Cora Coralina)

“Eu acho que é importante lembrar que o verdadeiro propósito da educação em diabetes é ensinar os pacientes a fazer escolhas informadas sobre a sua diabetes. É muito fácil querer dizer aos pacientes o que fazer, mas como profissionais de saúde, precisamos desacelerar e deixar o paciente guiar-nos com o que está em suas mentes. ”
Cynthia L. Norris, BSN, RN, CDE –
Enfermeira norte-americana, educadora em Diabetes



Ser diabética

Ser diabética é ser uma doçura de pessoa... É ser compreensível mesmo sabendo que, ainda, é uma doença incurável.

Ser diabética é ter força interior para negar um chocolate, ou ter coragem para levar uma picadinha se não resisti-lo.

Ser diabética é saber que em uma manhã qualquer a glicemia se elevou E permanecer calma, tomando os devidos cuidados, para que ela volte ao normal.

Ser diabética é conseguir sentir os sintomas de uma hipoglicemia E não permitir que uma hiper a leve ao coma.

Ser diabética é ter o apoio da família e da comunidade em geral, É não se entregar ao desanimo de ter que ouvir: “Nossa, você tem diabetes”!

Ser diabética é não fazer dos testes de ponta de dedo, uma rotina cruel, Mas sim, se alegrar com cada resultado “positivo” que ele lhe informar.

Ser diabética é levar a vida normalmente, não se esquecendo das precauções para evitar complicações futuras... E fazer da insulina uma aliada, até que, um dia, quem sabe, ela possa ser a amiguinha do passado!

Ser diabética é se deixar viver repleta de alegria. Curtir a vida, da melhor maneira, não se entregar aos pontos do peso da doença.

Ser diabética é ter força, coragem, fé e muita esperança É dizer que a vida não se resume em ter tal doença, mas sim em levar uma vida completamente saudável!

Ser diabética é ser uma doçura de pessoa! Ao Dia Mundial do Diabetes e a todos os dias: Amigos (as) diabéticos (as) PARABÉNS pela luta rotineira!

Somos vencedores!

Débora Pelegrini

DIAS, Heloisa Helena Zimmer Ribas. **Representações sociais do diabetes e do cuidado de mulheres na gestação:** contribuições para enfermagem e saúde. 2015. 257 f. (Tese) Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

RESUMO

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer as representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação e suas contribuições para o cuidado em Enfermagem e Saúde. A fundamentação teórica baseia-se na Teoria das Representações Sociais na perspectiva de Moscovici. Foi desenvolvido com 30 gestantes, sendo 18 diagnosticadas com diabetes gestacional e 12 com diabetes pré-existente à gestação. Os dados foram coletados em uma maternidade pública de referência terciária para atenção obstétrica no Sul do Brasil, no período de março a setembro de 2014, com utilização de técnica de entrevista semiestruturada em profundidade, gravadas em mídia digital e transcritas. Como procedimento analítico, adotou-se a análise de conteúdo de Bardin, compreendendo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 550.604) e da instituição onde o estudo foi realizado (Parecer nº 605.218-0). A tese resultou em três manuscritos. O primeiro constituiu-se numa revisão integrativa de literatura que objetivou identificar contribuição de pesquisas em âmbito nacional e internacional sobre representações sociais do diabetes de mulheres que o vivenciam a gestação, através da busca de artigos nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDNF, SciELO, Banco de Teses da CAPES, PROQUEST Dissertations & Theses (PQDT) e SCIENCE DIRECT, no período de 2000 a 2012, sendo encontrados 30 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados evidenciam que fatores sociais e emocionais influenciam na gravidez e que a experiência das gestantes com diabetes é marcada por vulnerabilidade e níveis de ansiedade elevados. Os demais manuscritos, em número de dois, são resultantes da pesquisa de campo. Assim, o

segundo manuscrito teve como objetivo conhecer as representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação, sendo identificadas como categorias, as percepções acerca do diagnóstico do diabetes na gestação, as representações sociais relacionadas ao diabetes na gestação e o futuro frente ao diabetes após à gestação. Tais categorias temáticas conduziram à construção da representação social do diabetes como doença que traz culpa, sofrimento, preocupação, risco e possibilidade de prejuízo à saúde do bebê. O terceiro manuscrito que teve como objetivo conhecer as representações sociais do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano de cuidado em enfermagem e saúde, identificou três categorias: práticas cuidativas relacionadas ao diabetes na gestação, barreiras percebidas no cuidado; e percepções sobre cuidar e ser cuidada. Os resultados revelam que essas representações encontram-se ancoradas em suas vivências e nos significados atribuídos ao processo de vivenciar a gravidez com diabetes. Concluindo, as representações sociais do diabetes e do cuidado para essas gestantes, constituem aspectos relevantes, contribuindo para uma assistência humanizada e com qualidade em enfermagem e saúde, evidenciando necessidade de intervenções de apoio e escuta, além do desenvolvimento de cuidados especializados, possibilitando que os profissionais trabalhem de forma interdisciplinar, gerenciando tais expectativas.

Palavras-chave: Cuidado. Diabetes. Enfermagem. Gravidez em Diabéticas. Percepção Social.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer Ribas. **Social representations of diabetes women who experience during pregnancy**: contributions for care in nursing and health 2015. 228 f. (Thesis) PhD in Nursing Doctorate Dissertation. Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2015.

Advisor: Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Research Line: The Health Nursing Care of Women and Newborns.

Social representations of diabetes and women's care during pregnancy: contributions to nursing and health.

; Trajetórias Profissionais; Trabalho Docente.

ABSTRACT

Exploratory and descriptive study with a qualitative approach, in order to know the social representations of diabetes for women who experience during pregnancy and their contributions to the care in Nursing and Health. The theoretical framework is based on the theory of social representations in perspective Moscovici. It was developed with 30 pregnant women, 18 diagnosed with gestational diabetes and 12 with pre-existing diabetes to pregnancy. Data were collected in a public maternity tertiary referral for obstetric care in Southern Brazil, from March to September 2014, with interview technique of using semi-structured in-depth, recorded and transcribed into digital media. As analytical procedure, adopted the Bardin content analysis, comprising the following steps: pre-analysis, exploration of material or coding, processing and interpretation of the results. The research project was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Santa Catarina (Opinion No. 550 604) and the institution where the study was conducted (Opinion No. 605218-0). The thesis resulted in three manuscripts. The first consisted in an integrative literature review aimed to identify contribution of research at national and international level on social representations of diabetes in women who experience pregnancy, through the search for articles in the databases PubMed / MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDENF, SciELO, Bank of CAPES Theses, Dissertations & Theses PROQUEST (PQDT) and SCIENCE DIRECT, from 2000 to 2012, and found 30 studies that met the inclusion criteria. The results show that social and emotional factors influence the pregnancy and that the experience of pregnant women with diabetes is marked by vulnerability and high anxiety levels. The other manuscripts, two in number, are the result of field research.

Thus, the second manuscript aimed at learning the social representations of diabetes for women who experience it during pregnancy, identified as categories, perceptions about the diagnosis of diabetes during pregnancy, the social representations related to diabetes during pregnancy and the future against the diabetes after the pregnancy. Such themes led to the construction of social representations of diabetes as a disease that brings guilt, grief, worry, risk and possible damage to the baby's health. The third manuscript that aimed at learning the social representations of care from the viewpoint of pregnant women with diabetes and their interfaces in nursing and health care routine, identified three categories: care practices related to diabetes during pregnancy, perceived barriers to care; and perceptions of care and be cared for. The results show that these representations are anchored on their experiences and the meanings attributed to the process of experiencing pregnancy with diabetes. In conclusion, the social representations of diabetes and care for these pregnant women, an important aspect, contributing to a humanized and quality in nursing and health care, highlighting the need for interventions to support and listening, and the development of specialized care, enabling professionals to work in an interdisciplinary way, managing such expectations.

Keywords: Care. Diabetes.Nursing.Pregnancy in Diabetics.Social perception.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer Ribas. **Representación sociales de la diabetes y del cuidado de mujeres en la gestación:** Contribuciones para la enfermería y salud. 2015. 228 f. Tese (Doutorado en Enfermería). Curso de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Línea de Investigación: El Cuidado de Enfermería a la Salud Mujer y del Recien-Nacido.**rds:** Professional Identity; Professional Path; Teaching Profession.

RESUMEN

Estudio exploratorio - descriptivo, con abordaje cualitativo, con el objetivo de investigar las representaciones sociales de la diabetes para las mujeres que vivieron en la gestación y sus contribuciones a la atención en Enfermería y Salud. El marco teórico se basa en la teoría de las representaciones sociales en perspectiva de Moscovici. Se desarrolló con 30 gestantes, siendo 18 diagnosticadas con diabetes gestacional y 12 con diabetes preexistente a la gestación. Los datos fueron recolectados en una maternidad pública de referencia terciaria para la atención obstétrica en el sur de Brazil, de marzo a septiembre de 2014, con la utilización de la técnica de entrevista semiestructurada en profundidad, grabadas y transcritas en los medios digitales. Como procedimiento analítico adoptado el análisis de contenido de Bardin, que comprende las siguientes etapas: pre-análisis, exploración materiales o codificação, procesamiento e interpretación de los resultados. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina (Dictamen N ° 550. 604) y la institución donde se realizó el estudio (Dictamen No. 605.218-0). La tesis contempla cinco manuscritos. La primera esta constituido en una revisión integradora de la literatura que tuvo como objetivo identificar las contribución de las investigaciones a nivel nacional e internacional de las representaciones sociales de la diabetes en las mujeres que experimentan en el embarazo, a través de la búsqueda de artículos en las bases de datos PUBMED / MEDLINE, CINAHL, LILACS , BDNF, SciELO, el Banco de la CAPES tesis, PROQUEST, Dissertaciones y tesis (PQDT) y SCIENCE DIRECT, de 2000 a 2012, encontrándose 30 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados muestran que los factores sociales y emocionales influyen en el embarazo y que la experiencia de las mujeres

embarazadas con diabetes se caracteriza por niveles de vulnerabilidad y alto de ansiedad. Los otros manuscritos, en número de dos, son el resultado de la investigación de campo. Así, el segundo manuscrito dirigido a aprender las representaciones sociales de la diabetes para las mujeres que lo experimentan durante el embarazo, identificados como categorías, percepciones sobre el diagnóstico de la diabetes durante el embarazo, las representaciones sociales relacionadas con la diabetes durante el embarazo y el futuro contra el diabetes después del embarazo. Tales temas dirigidos a la construcción de las representaciones sociales de la diabetes como una enfermedad que trae la culpa, pena, preocupación, riesgos y posibles daños a la salud del bebé. El tercer manuscrito que apunta a aprender las representaciones sociales de la atención desde la perspectiva de las mujeres embarazadas con diabetes y sus interfaces en la enfermería y la atención médica de rutina, se identificaron tres categorías: las prácticas de atención relacionados con la diabetes durante el embarazo, las barreras percibidas para el cuidado; y la percepción de la atención y ser atendidos. Los resultados muestran que estas representaciones están anclados en sus experiencias y los significados atribuidos al proceso de experimentar el embarazo con diabetes. En conclusión, las representaciones sociales de la diabetes y el cuidado de estas mujeres embarazadas, un aspecto importante, contribuyendo a una humanizada y de calidad en la enfermería y la atención de la salud, destacando la necesidad de intervenciones para apoyar y escuchar, y el desarrollo de la atención especializada, lo que permite profesionales para trabajar en forma interdisciplinaria, la gestión de tales expectativas.

Palabras clave: Cuidado. Diabetes. Enfermería. Embarazo en Diabéticas. Percepción social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Melito ou *Mellitus*

DM1 – Diabetes Melito ou *Mellitus* Tipo 1

DM2 – Diabetes Melito ou *Mellitus* Tipo 2

DMG – Diabetes Melito ou *Mellitus* Gestacional

GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém Nascido

HAPO - The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome

IDF – Federação Internacional de Diabetes

IADPSG - International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

RS - Representações Sociais

TRS – Teoria das Representações Sociais

WHO– World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa.....65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo.....	128
Tabela 2 – Caracterização obstétrica das participantes do estudo.....	134

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	35
2	REVISÃO DA LITERATURA	55
2.1	MANUSCRITO 1 - Representações Sociais de mulheres que vivenciam A gravidez tendo diabetes: um olhar através da revisão integrativa.....	57
3	EM BUSCA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS).....	87
3.1	Breve biografia de Serge Moscovici e suas principais obras.....	87
3.2	Origem da teoria das representações sociais.....	90
3.3	Representações sociais (rs) como fenômeno.....	97
3.4	Processo de elaboração, estrutura e funcionamento das representações sociais.....	107
3.4.1	Abordagem dimensional das representações sociais.	107
3.4.2	Abordagem estrutural das representações sociais...	108
3.4.3	Abordagem dinâmica.....	109
3.5	Teoria do núcleo central das representações sociais.....	111
3.6	A aplicabilidade da teoria das representações sociais na produção do conhecimento em enfermagem e em saúde.....	114
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	117
4.1	Caracterização do estudo.....	117
4.2	Local e contexto do estudo.....	119
4.2.1	Caracterização da Unidade de Gestação de Alto Risco.....	121
4.2.2	Rotina do Manejo Clínico de Gestantes Diabéticas..	122
4.3	Participantes do estudo.....	123
4.4	Caracterização das participantes do estudo.....	124
4.4.1	Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo.....	124
4.4.2	Caracterização obstétrica das participantes do estudo...	131
4.5	Procedimentos de coleta de dados.....	137
4.6	Entrada, pesquisa e saída de campo.....	138
4.7	Análise dos dados.....	139

4.8	Aspectos éticos.....	143
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	147
5.1	Manuscrito 2 – conhecendo as representações sociais do diabetes para gestantes e suas repercussões no cuidado em enfermagem e saúde....	149
5.2	Manuscrito 3 - representações sociais de gestantes frente ao diagnóstico de diabetes mellitus.....	173
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
	REFERÊNCIAS.....	209
APÊNDICE A	Protocolo de Revisão Integrativa de Literatura.....	229
APÊNDICE B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	239
APÊNDICE C	Termo de Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações.....	243
APÊNDICE D	Roteiro de Entrevista e de Observação.....	245
ANEXO A	PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFSC - Parecer de Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa.	249
ANEXO B	PARECER CONSUBSTANCIADO CEP MATERNIDADE CARMELA DUTRA - Parecer de Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa.....	253
ANEXO C	Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011.....	257

1. INTRODUÇÃO

A importância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil atual de saúde das populações é relevante, sobretudo, em razão do impacto e relevância social. As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT são responsáveis por aproximadamente 58,5% de todas as mortes e por 45,9% da carga total global de doenças expressa por anos perdidos de vida saudável (WHO, 2011).

Doenças crônicas não transmissíveis como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e hipertensão arterial constituem um grupo de entidades caracterizadas por apresentar longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, ocupando um maior espaço no perfil de morbi-mortalidade sobretudo das populações latino americanas. Em estudos recentes do Banco Mundial, as DCNT são responsáveis por uma taxa de 5 e 9 vezes maior de morte prematura do que as doenças transmissíveis e taxas 10 e 5 vezes (WHO, 2011; DUNCAN et al, 2012).

Para ser crônica, uma doença deve apresentar uma ou mais das seguintes características: ser permanente ou de longa duração, requerer reabilitação, um longo período de supervisão, observação e cuidado ou, ainda, hospitalização de trinta dias ou mais, ou supervisão médica e reabilitação de três ou mais meses por ano. O caráter irreversível da doença engloba o ser humano em sua totalidade, pela necessidade de suporte, autocuidado e manutenção da função e prevenção de incapacidades futuras. Enfim, é capaz de afetar todos os aspectos da vida do ser humano (LUBKIN; LARSEN, 2002).

As DCNT referem-se a problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem gerenciamento ininterrupto por anos e até por décadas, englobando vasta categoria de agravos que aparentemente não teriam qualquer relação entre si, sendo compreendidas como uma experiência multidimensional, sendo que o ser humano pode conviver com uma ou mais doença ao mesmo tempo, levando-a a perda ou dificuldades em diversos aspectos relacionados ao seu corpo (YOUNGBLOOD; HINES, 1992; OMS, 2003; MARTIRE et al., 2004).

A OMS define como doenças crônicas as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e Diabetes Mellitus. Também encontram-se incluídas nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e sociedade tais como: desordens mentais e

neurológicas, doenças bucais, ósseas e articulares, desordens genéticas e patologias oculares e auditivas (WHO, 2011).

As condições crônicas de saúde estão aumentando em todo o mundo. Em virtude dos progressos da saúde pública, as populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de pessoas vive por décadas com uma ou mais condições crônicas. A urbanização, a adoção de estilos de vida pouco salutares e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro, são outros fatores que contribuem para a exacerbação desses agravos. Isso impõe novas demandas de longo prazo aos sistemas de saúde, constituindo-se em um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento de todas as nações, sendo as principais causas de morte no mundo (ALWAN et al., 2010; VICTORA, 2011).

Outros motivos apontados como responsáveis pelo crescimento dos casos de DCNT estão relacionados à identificação e presença de fatores de riscos tais como as mudanças no estilo de vida, mudanças no perfil nutricional, tendências de transição nutricional decorrentes da urbanização e industrialização, hábitos alimentares pouco ou nada saudáveis, diminuição da atividade física/sedentarismo, a obesidade (apontada como uma das principais causas de origem das DCNT), incorporação de hábitos nocivos como o tabagismo, consumo do álcool e comportamentos caracterizados por níveis elevados de estresse (BRASIL, 2011; WHO, 2011).

Por conta da identificação destes motivos, a OMS elegeu como alvo das ações prioritárias no enfrentamento das DCNT os quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. Ao destacar esses quatro fatores de risco, a OMS também frisou o papel dos determinantes sociais na causalidade das DCNT, sendo que a Comissão de Determinantes Sociais tem instituído algumas estratégias preventivas que visam reduzir essas iniquidades sociais (BRASIL, 2011).

A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, ao diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

Segundo o World Economic Forum (2009), as principais DCNT (doenças cardiovasculares, o Diabetes Mellitus, a obesidade e o câncer) representam as ameaças mais sérias ao desenvolvimento econômico

mundial, em razão de apresentarem potencial deletério maior do que as recentes crises fiscais e as catástrofes naturais mundiais, doenças essas que estão intrinsecamente ligadas à globalização, urbanização acelerada, envelhecimento e mudanças no estilo de vida das populações.

Neste documento, restringe-se o escopo das DCNT abordadas, fixando-se no cuidado integral para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias e Diabetes Mellitus, conforme adotado pela OMS, pois se referem a um conjunto de doenças que tem fatores de risco em comum e, portanto, podem ter uma abordagem comum na sua prevenção (WHO, 2011).

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al., 2010). No mundo, cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (BRASIL, 2011; MALTA, SILVA JÚNIOR, 2013).

No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude deste século, representando também a principal causa de mortalidade. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes, conforme Schmidt et al. (2011). Em 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, responderam por 72,4% do total de óbitos. As quatro doenças, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (DUNCAN et al., 2012).

Em 2010, conforme o Ministério da Saúde, dos 1.132.732 óbitos relatados para todas as causas, 771.584 foram devidos às DCNT, compreendendo 68,1% do total de óbitos. As correções para sub-registree causas mal definidas de óbito aumentaram esse percentual para 73,9%, sendo que as principais causas de óbitos foram devido a doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes (BRASIL, 2011).

Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por DM e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (BRASIL, 2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde brasileiro lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, que reúne medidas a serem adotadas nos próximos dez anos. O objetivo deste plano é, até 2022, reduzir em 2% a taxa de mortes prematuras – antes dos 70 anos. Atualmente, 72% do total de mortes no Brasil são provocadas por algum desses problemas, o correspondente a 742.779 vítimas por ano: 43% dos óbitos são provocados por doenças cardiovasculares, 22,6% por câncer, 8% por problemas respiratórios crônicos e 6,9% por diabetes (BRASIL, 2011).

O Brasil tem colocado em prática relevantes políticas de prevenção das DCNT, e a mortalidade por DCNT ajustada por idade vem diminuindo 1,8% ao ano. Mas apesar disto, as tendências adversas da maioria dos fatores de risco constituem em desafio, demandando ações e políticas adicionais e oportunas, especialmente as de natureza legislativa e regulatória e aquelas que fornecem atenção custo-efetiva a condições crônicas para indivíduos afetados por DCNT (SCHMIDT et al., 2011).

Conforme Athaniel e Saito (2008), na saúde do adulto, a precocidade do surgimento das doenças cardiovasculares, os agravos e mortes em adultos jovens constituem-se numa realidade a ser modificada. Além disso, o custo social tem facultado ao país um perfil que declara baixa qualidade de vida da população e a ineficácia das ações de prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de promoção da saúde,

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção (BRASIL, 2011, p.6)

Entre as principais doenças crônicas/ DCNT, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) estão entre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo. Ambas elevam o risco de desenvolvimento de doenças do coração e certos tipos de câncer. Atualmente, uma em cada três pessoas adultas possui pressão arterial elevada; e uma em cada dez apresenta a glicemia de jejum acima

dos níveis normais em todo o mundo. A prevalência do DM e da HAS está aumentando paralelamente à prevalência de excesso de peso, sendo que esses aumentos estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física, o que está relacionado a mudanças no estilo de vida (SCHMIDT et al., 2011).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) o Diabetes Mellitus (DM) não se constitui numa única doença, mas é compreendido como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresentam em comum a hiperglicemia, resultado de defeitos na ação da insulina, da secreção da insulina ou em ambas. O Diabetes Mellitus (DM) compreende um grupo de doenças metabólicas de etiologia múltipla caracterizadas por hiperglicemia, capaz de afetar o metabolismo normal dos carboidratos, gorduras e proteínas e sendo estas associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Os dois principais tipos de DM são: DM tipo 1 (DM1) e DM tipo 2 (DM2).

O DM1 resulta, na maioria dos casos, da destruição primária, auto-imune, das células-beta pancreáticas, ou devido a um defeito primário da função das células-beta, secundário à outra causa (não auto-imune), referida como forma idiopática do DM1. Como resultado, ocorre produção mínima ou nula de insulina, gerando a necessidade de insulina exógena. A hiperglicemia permanente se manifesta quando 90% das ilhotas de Langerhans são destruídas, um processo que se inicia, geralmente, em crianças, adolescentes e adultos jovens. Esse tipo corresponde aproximadamente de 5 a 10% dos casos de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Já o DM tipo 2 corresponde à cerca de 90 a 95% das pessoas com DM, portanto, a forma mais comum, resultante de graus variados de resistência à insulina e da sua secreção inadequada. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A cada aumento de 50% na resistência da insulina muscular, o pâncreas aumenta a secreção de insulina em duas vezes em pessoas sem DM. Já em pessoas com intolerância oral à glicose e DM2, ocorrem apenas 15% da secreção insulínica em resposta ao aumento da resistência insulínica, resultando em hiperglicemia. O DM2 é característico da idade adulta, com incidência maior no envelhecimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Outro tipo comum de DM é o gestacional (DMG) que ocorre em torno de 2 a 3% das gestações, sendo caracterizado pela diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de DM e de tolerância à glicose diminuída detectados na gravidez. Na maioria dos casos, há reversão para a tolerância normal à glicose após a gravidez, porém existe um risco de 17 a 63% de desenvolvimento de DM2 dentro de cinco a seis anos após o parto (BRASIL, 2012; (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Tradicionalmente, existem duas formas de classificar o DM: a classificação em tipos de diabetes e a classificação em estágios de desenvolvimento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015). Atribuir um tipo de diabetes dependerá das circunstâncias presentes no diagnóstico, pois muitos indivíduos com DM não cabem facilmente numa única classe. Por exemplo, uma mulher diagnosticada com DM gestacional, pode continuar hiperglicêmica após o parto e ser diagnosticada com DM 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Recentemente, a American Diabetes Association (2015) disponibilizou uma nova classificação do DM em quatro categorias clínicas: 1. Diabetes tipo 1 – DM 1 (devido à destruição das células β , geralmente levando à insulina absoluta deficiência); 2. Diabetes tipo 2 - DM (devido a um defeito secretor de insulina progressiva sobre o fundo da resistência à insulina); 3. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (diabetes diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre da gravidez que não é claramente detecção de diabetes); 4. Os tipos específicos de DM devido a outras causas, por exemplo, síndromes diabetes monogênicas (tais como diabetes neonatal e diabetes dos jovens (início da maturidade), doenças do pâncreas exócrino (tais como fibrose cística), e drogas ou induzida quimicamente diabetes (tal como no tratamento do VIH / SIDA ou após transplante de órgãos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento do DM: idade igual ou superior a 45 anos (embora possa ocorrer antes); história familiar de DM (pais, filhos e irmãos); excesso de peso (IMC maior ou igual a 25kg/m²); sedentarismo; HDL-c (lipoproteína de alta densidade) baixo ou triglicérides elevados; hipertensão arterial; DM gestacional prévio; macrosomia ou história de abortos de repetição ou mortalidade perinatal; e uso de medicação hiperglicemiante (por

exemplo, corticosteróides, tiazídicos, betabloqueadores). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Dentre os objetivos específicos do tratamento do DM, o principal é baixar os níveis glicêmicos de modo seguro, até o mais próximo possível do normal, mediante a adoção de medidas educativas que visem à manutenção de hábitos saudáveis. A importância de se obter um controle glicêmico próximo do normal ficou clara a partir dos estudos do *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS), que verificaram o impacto do decréscimo de cada 1% na hemoglobina glicada, com diminuição de 30 a 35% na incidência de complicações microvasculares (retinopatia, neuropatia, nefropatia) e de 16% nas macrovasculares (AVC e IAM) relacionadas ao DM (UK, 1998).

O tratamento considerado padrão para o DM inclui basicamente as seguintes estratégias: educação em saúde visando modificações no estilo de vida, sobretudo mudanças nos hábitos alimentares, adoção de atividade física, e, se necessário, medicação (quase sempre necessária) e nos casos de DM1 o uso de insulina faz-se necessário em razão de maior instabilidade glicêmica.

Como complicações, o DM acarreta complicações agudas e crônicas. As complicações agudas mais comuns, geralmente são: a) hipoglicemia, caracterizada por queda dos níveis glicêmicos com manifestações do tipo adrenérgicas (tremores, sudorese intensa, palidez, palpitações e fome intensa) e neuroglicopênicas (visão turva, diplopia, tonturas, ataxia, distúrbios de comportamento, convulsão, perda da consciência e coma). Normalmente está relacionada ao excesso de insulina ou hipoglicemiantes orais, omissão alimentar e/ou exercício físico em excesso; b) cetoacidose diabética que é causada por carência de insulina eficaz, levando à acidose, à desidratação e à depleção eletrolítica. As causas mais comuns são infecções, DM de início recente, omissão ou redução da dose habitual de insulina. É mais comum em pessoas com DM1; c) a síndrome hiperosmolar não-cetótica: ocorre uma carência de insulina eficaz no metabolismo de carboidratos e de proteínas, induzindo à desidratação e à depleção de eletrólitos, sem presença de cetose e acidose, sendo mais comum em pessoas com DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Conforme a evolução do DM, podem ocorrer complicações crônicas, que estão relacionadas principalmente ao mau controle metabólico e à longa duração da doença. Essas complicações decorrem de alterações na microcirculação (retinopatia e nefropatia) e na macrocirculação (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e

doença vascular periférica) e, neuropáticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O DM é uma doença crônico-degenerativa com repercussões significativas para o ser humano que vive com ela e toda a sua rede familiar e social mais ampla. A integração dessa rede pode ter implicações significativas na superação das complicações da doença e nos custos físicos, afetivos, sociais e econômicos que resultam dela, bem como na possibilidade de sua prevenção. Essa integração da rede social passa pela compreensão da realidade do ser humano que possui a doença e de seus familiares, que podem tornar-se vulneráveis quanto ao seu desenvolvimento, como subsídio para a comunicação e articulação entre as partes e o fortalecimento da rede em benefício de todos.

Epidemiologicamente, o DM representa a doença crônica metabólica de maior prevalência na atualidade, acometendo a humanidade em maiores dimensões, ocorrendo em todas as classes sociais, em todas as raças e em ambos os sexos, indistintamente, além de constituir importante problema de saúde pública. Representa um problema crescente de saúde pública, considerada por Hjelm et al. (2003) como uma pandemia, envolvendo países desenvolvidos e países em desenvolvimento, com uma estimativa de 380 milhões de portadores da doença em todo o mundo para o ano de 2025.

Dados da International Diabetes Federation – IDF (2013), em sua publicação do Atlas Mundial do Diabetes de 2012, apontam para a existência de 371 milhões de pessoas no mundo portadoras de DM com idades entre 20 e 79 anos, revelando que o número de pessoas portadoras de DM é crescente em todos os países e que 50% das pessoas portadoras de DM desconhecem esta condição. Ainda, estas estatísticas apontam para o aumento, dentro dos próximos 20 anos, em 438 milhões de pessoas portadoras de diabetes. Na América Latina, o número estimado em 18 milhões deve aumentar 65%, chegando a quase 30 milhões de casos.

A Organização Mundial de Saúde aponta que, anualmente, 800 mil pessoas morrem devido ao DM, entretanto, é conhecida a subestimação deste dado, pelo fato de já que apenas quando o DM é registrado como causa básica é que passa a fazer parte do dado de mortalidade. Estudos de causa múltipla, quando as demais causas que participaram na mortalidade são computadas, estas elevam a participação do DM na mortalidade em até quatro vezes mais. Portanto, são cerca de quatro milhões de mortes anuais devido ao DM e, em sua

maioria, relacionadas a complicações cardiovasculares advindas da doença (WHO, 2011).

Além das taxas crescentes de mortalidade, o DM preocupa pelo aumento na sua prevalência estimada em inquéritos e pelo número de atendimentos ambulatoriais e hospitalares provocados pela doença e suas complicações. Dentro do grupo das doenças endócrinas e metabólicas, o DM é responsável por 83% dos óbitos entre mulheres e 75,2% dos óbitos entre homens no mundo. Em relação à causalidade dos óbitos, dificilmente a doença é mencionada como causa associada a várias outras patologias, principalmente as cardiovasculares (BRASIL, 2011; SCHMIDT et al., 2011).

O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de DM, sendo 13,4 milhões de pessoas portadoras da doença no país, correspondendo a aproximadamente 6.5% da população entre 20 e 79 anos de idade, sendo a maioria dos portadores da doença a população feminina, e que a gravidez aumenta o risco metabólico em relação ao desenvolvimento da doença (IDF, 2014).

Hoje, a doença atinge 5,6% da população brasileira adulta, afetando mais mulheres do que homens. As mulheres responderam em 2010 por 30,8 mil óbitos devido ao diabetes contra 24 mil óbitos entre homens. Também em 2010, o DM foi mencionado como causa indireta de 68.500 mortes. São casos em que a doença agravou de forma significativa a situação do paciente. O tabagismo, a má-alimentação, o excesso de peso e o sedentarismo são os principais fatores de risco para o DM (BRASIL, 2011).

O último censo realizado em 2010 no Brasil, apontou uma população total de 190.755.799 habitantes, onde 97.348.809 eram mulheres. Entre 2000 e 2010, o diabetes motivou mais de 470.000 óbitos. A taxa passou de 20,8 mortes por 100.000 habitantes em 2000 para 28,8 mortes por 100.000 habitantes em 2010. Dados divulgados mais recentes revelam que o diabetes foi o responsável por 54.000 mortes no país em 2010, ano dos últimos dados disponíveis. O número é superior ao de mortes causadas pela aids (12.000 óbitos), e 42.000 em decorrência dos acidentes de trânsito (IBGE, 2010; BRASIL, 2013).

No Estado de Santa Catarina, a população total em 2010 era de 6.248.436 habitantes, sendo que a população feminina compreendia 3.148.076 mulheres, (IBGE, 2010). Em 2012, ocorreram 1.532 óbitos devido ao diabetes, sendo registrados 604 óbitos em homens contra 928 óbitos de mulheres, evidenciando o predomínio do diabetes na população feminina. O maior número de óbitos, tanto femininos como masculinos ocorreram na região do Vale do Itajaí, onde ocorreram 172

óbitos em mulheres e 104 óbitos em homens. Na Grande Florianópolis ocorreram em 2012, 73 óbitos em mulheres contra 37 óbitos em homens (SANTA CATARINA, 2012).

O DM é uma doença complexa, de natureza crônico-degenerativa, necessitando de cuidados de saúde contínuos com as estratégias de redução de riscos multifatoriais além do controle glicêmico, educação contínua do paciente auto-gestão e de apoio são fundamentais para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações de longo prazo. Existe evidência significativa que suporta uma série de intervenções para melhorar os resultados do diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

O objetivo das intervenções junto às pessoas com DM é a obtenção de controle metabólico adequado ao longo da vida, porém, isso representa um grande desafio, por tratar-se de uma condição crônica, que exige modificações de estilo de vida que por sua vez está intrinsecamente ligado à vida de familiares e amigos, mais do que uma escolha individual.

O tratamento e acompanhamento do portador de DM deve ser feito por equipe interdisciplinar de saúde, de forma longitudinal por meio do vínculo e responsabilidade compartilhada da equipe de saúde, por meio de planos terapêuticos individualizados, que promovam o autocuidado apoiado, na visão de cuidado integral centrado na pessoa, levando-se em conta aspectos culturais, familiares e vulnerabilidade dos indivíduos.

O controle da glicemia, da pressão arterial e os cuidados com os pés são intervenções plausíveis e custo-efetivas para as pessoas com DM. De acordo com a OMS, ao menos três intervenções para a prevenção e gestão do diabetes demonstram reduzir custos e melhoram a saúde (SCHMIDT et al., 2011).

Assim sendo, e, considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do DM são realizados pelo cliente portador ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração do diabético na sociedade, como reconhece a Organização Mundial da Saúde (2003).

O DM diagnosticado durante a gravidez pode ser classificado como prévio ou gestacional, conforme os novos critérios preconizados pelo IADPSG de 2010. A forma gestacional da doença (DMG) é responsável por 90% dos casos de DM, e sua prevalência varia de acordo com o critério diagnóstico utilizado, podendo chegar a 18% (BRASIL, 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

O Ministério da Saúde brasileiro, reconhecendo a importância do acompanhamento desses agravos na APS, lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA/MS). Concomitante ao lançamento desse plano foi realizado um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), o qual possibilita o monitoramento e avaliação contínua dos usuários cadastrados (BRASIL, 2001).

Em 2002, foi instituído, através da Portaria nº 371/GM, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002).

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, programa de rastreamento realizado em 2001 no Brasil, levou à detecção e à incorporação ao sistema de saúde de aproximadamente 320 mil pessoas com DM. Como resultado, o diagnóstico e o tratamento do DM foram aperfeiçoados na Atenção Básica, por meio da implantação de normas orientando o cuidado ao portador de diabetes. Além disso, os medicamentos básicos para controle de hipertensão e diabetes são disponibilizados gratuitamente por meio do programa Farmácia Popular. Atualmente, cerca de 1.700.000 indivíduos são beneficiados com acesso aos medicamentos preconizados para o tratamento e controle do DM (SCHMIDT et al., 2011).

O diabetes mellitus associado à gravidez pode ser classificado como diabetes mellitus gestacional (DMG, diagnosticado durante a gravidez) e o diabetes pré-gestacional (diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros). O diabetes pré-gestacional representa 10% das gestantes com diabetes na gravidez e requer manejo adequado antes mesmo da mulher engravidar. Fora do período gestacional, estas mulheres, na maioria dos casos, não são classificadas como portadoras de DMG, mas como pessoas com tolerância diminuída à glicose (BRASIL, 2012).

Na gestação, o Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) representa o problema metabólico mais comum, com prevalência entre 3% a 13% das gravidezes, dependendo de cor/raça, população e critérios diagnósticos utilizados. Caracteriza-se por qualquer nível de intolerância a carboidratos, que resulta em hiperglicemia de intensidade variável, identificada pela primeira vez no decorrer da gestação. O DMG vem crescendo em proporções semelhantes à prevalência do diabetes mellitus

tipo 2 (DM2). Nos últimos 20 anos, aumentou significativamente nos Estados Unidos, onde foi registrada prevalência de 1,4% a 6,1%, enquanto que, no Brasil, estima-se estar entre 2,4% e 7,2% (BRASIL, 2012; ARAÚJO et al., 2013).

Sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores pré-determinantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a redução da sensibilidade e resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos. Esse fenômeno materno de resistência à insulina é observado, principalmente, a partir da 26ª semana de gestação (ZUGAIB, 2008).

Entre outras substâncias que participam desse processo considerado fisiológico, estão a prolactina, o fator de necrose tumoral e a leptina. A sensibilidade periférica à insulina apresenta redução entre 40 a 70% de sua ação. A glicosúria leve (até +/4 ou 250 mg/dL) pode estar presente em um considerável número de gestantes, em razão da resposta ao aumento fisiológico da filtração glomerular. Entretanto, convém salientar para que em presença de valores maiores que este esperado representa motivo de alerta, de atenção e de investigação quanto ao diabetes. Quando a função pancreática não é suficiente para vencer a insulina, ocorre o DMG (ZUGAIB, 2008).

Na maior parte das vezes, o DMG representa o aparecimento do DM2 durante a gravidez e apresenta fatores de risco como: idade superior a 25 anos; obesidade materna ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; deposição central excessiva de gordura corporal; história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; baixa estatura (< 1,5cm); crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrosomia ou de diabetes gestacional (WHO, 2013).

Autores como Schirmer (1995) consideram também como fatores de risco para o desenvolvimento do DMG uso de contraceptivo oral, morte fetal ou neonatal inexplicável e glicosúria em dois ou mais episódios na gestação atual.

Diversas são as complicações que o diabetes pré-existente ou o DMG podem ocasionar tanto para a gestante como para o embrião, feto e recém-nascido. A hiperglicemia materna constitui na causa maior dos

problemas relacionados ao feto e à gestante (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Para a gestante, os problemas estão relacionados antes e pós-parto, uma vida sedentária, com obesidade e má alimentação influenciam no desenvolvimento do DMG, pois ocasionam sequelas para a mesma e para o recém-nascido. Uma das repercussões maternas está associada à incidência do aumento de complicações na gravidez, como a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), pré-eclâmpsia, eclâmpsia, desenvolvimento de outras endocrinopatias sobretudo aquelas relacionadas à tireóide, doenças cardiovasculares (em razão do aumento da sobrecarga cardíaca), polidrâmnio por conta da diurese osmótica fetal, infecção do trato urinário (ITU) e pielonefrite, além de síndrome metabólica e o desenvolvimento posterior de DM tipo 2 após o parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008; BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Também para a gestante, é de conhecimento que a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e que a nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetocidose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna. Sabe-se que a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e que a nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetocidose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna (BRASIL, 2011)

Para o embrião/feto, as consequências do DM na gestação são o abortamento, o polidrâmnio, a macrosomia e recém-nascido grande para a idade gestacional, que pode complicar (distocia de ombro, tocotraumatismo) ou inviabilizar a parturição via vaginal, desenvolvimento de nomalias congênitas, mais frequentemente as cardíacas (defeitos do septo ventricular, transposição dos grandes vasos e persistência do canal arterial), anomalias do sistema nervoso central, gastrointestinal, geniturinário e musculoesquelético, restrição do crescimento fetal, que pode complicar gestações em mulheres diabéticas com vasculopatias; óbito fetal, relacionado frequentemente à falta de triagem materna para o diabetes, demora para o diagnóstico e adoção tardia de cuidados (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Em relação aos riscos neonatais, existe a morbidade associada a prematuridade, macrosomia que pode levar a eventuais tocotraumatismos (como a lesão do plexo braquial), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) que pode levar ao desenvolvimento de vasculopatias (doença vascular/renal), policitemia, hiperbilirrubinemia,

cardiomiopatia, hipoglicemia e outras anormalidades metabólicas, problemas respiratórios (principalmente desconforto respiratório), anormalidades congênitas e doenças do adulto com raízes na vida intra-uterina (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Habitualmente, o diagnóstico do DMG é realizado por busca ativa, com testes provocativos que empregam sobrecarga de glicose, a partir do segundo trimestre da gestação. Mais recentemente, tem-se recomendado a triagem precoce de gestantes de alto risco na primeira consulta pré-natal, o que permite identificar casos de diabetes preexistente e que não devem, portanto, ser rotulados como diabetes gestacional (WEINERT et al., 2011)

O diagnóstico de diabetes prévio pode ser feito em mulheres que preencham um dos seguintes critérios na primeira consulta pré-natal: glicemia plasmática de jejum ≥ 126 mg/dl, ou hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$, ou glicemia plasmática aleatória ≥ 200 mg/dl, confirmada subsequentemente por elevação da glicemia de jejum ou da hemoglobina glicosilada (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013).

A WHO (2013) recomenda o rastreamento universal entre 24 e 28 semanas de gestação, através da realização do teste oral de tolerância à glicose com 75 mg de glicose e define como diabetes os casos que, fora da gravidez, seriam considerados como tolerância diminuída à glicose.

Já a American Diabetes Association (2014), baseada no estudo da HAPO, recomenda como melhor método de triagem e de diagnóstico a realização do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TTG ou TOTG) com a administração de 75 gramas de glicose via oral, após jejum absoluto de oito horas, realizado a partir da 24^a semana de gravidez, com primeira coleta em jejum e, posteriormente, uma e duas horas após a ingestão de glicose. O diagnóstico é feito quando os valores glicêmicos apresentem glicemias com valores iguais ou superiores a 92 mg/dl em jejum e/ou 180 mg/dl e 153 mg/dl respectivamente 1 hora e 2 horas após a ingestão de glicose.

A concomitância entre o DM e a gravidez foi por muitos anos sinônimos de altas taxas de mortalidade materna e fetal, o que fazia com que muitos desaconselhassem a gestação para essas pacientes. A descoberta da insulina em 1922 modificou o prognóstico dessa doença, sobretudo em relação ao futuro reprodutivo das mulheres. As taxas de mortalidade materna caíram drasticamente de 45% para valores inferiores a 2%. A mortalidade perinatal também apresentou queda

relevante, porém menos acentuada, principalmente pela dificuldade de instituição de programas que consigam garantir controle glicêmico preconcepcional adequado e, com isso, gerar queda nas taxas de malformações fetais (ZUGAIB, 2008).

Mesmo nas gestantes diabéticas pré-gestacionais, o conhecimento do metabolismo dos carboidratos é importante para facilitar o ajuste das doses de insulina durante o pré-natal, considerando que no segundo e terceiro trimestres há aumento da necessidade de insulina, sendo que no puerpério essa necessidade diminui de forma considerável (ZUGAIB, 2008).

A gravidez complicada pelo DM pré-existente ou pelo DMG torna-se de alto risco obstétrico, requerendo acompanhamento especializado, controles diversos e se não controlada de maneira adequada pode trazer complicações ao binômio mulher-criança, gerando grande temor nas mulheres que vivenciam essa gravidez.

Em relação à gestação, este período leva a diversas formas de vivências e de comportamentos, é um momento de profundas modificações não somente fisiológicas, sobretudo, psicológicas, emocionais e sociais na mulher que passa a perceber novos papéis. Embora seja um fenômeno fisiológico no período da vida reprodutiva da mulher, pode apresentar intercorrências que são capazes de representar riscos de vida tanto para a mulher como para seu(s) bebê(s), caracterizando a gestação de alto- risco ou gestação com intercorrência obstétrica ou gestação de risco obstétrico.

O adoecimento se constitui em uma experiência singular, pois integram os múltiplos significados tendo por base as experiências vividas por cada ser humano, em seus contextos socioculturais. Assim, a interpretação do adoecimento relaciona os significados compartilhados entre as pessoas nos seus grupos sociais aos significados da doença, dos sintomas, das queixas, das manifestações, dos serviços de saúde e das práticas profissionais, das relações com os profissionais da saúde e do sofrimento. Na gestação, essa experiência torna-se possui uma significação especial, particular.

Na gestação complicada por DM prévio ou com DMG, faz-se necessária a adoção de cuidados contínuos especializados de forma mais intensa, o que inclui mudanças significativas no estilo de vida, uma vez que representa mais de um ser humano a ser cuidado, ou seja, a gestante e seu(s) bebês. Medidas de cuidados como dieta, atividade física, insulino terapia, controles glicêmicos mais intensos, exames de controle de perfil biofísico fetal passam a fazer parte do cotidiano de cuidado

dessa gestante e também de sua família, que necessita ser envolvida nesse processo.

Quando se convive com uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social, há que se salientar que a enfermidade, no caso particular o DM vivenciado durante a gestação, além da possibilidade de trazer consequências físicas à gestante e ao seu(s) bebê(s), é capaz de acarretar danos psicológicos, alterando seu cotidiano, pois essas mulheres poderão deixar de realizar atividades que lhe permitem pertencer ao contexto em que vive (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Na atenção aos portadores de doenças crônicas, o modelo centrado na dimensão biomédica e com olhar dirigido apenas para a doença se torna ainda menos eficiente. Para maior efetividade da atenção aos portadores de doenças crônicas, torna-se fundamental que a assistência em Enfermagem e saúde ultrapasse esse modelo biomédico, assumindo uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora (FAVORETO; CABRAL, 2009).

No processo de socialização, o ser humano compartilha crenças, comportamentos, costumes e atitudes, ao que se denomina cultura, a qual serve de referência para a forma de ser, pensar e agir. Com o adoecimento, cada pessoa interpreta e reinterpreta os significados com base nas experiências vividas, o que caracteriza que este processo é um evento particular, como também é a sua forma de enfrentamento (HELMAN, 2003).

Percebe-se que muito se tem produzido em relação a conhecimentos técnico-científicos acerca do diabetes e sua relação com a gestação, dadas às múltiplas facetas que envolvem o assunto em pauta, inclusive, o diabetes mellitus gestacional tem sido amplamente estudado quanto aos aspectos fisiopatológicos, com destaque para a busca de evidências fortes que possam ser utilizadas na prática clínica.

Entretanto, pouco se conhece sobre as experiências vivenciadas pelas gestantes, tanto aquelas que desenvolvem o diabetes durante a gravidez, como aquelas que já tinham desenvolvido e/ou eram portadoras da doença antes de engravidarem, evidenciando a existência de lacunas na produção do conhecimento específico voltado para este universo.

Considera-se que o DM está entre as doenças mais impactantes e fragilizantes em termos de qualidade e quantidade de vida, constituindo em importante causa de cegueira, diálise, amputação não traumática de membros inferiores, afetando nervos periféricos, acometendo dores severas e neuropatia aos seus portadores, além de

representar uma das principais causas de internações hospitalares e, conseqüentemente, elevação dos gastos em saúde.

O conhecimento que tem sido produzido tem predomínio da abordagem das mulheres que desenvolvem o DMG durante a gestação, mas em relação às mulheres que vivenciam a gestação tendo DM 1 e/ou 2 prévios, poucos estudos têm sido desenvolvidos e/ou encontrados e o enfoque dos mesmos ainda se volta para as repercussões clínicas, não abrangendo as questões psicológicas e sociais.

Dado o aumento da incidência de DM tipo 1 e DM tipo 2 em mulheres, associado ao aumento da prevalência de DMG, o número de mulheres que têm alguma forma de diabetes durante a gravidez vem crescendo de maneira insidiosa, foram os fatores iniciais que despertaram o interesse em desenvolver a presente pesquisa.

Também outra motivação foi pautada em minha história de vida pessoal. Sou portadora de DM II em consequência de DMG, sem antecedentes familiares de DM, conhecendo de perto as dificuldades e compreendendo as limitações da vida dos portadores desta doença, pois convivo com todos estes aspectos, tanto como paciente e como enfermeira.

Outro fator motivador do desenvolvimento da presente pesquisa foi relacionado ao estabelecimento dos Objetivos do Milênio (ODM), desenvolvido e implantado pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os oito ODM foram estabelecidos em 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais (ONU, 2000).

Os objetivos estabelecidos e enumerados são:

Objetivo 01 – Acabar com a fome e a miséria;
Objetivo 02 – Educação de qualidade para todos;
Objetivo 03 – Igualdade entre sexos e valorização da mulher;
Objetivo 04 – Reduzir a mortalidade infantil;
Objetivo 05 – Melhorar a saúde das gestantes;
Objetivo 06 – Combater a aids, a malária e outras doenças;
Objetivo 07 – Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
Objetivo 08 – Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento (ONU, 2000, s.p)

Entre os Objetivos do Milênio, estão o objetivo de número quatro, reduzir a mortalidade infantil, onde, ao todo, 191 países assinaram o acordo, que prevê a redução da mortalidade infantil em 75% até 2015, com base nos índices de 1990, e o objetivo de número

cinco, melhorar a saúde das gestantes, ambos diretamente relacionados com o tema desta pesquisa. O impacto socioeconômico das DCNT está ameaçando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, incluindo a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica, a segurança humana, podendo atuar como um freio no próprio desenvolvimento econômico das nações, e também a melhoria da qualidade da saúde das gestantes (DUNCAN et al., 2012).

Outros estudos também apontam que as DCNT têm se tornado um grande obstáculo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ao provocarem o aumento da pobreza das famílias (ODM 1) e agravarem o quadro clínico de outras doenças transmissíveis, a exemplo da aids, da tuberculose e da malária (ODM 6). As Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a saúde da criança (ODM 4) e para a saúde materna (ODM 5) também estão associadas às DCNT: a ocorrência de diabetes e hipertensão durante a gestação está associada ao risco de morte materna; o pré-natal mal conduzido poderá resultar em desnutrição intra-útero, predispondo ao surgimento de DCNT na vida adulta; e o não aleitamento na infância pode conduzir a obesidade e DCNT (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013, p. 152).

Diante da complexidade deste contexto, associado à escassez de estudos voltados para mulheres que vivenciam a gestação tendo DM em todas as suas formas clínicas, de forma a compreender este universo de percepções, vivências e significados emerge a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais do Diabetes e do cuidado de mulheres na gestação e contribuições para a Enfermagem e Saúde?

Em busca de respostas para esta questão, estabeleci como objetivo do estudo conhecer as representações sociais do DM e do cuidado de mulheres na gestação e contribuições para a Enfermagem e Saúde.

A partir da identificação da questão norteadora e do estabelecimento do objetivo do estudo, foi preciso definir a abordagem teórico-metodológica mais adequada a ser adotada. Neste particular, por considerar a natureza do fenômeno a ser investigado, as minhas crenças, meus valores e minha visão de mundo, optei por realizar um estudo

tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS). Na perspectiva desta pesquisa, a Representação Social (RS) constitui um fenômeno que traduz uma forma de conhecimento exposto pelas gestantes acerca do seu processo de ter e de conviver com o DM.

As RS envolvem o compartilhamento entre os sujeitos sociais. Ao se coletar as informações para a pesquisa, individualmente, identificam-se as representações expressas pelos participantes. A aproximação dos discursos deve demonstrar a sua produção social, através da comunicação.

Através da TRS, busquei compreender como as mulheres percebem e vivenciam a gestação tendo diabetes, como compartilham esse conhecimento com a comunidade e de que forma estas representações sociais podem influenciar no cuidado em enfermagem e em saúde de indivíduos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) particularmente de mulheres portadoras da doença que tornam-se, a partir do momento em que concebem e gestam, mulheres em situação de risco obstétrico.

Dentro dessa ótica, Moscovici (2011) menciona que o pensamento é considerado como ambiente, sendo o principal mecanismo desencadeador de sentimentos e crenças. Também é delineador das condições da realidade em que se encontra o ser humano.

A RS consiste em conceito multifacetado, sendo definida como um conjunto de explicações advindas do cotidiano, presentes no curso das comunicações interpessoais, possibilitando a apreensão de processos e mecanismos pelos quais os indivíduos participam da construção de conhecimento a partir do cotidiano (GUARESCHI; JOVCHELOVTCH, 2011).

Neste estudo sobre as representações sociais de mulheres que vivenciam a gestação com DM pré-existente ou DMG, o foco residiu na aproximação com essas mulheres, buscando conhecer o que elas pensam, sentem e que ações desenvolvem na relação com o DM. Esse conhecimento se dá pela exploração das suas RS e do contexto de produção e comunicação delas.

A gravidez de alto risco continua sendo um fenômeno desconhecido para mim, o que me instiga buscar a compreensão de alguns de seus aspectos, uma vez que se trata de uma experiência singular e concreta, vivenciada pela mulher no seu mundo vida. A gestante, como sujeito consciente no mundo, experiencia essa situação e atribui a ela significados, aos quais me propus desvelar. Conhecendo tais significados, posso contribuir de certa forma para o cuidado de

enfermagem e de saúde à gestante, que vivencia esta situação particular de alto risco.

No estudo desta problemática, apresento como TESE que: As representações sociais do diabetes para as gestantes que o vivenciam na gravidez determinam atitudes, comportamentos e práticas de cuidado de si e do outro e comportam elementos relevantes para o cuidado em enfermagem e saúde.

Acredito que o presente estudo traz contribuições relevantes, não somente para a prática obstétrica e planejamento em saúde, mas, sobretudo, para o cuidado em Saúde e Enfermagem, uma vez que esse cuidado não deve contemplar apenas os aspectos meramente técnicos, biologicistas, mas também aspectos psicológicos, emocionais, espirituais, culturais, econômicos, além da promoção de redes de suporte emocional e social de apoio à mulher.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão de literatura é apresentada em forma de manuscrito, em conformidade com a Instrução Normativa N° 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre os critérios para a elaboração e apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Pen) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como título: “Representações Sociais de mulheres que vivenciam gravidez tendo Diabetes: um olhar através da revisão integrativa”, o qual deverá ser submetido a avaliação e possível publicação em periódico classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

2.1 MANUSCRITO 1 - Representações Sociais de mulheres que vivenciam A gravidez tendo diabetes: um olhar através da revisão integrativa

PERCEPÇÕES DE MULHERES QUE VIVENCIAM A GRAVIDEZ TENDO DIABETES: UM OLHAR ATRAVÉS DA REVISÃO INTEGRATIVA¹

PERCEPTIONS OF WHO EXPERIENCED PREGNANCY HAVING DIABETES: A VIEW THROUGH INTEGRATIVE REVIEW

PERCEPCIONES DE MUJERES QUE VIVIERON LA GESTACIÓN TENIENDO DIABETES: UNA MIRADA ATRAVÉS DE LA REVISIÓN INTEGRADORA

*Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias²
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos³*

RESUMO: Foi realizada revisão integrativa com objetivo de identificar as contribuições de pesquisas em âmbitos nacional e internacional sobre as percepções de mulheres que vivenciam a gestação sendo portadoras de Diabetes Mellitus pré-existente à gestação ou com Diabetes Gestacional. A busca ocorreu nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDNF, SciELO, Banco de Teses da CAPES, PROQUEST Dissertations & Theses (PQDT) e SCIENCE DIRECT, no período de 2000 a 2012, sendo encontrados 950 estudos. Destes, 30

¹ Manuscrito extraído da tese intitulada “Representações sociais do diabetes e do cuidado de mulheres na gestação: contribuições para enfermagem e saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina PEn/UFSC, em fevereiro de 2015.

²Enfermeira Obstétrica e Neonatal, Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail: helozimmer@gmail.comMulher e do Recém-Nascido. E-mail: helozimmer@gmail.com

³Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: regos@matrix.com.br

atenderam aos critérios de inclusão. Os estudos demonstram que fatores sociais e emocionais influenciam na gravidez e que experiências destas mulheres são marcadas por vulnerabilidade e índices de ansiedade aumentados. A compreensão dos sentimentos, percepções e expectativas das gestantes representam aspecto relevante para o cuidado em saúde e enfermagem, evidenciando necessidade de intervenções de apoio e escuta. Mediante conhecimento das percepções e representações, os profissionais podem gerenciar tais expectativas, com base nos resultados do estudo.

Descritores: Diabetes Mellitus Gestacional. Gestação de Alto Risco. Gravidez em Diabéticas. Percepção Social. Psicologia Social.

ABSTRACT: The objective of this integrative review is to identify research contributions in Brazil and abroad on perceptions of women experiencing pregnancy with pre-existing Diabetes Mellitus or gestational diabetes. The search was carried out on the database PUBMED/MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDNF, SciELO, CAPES Theses, PROQUEST Dissertations & Theses (PQDT) and SCIENCE DIRECT, from 2000 to 2012, where 950 studies were found. From these studies, 30 encompassed the inclusion criteria. The studies demonstrate that social and emotional factors influence pregnancy and the experiences of these women are marked by vulnerability and increased anxiety levels. The understanding of feelings, perceptions and expectations of pregnant women represent a relevant aspect for health care and nursing, showing the need for support and hearing interventions. Through the knowledge of these perceptions and representations professionals can manage these expectations, based on the study results.

Descriptors: Diabetes, Gestacional. Pregnancy in Diabetics. Pregnancy, High Risk. Social Perception. Psychology, Social

RESUMEN: Fue realizada una revisión integradora con el objetivo de identificar las contribuciones de las investigaciones a nivel nacional e internacional de las percepciones de las mujeres que vivieron la gestación, siendo portadoras de Diabetes Mellitus preexistente en la gestación o Diabetes Gestacional. La búsqueda se realizó en las bases de datos PUBMED / MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDNF, SciELO, el Banco de tesis de CAPES, PROQUEST Disertación y Tesis (PQDT) y SCIENCE DIRECT, de 2000 a 2012, siendo encontrado 950 estudios. De éstos, 30 cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios

demuestran que los factores sociales y emocionales influyen en la gestación y experiencias de estas mujeres se caracterizan por la vulnerabilidad y el aumento de los niveles de ansiedad. La comprensión de los sentimientos, las percepciones y las expectativas de las mujeres gestantes representan aspecto importante para el cuidado de la salud y de enfermería, mostrando la necesidad de apoyo y las intervenciones de escucha. A través del conocimiento de las percepciones y representaciones, los profesionales pueden manejar estas expectativas, con base en los resultados del estudio.

Descriptor: Diabetes Mellitus Gestacional. Embarazo de Alto Riesgo. Embarazo en Diabéticas. Percepción Social. Psicología Social.

INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico da população brasileira apresenta o predomínio das chamadas doenças da modernidade ou também denominadas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), além de contar com o surgimento das doenças emergentes e re-emergentes (OMS, 2003; BRASIL, 2011).

As doenças emergentes são aquelas que surgiram de forma recente, sobretudo nas duas últimas décadas, numa população ou aquelas que ameaçam expandir-se em futuro próximo; já as doenças re-emergentes são aquelas que surgem com impacto significativo sobre o ser humano, devido à sua gravidade em acometer órgãos e sistemas principais e potencialidade de deixar sequelas limitadoras e mesmo morte, pelas repercussões sociais relacionadas à sua prevalência, reveladoras de degradação ambiental (OMS, 2003; BRASIL, 2011).

As DCNT referem-se a problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem gerenciamento ininterrupto por anos e até por décadas, englobando vasta categoria de agravos que aparentemente não teriam qualquer relação entre si (BRASIL, 2011).

O Diabetes Mellito ou *Mellitus* (DM) representa a doença crônica não transmissível que acomete a humanidade em maiores dimensões, configurando-se num dos cinco riscos globais para a mortalidade no mundo, ocorrendo em todas as classes sociais, em todas as raças e em ambos os sexos, indistintamente, além de constituir importante problema de saúde pública, sendo considerado um problema de saúde pública que afeta o ser humano em sua totalidade, nos aspectos que envolvem a manutenção das funções do organismo, a prevenção de incapacidades futuras e o desenvolvimento de habilidades de autocuidado e apoio. Além disso, o controle da doença exige

modificação do estilo de vida, estratégia que há muito é considerada a pedra angular do tratamento (LUBKIN; LARSEN, 2002).

O DM compreende um grupo de doenças metabólicas de múltipla etiologia caracterizadas por hiperglicemia, capaz de afetar o metabolismo normal dos carboidratos, gorduras e proteínas e sendo estas associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (ZUGAIB, 2008; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como qualquer grau de intolerância à glicose, com início ou primeiro reconhecimento durante a gestação. Esta definição se aplica independentemente do uso de insulina ou se a condição persiste após o parto e não exclui a possibilidade de a intolerância à glicose ter antecedido a gravidez (ZUGAIB, 2008; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Dado o aumento da incidência de diabetes tipo 1 e de diabetes tipo 2, associado ao aumento da prevalência de DMG, o número de mulheres que têm alguma forma de diabetes durante a gravidez vem crescendo de maneira insidiosa. As percepções e expectativas das mulheres com diabetes durante a gravidez pode afetar sua resposta psicológica à gravidez, a adesão necessária ao tratamento que requer mudança de hábitos de vida bem como seu comportamento durante e após a gravidez (LAWRENCE, 2011).

Com o intuito de identificar possíveis lacunas do conhecimento e contribuir com subsídios para uma reflexão acerca das representações sociais do ser gestante tendo DM, foi realizada a presente revisão integrativa com o objetivo de identificar as contribuições de pesquisas em âmbito nacional e internacional sobre representações sociais de mulheres que vivenciam a gestação sendo portadoras de DM pré-existente ou de DMG.

PERCURSO METODOLÓGICO

Iniciativas recentes e visíveis no desenvolvimento das práticas de saúde e de enfermagem baseadas em evidências científicas possibilitam a produção de conhecimentos específicos em diferentes contextos profissionais, com diversos tipos de abordagens metodológicas, entre as quais destaca-se a revisão integrativa.

Este tipo de revisão consiste num método de pesquisa que possibilita estabelecer uma síntese e conclusões gerais acerca de determinada área ou fenômeno de estudo em particular, realizado de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado, sendo conduzida a partir de um rigoroso processo de seleção. Esse tipo de revisão deve observar os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original, e considerar os aspectos de clareza, para que a comunidade científica possa identificar as reais características dos estudos selecionados e oferecer subsídios para o avanço do conhecimento nas áreas da saúde e da enfermagem (GANONG, 1987; URSI, 2005).

A trajetória de desenvolvimento da presente revisão integrativa foi pontuada por seis etapas, de acordo com protocolo previamente elaborado e validado (Apêndice A). A primeira etapa consistiu na identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, que se desenvolveu a partir da temática gestar tendo diabetes. Assim, foi delimitada a seguinte questão de pesquisa: Qual o conhecimento científico produzido sobre a percepção de mulheres que vivenciaram a gestação tendo diabetes? (GANONG, 1987; URSI, 2005).

Na segunda etapa, foram estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas publicadas em periódicos nacionais e internacionais que investigaram a percepção das mulheres que vivenciaram a gestação tendo diabetes, em forma de artigo (originais ou revisão integrativa de literatura), teses e dissertações, que contivessem as palavras-chave listadas, identificadas no resumo, no título e nos descritores quando disponíveis e que estivessem publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis online na forma completa, no período de 2000 a 2012.

Foram excluídos Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês, TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência.

A busca dos artigos foi realizada pela internet, nas seguintes bases de dados: Pubmed/Medline, CINAHL, LILACS, BDENF, SciELO Regional, Banco de Teses da CAPES, ProQuest Dissertations & Theses (PQDT), com a utilização dos descritores Cuidados de Enfermagem, Diabetes Gestacional, Enfermagem, Gestantes, Gravidez, Gravidez em Diabéticas, Percepção Social.

Medline/PubMed: Serviço da U.S. National Library of Medicine (NLM) que indexa a literatura especializada nas áreas de ciências

biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública, tendo a base de dados MEDLINE como principal fonte de informação integrante do serviço. MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM e que contém referências bibliográficas e resumos de aproximadamente 5.600 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países.

A base CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) indexa periódicos científicos estrangeiros sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde.

SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos on-line. Base de dados que permite a busca integrada de artigos dos periódicos da rede Scielo: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, Portugal, Venezuela, Saúde Pública, Social Sciences.

LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) representa base de dados relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede BVS, coordenado pela BIREME. A BDEFN (Base de Dados de Enfermagem) consiste em fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da UFMG e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem.

O Banco de Teses da CAPES representa base de dados de teses e dissertações defendidas desde 1987 com as informações fornecidas pelos programas de pós-graduação, que se responsabilizam pela veracidade dos dados.

ProQuest Dissertations & Theses (PQDT) é uma base de dados de dissertações e teses cobrindo trabalhos universais desde 1861 até o presente e oferecendo textos completos para a maioria das dissertações adicionadas desde 1997.

Na terceira etapa desta revisão integrativa, procedeu-se a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Essas informações foram catalogadas em ficha bibliográfica, baseada no modelo proposto por Ursi (2005), e contemplaram: a identificação do periódico de publicação, o país de origem, a formação dos pesquisadores, o idioma utilizado para publicação, os descritores, os objetivos, o referencial teórico, o tipo de delineamento, o local, o período de coleta de dados, os sujeitos, a delimitação da amostra, o

instrumento utilizado para a coleta de dados, o método, a análise dos dados e os preceitos éticos, além de identificar os principais resultados, as conclusões, as recomendações para a prática, sugestões de novas pesquisas e as dificuldades apresentadas.

A quarta etapa, avaliação dos estudos, ocorreu durante a elaboração e análise das fichas bibliográficas. Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, observados os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar as categorias: A discussão e interpretação dos resultados, e a quinta etapa dessa revisão, consistiu em elaborar as recomendações para a prática, a partir das conclusões advindas da revisão, bem como, apresentar sugestão de novas pesquisas, com a identificação de lacunas nos estudos incluídos (GANONG, 1987; URSI, 2005).

Na sexta e última etapa da revisão integrativa, foi elaborado o resumo das evidências disponíveis, com a produção dos resultados apresentados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentando os estudos

Do total dos 950 estudos encontrados, após criteriosa revisão, 30 estudos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão adotados, com a participação de um total de 2.596 mulheres na faixa etária compreendida entre 15 a 49 anos.

No que diz respeito ao delineamento de estudo na amostra analisada, foram identificados vinte e dois artigos desenvolvidos com abordagem qualitativa, tendo predomínio da abordagem fenomenológica em sete estudos, pautados em sua maioria na Fenomenologia Hermenêutica, sendo Martin Heidegger o autor mais utilizado, seguido de Maurice Merleau-Ponty (Fenomenologia Interpretativa e Fenomenologia Existencial), Gadamer (Fenomenologia Hermenêutica) e Spielberg. Sete estudos foram desenvolvidos com abordagem quantitativa e em um estudo utilizou-se a abordagem quali-quantitativa.

Três estudos utilizaram como referencial teórico metodológico a Etnografia, balizando-se em autores como Gertz e Leininger; dois estudos utilizaram a Teoria das Representações Sociais embasadas nas concepções de Moscovici; os demais estudos qualitativos utilizaram referenciais teórico-metodológicos como o Discurso do Sujeito Coletivo, presente em dois estudos; um estudo utilizou a Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen (oriunda da Psicologia), e os demais estudos utilizaram, respectivamente, a Grounded Theory, a

Teoria do Autocuidado de Orem com análise de Minayo e um estudo utilizou o modelo de Análise Crítica de teorias proposto por Chinn e Kramer;

Os descritores mais utilizados foram: Diabetes. Percepção. Gravidez. Diabetes Mellitus Gestacional.

Na coleta de dados para avaliar a percepção das mulheres sobre o Diabetes na gestação, foram identificados quatorze estudos com entrevistas semiestruturadas, quatro estudos com a utilização de questionários, com entrevistas abertas, estudo com entrevistas gravadas, um estudo com utilização de entrevistas gravadas por telefone e um estudo com observação participante (Quadro 1).

Em relação aos sujeitos de pesquisa, nos estudos quantitativos houve a participação de 2.197 mulheres e nos estudos qualitativos participaram 390 mulheres. No único estudo que utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa participaram nove mulheres.

No que se refere aos objetivos dos estudos, em geral consistiam em identificar os sentimentos de gestantes diabéticas, particularmente as portadoras de diabetes mellitus gestacional e compreender de que forma estas gestantes vivenciam o estar diabética e suas implicações nos âmbitos pessoal, familiar e social (SHEFFER, 2000; EVANS, 2003; SILVA, SANTOS, PARADA, 2004; SALOMON, SOARES, 2004; SALOMON, 2004; PATRICK, 2005; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; PESSOA, 2008; QUEVEDO, 2010, LAWRENCE, 2010).

Os dados analisados revelam a produção de um conhecimento científico que, em seus resultados, apresentam aspectos gerais a respeito do evento, que foram divididos em categorias diferenciadas. Os estudos evidenciam recomendações para a prática e desenvolvimento de novas pesquisas.

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa

Referência	Objetivo(s)	Delineamento do estudo/ referencial teórico	Sujeitos	Instrumento(s) coleta de dados
SOPAJAREE, 2000	Investigar as alterações de ansiedade materna pré-natal ao longo do tempo durante a gestação de alto risco, para determinar os níveis de pico de ansiedade e examinar se há relação entre características maternas (paridade, idade materna, renda familiar, educação e tipo de gestação) e os padrões de ansiedade materna como fatores de influência no estado de saúde neonatal.	Quantitativo (Ensaio clínico randomizadolongitudinal) + Referencial Teórico Modelo de Sistemas de Betty Neuman	165 gestantes com diagnósticos de Diabetes Mellitus prévio à gestação ou com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional.	Questionários
SHEFFER, 2000	Descrever a experiência vivida da gravidez de mulheres com Diabetes Mellitus insulimoddependente prévio à gestação.	Qualitativo/ Fenomenologia Interpretativa (Heidegger)	08 gestantes com Diabetes Insulimoddependente prévio à gestação.	Entrevistas semiestruturadas
BEZERRA; CARVALHO; SOBREIRA, 2001	Identificar os sentimentos da gestante diabética e as complicações para si e para o feto.	Qualitativo/ estudo descritivo, análise de dados baseada em Minayo (1994), com categorização dos resultados. Teoria do Autocuidado de Orem	10 gestantes internadas com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional.	Entrevistas gravadas
RUMBOLD; CROWTHER, 2002	Avaliar se as mulheres com triagem positiva para Diabetes Mellitus Gestacional (GDM) experimentaram alguma redução na sua qualidade de vida.	Quantitativo/ Estudo Prospectivo de Cohort	212 mulheres com triagem positiva para Diabetes Mellitus Gestacional.	Questionários

COFFMAN, RAY, 2002	Descrever os processos de apoio social para mulheres afro-americanas de baixa renda e com gravidez de alto risco durante a gestação pós-parto e gerar uma teoria substantiva sobre o apoio.	Qualitativo/ Theory (TFD)	Grounded	24 sujeitos: 10 gestantes com gravidez de alto risco (situações diversas), 03 membros de suporte social e 11 prestadores de cuidados em saúde.	Entrevistas Observação Revisão dos Prontuários
BROOKS, 2002	Identificar barreiras percebidas para a adesão ao tratamento entre mulheres afro-americanas grávidas com diabetes e examinar as relações entre as barreiras percebidas à adesão e as características demográficas.	Quantitativo/ Correlacional/ Análise de variância	Descritivo/ Análise de	32 mulheres afro-americanas com gestações complicadas por Diabetes Mellitus	Entrevistas Questionários com perguntas abertas
EVANS, 2003	Compreender qual o significado de estar em situação de risco durante a gestação e quais foram os significados incorporados nas experiências das mulheres que se tornaram diabéticas durante a gravidez.	Qualitativo/ Fenomenologia Hermenêutica (Heidegger)		12 mulheres que tiveram Diabetes Mellitus Gestacional durante a gravidez.	Entrevistas semiestruturadas
SILVA et al., 2004	Compreender o significado da gestação para as grávidas diabéticas.	Qualitativo/ Discurso do Sujeito Coletivo.		22 gestantes com Diabetes Mellitus pré-existente ou Diabetes Mellitus Gestacional	Entrevistas semiestruturadas
SALOMON, SOARES, 2004	Compreender como as mulheres portadoras de diabetes gestacional enfrentam esse diagnóstico e que significados atribuem à doença.	Qualitativo/ Etnografia Antropologia (Geertz)	na	09 gestantes com diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Gestacional	Entrevistas semiestruturadas Análise de prontuários
SALOMON, 2004	Compreender como as gestantes portadoras de Diabetes Gestacional	Qualitativo/ Etnografia Antropologia	na	09 gestantes com diagnóstico confirmado	Entrevistas semiestruturadas

	vivenciam o estar diabética e suas implicações no âmbito pessoal, familiar e social.	interpretativa (Geertz)	de Diabetes Mellitus Gestacional.	Oficinas de reflexão
EVANS, O'BRIEN, 2005	Compreender o significado para mulheres que experimentam uma gravidez complicada com Diabetes Gestacional.	Qualitativo/ Fenomenologia Hermenêutica (Heidegger)	12 gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional na gestação atual.	Entrevistas gravadas
GUERRA et al., 2005	Comparar as informações que as gestantes diabéticas possuíam antes e depois de receber o Programa Educativo para o Autocuidado do <i>Diabetes Mellitus</i> direcionado aos fatores, aos conhecimentos teóricos, capacitação prática e atitudes em relação ao Diabetes.	Quantitativo/ Desenho semi-experimental, correlacional e prospectivo	64 gestantes portadoras de Diabetes, sendo que 46.9% tinham Diabetes Mellitus Gestacional.	Questionário; Entrevista estruturada
PATRICK, 2005	Compreender o significado de ser diagnosticada com diabetes "duas vezes na vida".	Qualitativo/ Fenomenologia Existencial (Merleau-Ponty).	08 mulheres que tiveram Diabetes Mellitus Gestacional e que desenvolveram posteriormente Diabetes Mellitus tipo 2	Entrevistas
HJELM et al., 2005	Comparar e discutir a saúde e doença entre mulheres nascidas na Suécia e em países do Oriente Médio, e quem desenvolveram diabetes gestacional.	Qualitativo/ Estudo descritivo exploratório	27 mulheres, sendo 13 nascidas na Suécia e 14 nascidas em países do Oriente Médio, todas com diagnóstico de Diabetes gestacional.	Entrevistas semiestruturadas

CASTILLO, VÁSQUEZ, 2006	Descobrir o significado do autocuidado para um grupo de gestantes diabéticas	Qualitativo/ Etnografia/ Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger/	10 gestantes com diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 prévios à gestação e com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional	Entrevistas Observação participante
SEATON, 2006	Conhecer a qualidade e de conteúdo das atuais diretrizes da prática clínica (CPG) em diabetes mellitus gestacional (DMG) para uso em uma comunidade aborígena; 2) Conhecer a percepção de enfermeiros e outros profissionais de saúde que cuidam de mulheres indígenas sobre o uso do CPG em sua prática, e 3) Conhecer as crenças de saúde e os efeitos do Diabetes Mellitus Gestacional naquela comunidade.	Quantitativo e Qualitativo/Practice Evaluation and Cycle Adaptation (Graham, Harrison & Brouwers, 2003).	09 gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional	Entrevistas semiestruturadas
QUEVEDO et al., 2006	Identificar as representações sociais da maternidade em mulheres cardiopatas e diabéticas que experienciavam uma gravidez de risco	Qualitativo/ Estudo Exploratório, Descritivo de corte/ Teoria das Representações Sociais/ Discurso do Sujeito Coletivo	20 gestantes, sendo 11 cardiopatas e 09 diabéticas, portadoras de Diabetes Mellitus tipo I ou II (excluídas gestantes com diabetes gestacional)	Entrevistas semiestruturadas
PESSOA et al., 2006	Objetivou-se analisar a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e discorrer sobre as possibilidades de sua aplicação no cuidado a mulheres com	Reflexão Teórica/ modelo de Análise Crítica de teorias, elaborado por Chinn e Kramer.	Sem participação de sujeitos	Não houve coleta de dados

KIM et al., 2007	diabetes gestacional (DMG). Avaliar a percepção de risco para o diabetes entre as mulheres com história de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).	Quantitativo	217 mulheres com história de Diabetes Mellitus Gestacional.	Entrevistas por telefone
PESSOA, 2008	Compreender o significado do diagnóstico e da internação hospitalar na perspectiva de um grupo de grávidas com Diabetes Mellitus Gestacional.	Qualitativa/ Fenomenologia existencial (Heidegger)	12 gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional e internadas pela primeira vez durante a gravidez.	Entrevistas semiestruturadas Análise Prontuários; Práticas de arte-terapia; e diário de campo
HJELM et al., 2008	Explorar crenças sobre cuidados, doença e saúde em mulheres com diabetes mellitus gestacional (DMG) gerido em duas organizações diferentes com base em Diabetologia ou obstetrícia.	Qualitativo/ Exploratório.	13 mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional	Entrevistas semiestruturadas
LANDIM et al., 2008	Identificar os déficits de autocuidado em gestantes diabéticas.	Qualitativo/ Teoria de Orem.	12 gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional.	Entrevistas estruturadas
HJELM et al., 2009	Explorar crenças acerca de saúde e doença três meses após o parto em mulheres nascidas na Suécia e em países do Oriente Médio, que tiveram diabetes mellitus gestacional como condição pré-diabética.	Qualitativo, Exploratório/ Pesquisa de Intervenção	27 mulheres puérperas, sendo 13 nascidas na Suécia e 14 nascidas em países do Oriente Médio, todas com diagnóstico de Diabetes Gestacional.	Entrevistas semiestruturadas

BIEDA, 2009	Estudiar o conhecimento das mães quanto ao risco de diabetes ² , bem como suas intenções para participar de comportamentos preventivos do Diabetes.	Qualitativo/ Teoria do Comportamento Planejado/ Planejamento de Ajzen	25 mulheres afro-americanas com diabetes gestacional na gestação atual.	Entrevistas semiestruturadas e Questionários
QUEVEDO, 2010	Estudar as representações sociais para mulheres com gestação de alto risco em decorrência tanto de doenças pré-existentes quanto de doenças adquiridas durante o período gestacional.	Qualitativo/ Teoria das Representações Sociais/ Discurso do Sujeito Coletivo.	100 mulheres gestantes entre 18 e 42 anos de idade, sendo 09 mulheres com Diabetes tipo 1 associadas à gestação; 08 mulheres com Diabetes tipo 2 associadas à gestação; 06 mulheres com Hipertensão Arterial crônica associada à gestação; 16 mulheres com Diabetes Gestacional; 18 mulheres com Rotura Prematura de Membranas; 20 mulheres com Trabalho de Parto Prematuro e 23 mulheres com Hipertensão induzida pela Gestação, todas hospitalizadas.	Entrevistas semiestruturadas
LAVENDER et al., 2010	Avaliar experiências de mulheres brancas do Sudeste Asiático com Diabetes tipo 1 como tipo 2, e o impacto percebido do diabetes na saúde	Qualitativo/ Fenomenologia Hermenêutica Interpretativa (Heidegger)	22 mulheres com diabetes tipo 1 ou 2.	Entrevistas semiestruturadas

	reprodutiva.	Quantitativo/ Transversal	Estudo	1372 mulheres	Questionários
MORRISON, 2010	Descrever as percepções de risco e fatores associados a um alto nível de risco percebido para o desenvolvimento do tipo 2 diabetes em uma amostra de mulheres australianas com uma história recente de diabetes mellitus gestacional.				
NOLAN et al., 2011	Descrever a experiência materna de ter Diabetes tipo 2 ou Diabetes Gestacional.	Qualitativo/ Fenomenologia (Spiegelberg)		08 mulheres que tinham tipo 2 ou diabetes gestacional em menos de uma gravidez. Não houve.	Grupos focais/ Entrevistas por telefone
LAWRENCE, 2011	Fornecer uma visão geral da epidemiologia da diabetes na gravidez, incluindo diabetes diagnosticado antes da gravidez ("diabetes pré-gestacional") e Diabetes Gestacional (GDM).	Estudo epidemiológico			Análise de estudos já produzidos
BYRN, 2011	Determinar se as mulheres com diabetes gestacional apresentavam maior incidência de depressão do que as mulheres sem diabetes gestacional; (2) Determinar se os fatores preditivos de depressão em mulheres grávidas com diabetes gestacional foram diferentes das mulheres sem diabetes gestacional.	Quantitativo/ comparativo longitudinal	Estudo comparativo longitudinal	135 mulheres grávidas com gestação entre 24 e 40 semanas, das quais 65 tinham diabetes gestacional e 70 não tinham diabetes gestacional.	Prontuário eletrônico

	e (3) Determinar se as minorias possuíam maior risco de depressão durante a gravidez do que a raça branca.			
--	--	--	--	--

Síntese dos resultados

A síntese dos estudos analisados revela a produção de um conhecimento científico diversificado, que evidenciam sentimentos diversos entre estas gestantes que vivenciam a gestação tendo/desenvolvendo diabetes. Observou-se também diversidade de abordagens metodológicas e de desenhos de pesquisa, obtendo-se como resultados sentimentos, categorias de sentimentos, descritores culturais e percepções.

A gestação é considerada como um período de profundas modificações e transformações, incluindo maior vulnerabilidade emocional e psicológica, particularmente quando esta gestação é caracterizada como sendo de alto risco obstétrico e neonatal, cujos desfeitos podem ser pouco ou nada favoráveis (SOPAJAREE, 2000; BEZERRA, CARVALHO, SOBREIRA, 2001; EVANS, 2003; SILVA, SANTOS; PARADA, 2004; PATRICK, 2005; EVANS, O'BRIEN, 2005; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; PESSOA, 2008; BIEDA, 2009; QUEVEDO, 2010; BYRN, 2011).

A maioria dos estudos desenvolvidos com gestantes portadoras de DMG e de diabetes pré-existente evidenciou que para estas mulheres, a gravidez é considerada de alto risco obstétrico e percebida como experiência marcada por estresse, níveis elevados de ansiedade, preocupação consigo e com o futuro de seu(s) bebê(s) (SOPAJAREE, 2000; BEZERRA, CARVALHO, SOBREIRA, 2001; SILVA, SANTOS, PARADA, 2004; SALOMON, SOARES, 2004; SALOMON, 2004; EVANS, O'BRIEN, 2005; EVANS, 2003; PATRICK, 2005; PESSOA, 2008; QUEVEDO, 2010; LAVENDER et al., 2010; BYRN, 2011).

A gravidez é percebida como um período de crise emocional e de insegurança em razão do desconhecimento da doença, sobretudo quando esta é diagnosticada durante a gestação, como em razão da perspectiva de problemas que possam ocorrer em relação ao DM, relacionadas a si próprias quanto para seu(s) bebe(s) (SOPAJAREE, 2000; SHEFFER, 2000; BEZERRA, CARVALHO, SOBREIRA, 2001; SALOMON, SOARES, 2004; SALOMON, 2004; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; PESSOA, 2008; QUEVEDO, 2010; LAVENDER et al., 2011).

O momento do diagnóstico do diabetes na gravidez produz impacto marcante, o que modifica o curso das percepções frente a uma gestação que se torna de risco, gerando angústias, conflitos, temores. As gestantes manifestaram sentimentos como medo, ansiedade e depressão,

tanto pelas implicações da gravidez de alto risco, como por experiências pessoais com o diabetes gestacional e familiares com diabetes mellitus. As crenças sobre o diabetes gestacional dificultaram a aceitação do diagnóstico, ou porque o mesmo não foi bem compreendido como doença ou porque foi percebido como doença grave (SALOMON, SOARES, 2004; SALOMON, 2004).

Em relação aos sentimentos identificados entre as gestantes vivenciando gravidez tendo DM, foram identificadas num total de cinco categorias: Conhecimento da Gestante sobre Diabetes Mellitus antes da gestação; Conhecimento da Gestante sobre Diabetes Mellitus na gestação; Sinais e sintomas das gestantes diabéticas; Sentimentos ao saberem que estavam com Diabetes Mellitus; Sentimentos das gestantes em relação ao bebê (SALOMON, 2004).

Utilizando outra forma de abordagem qualitativa, a análise na ótica do Discurso do Sujeito Coletivo, estudo desenvolvido construiu, a partir da identificação de ideias centrais, encontrando as seguintes categorias: “felicidade frente a uma gravidez desejada” e “preocupação com a gravidez e renúncia”; “minha gravidez foi planejada” e “meu plano era outro”; “sinto o que mulheres grávidas sentem” e “tive muitos problemas na gravidez”; “um filho é tudo o que ele queria” e “ele não teve aquela emoção que nem mulher”; “eu estou controlando, fazendo tudo o que o médico diz” e “eu estou tentando fazer dieta, mas é difícil” (SALOMON, 2004).

As ideias centrais identificadas evidenciam que, também entre as gestantes diabéticas estudadas, planejar e desejar a gravidez e contar com o apoio da família e/ou companheiro foram aspectos essenciais para que o tratamento fosse enfrentado de forma tranquila, e a gravidez fosse vivida de forma prazerosa. Com isto, o estudo demonstrou que vivenciar a gestação tendo diabetes não engloba somente aspectos negativos, mas que é perfeitamente possível conviver de forma saudável, tranquila e até prazerosa (SILVA, SANTOS, PARADA, 2004).

Na perspectiva cultural, estudos desenvolvidos utilizando a Etnografia e a Antropologia Interpretativa de Geertz, identificaram seis descritores culturais: (1) Enfrentando o diagnóstico do diabetes na gravidez; (2) Compreendendo o significado do diabetes gestacional; (3) Adaptando-se e convivendo com o diabetes gestacional; (4) Revelando as expectativas em relação à gravidez complicada pelo diabetes; (5) Projetando expectativas sobre a possibilidade de confirmação do diagnóstico do diabetes após o parto; e (6) Refletindo sobre a assistência

às gestantes diabéticas nos serviços públicos de saúde (SALOMON, 2004; SALOMON, SOARES, 2004).

Estes descritores remetem para a necessidade dos profissionais das equipes de enfermagem e de saúde compreenderem cada etapa deste processo que vai desde o momento da notícia do diagnóstico, passando pela compreensão do impacto desta situação, pelos sentimentos, expectativas face à possibilidade de complicações tanto para a mulher como para a criança, pelas modificações de vida que o diabetes impõe, dificultando mais ainda a aderência aos tratamentos, convivência com doença considerada crônico-degenerativa, sem perspectiva de cura até o presente, que exige controles rigorosos, gastos, restrições e limitações que o viver com DM impõe (HJELM et al., 2005; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; KIM et al., 2007; PESSOA, 2008; HJELM et al., 2008; LANDIM et al., 2008; BIEDA, 2009; NOLAN et al., 2011).

Ainda, existe a necessidade imperiosa de se rastrear o diabetes após o parto, pois, a grande maioria das mulheres desenvolverão o diabetes mellitus tipo dois, responsável por óbitos no país em razão de suas comorbidades (HJELM et al., 2005; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; KIM et al., 2007; PESSOA, 2008; HJELM et al., 2008; LANDIM et al., 2008; BIEDA, 2009; NOLAN et al., 2011).

Este aspecto relacionado ao fato das mulheres que desenvolveram o DMG e não perceberem a chance aumentada de risco para desenvolverem o DM após a gestação, vem despertando a atenção de pesquisadores, conforme estudos acerca da percepção de risco para o desenvolvimento posterior de diabetes em mulheres com história de DMG (KIM et al., 2007; BIEDA, 2009; LAVENDER et al. 2010; MORRISON et al., 2010).

De noventa por cento das mulheres identificadas com história prévia de DMG e reconhecidas com risco de desenvolver o DM posterior à gestação, somente 16% acreditavam que tinham chances de desenvolver diabetes no futuro; Este índice de percepção aumentou para 39% quando as mulheres foram informadas sobre a relação do estilo de vida atual. O estudo evidenciou a necessidade de adoção de modificações no comportamento de estilo de vida por parte destas mulheres que se percebem em risco moderado ou alto e, ao mesmo tempo, apesar do entendimento da associação entre GDM e chance de desenvolverem o Diabetes Mellitus pós-parto, estas mulheres não se percebem como risco elevado para desenvolverem o DM após a gestação (KIM et al., 2007; BIEDA, 2009; LAVENDER et al., 2010; MORRISON et al., 2011).

As mulheres que desenvolveram o DMG necessitam ser orientadas quanto à possibilidade aumentada de desenvolverem o DM após a gestação cujo prazo apontado pela literatura é variado, não havendo um consenso (PATRICK, 2005; BIEDA, 2009; LAVENDER et al., 2010).

Os estudos desenvolvidos também apontam para a deficiência de conhecimento a respeito do diabetes mellitus, do diabetes mellitus gestacional, de como conviver com o problema, que requer modificações radicais no comportamento (adoção de dietas, controles, exames, prática de atividades físicas, abolição de vícios prejudiciais como o tabagismo, entre outros), além de deficiência no autocuidado, cuidado de si para assegurar nascimento saudável (GUERRA, EVIES, RIVAS, 2005; CASTILLO, VÁSQUEZ, 2006; LANDIM, MILOMENS, DIÓGENES, 2008).

Conhecer as concepções e crenças acerca da doença por parte das mulheres gestantes, bem como a manifestações de familiares revelaram a influência e a necessidade do envolvimento emocional e das crenças desses familiares no contexto representado pela gestação complicada em decorrência do diabetes (BEZERRA, CARVALHO, SOBREIRA, 2001; SILVA, SANTOS, PARADA, 2004; SALOMON, SOARES, 2004; SALOMON, 2004; GUERRA, EVIES; RIVAS, 2005; HJELM et al., 2005; CASTILLO, VÁSQUEZ, 2006; SEATON, 2006; LANDIM, MILOMENS, DIÓGENES, 2008; HJELM et al., 2008; HJELM et al., 2009).

Os estudos apontaram para a necessidade imperiosa destas mulheres terem rede de suporte social ou processos de apoio social, principalmente mulheres de baixa renda e com gravidez de alto risco durante a gestação pós-parto. Tanto mulheres portadoras de DM prévio à gestação como aquelas que desenvolveram o DMG precisam adotar modificações no comportamento de estilo de vida que a doença por si impõe, mas para isso, precisam de apoio social, os gastos são elevados neste processo, nem sempre conseguem-se insumos necessários (alimentos, glicosímetros e outras tecnologias) (BROOKS, 2002; BIEDA, 2009).

Os dados analisados revelam a produção de um conhecimento científico que, em seus resultados, apresentam quatro principais categorias: barreiras e dificuldades de adesão aos tratamentos impostos pelo Diabetes; sentimentos de apreensão, medo, preocupação; ansiedade em relação ao desfecho da gestação, à saúde e nascimento de seus bebês e a inexistência de espaços e de apoios sociais para estas mulheres

(BROOKS, 2002; COFFMAN, 2002; BERG, SPARUD-LUNDIM, 2009).

As barreiras e dificuldades de adesão aos tratamentos impostos pelo Diabetes emergiram de alguns estudos que identificaram que as injeções de insulina, dietoterapia, e monitoramento de glicose foram os aspectos mais difíceis na adesão ao tratamento do diabetes para mulheres com diabetes na gravidez. As mulheres também relataram o maior número de barreiras à adesão ao tratamento nas categorias de dieta e monitorização da glicose, sendo que a adesão à dieta foi a categoria com maior número de barreiras percebidas. Os autores dos estudos corroboram quanto à necessidade de aceitação do diagnóstico e da doença, além da adesão por parte das gestantes com DM aos tratamentos que a doença exige (SOPAJAREE, 2000; BROOKS, 2002; SHEFFER, 2000; BEZERRA, CARVALHO, SOBREIRA, 2001; SILVA, SALOMON, SOARES, 2004; SALOMON, 2004; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; PESSOA, 2008; BIEDA, 2009; QUEVEDO, 2010; LAVENDER et al, 2010).

Por outro lado, há um consenso acerca da importância quanto à necessidade da implementação da educação para o diabetes, uma vez que a doença impõe medidas quanto à mudança de hábitos diversos (alimentação, atividade física, controles laboratoriais, etc.) e existem poucos estudos em relação às dificuldades e barreiras quanto à adesão das mulheres gestantes às terapias, controles, modificações em seu cotidiano de vida.

Os estudos demonstram que fatores sociais e emocionais influenciam os resultados no decurso da gravidez e que as experiências das mulheres que vivenciam gestação de alto risco são marcadas por maior vulnerabilidade e elevados índices de ansiedade. A compreensão dos sentimentos, percepções e expectativas das gestantes e de suas famílias representam aspecto crucial e relevante para o cuidado em saúde e enfermagem, além de evidenciar a necessidade de intervenções de apoio e de escuta (BROOKS, 2002; SALOMON, 2004; SEATON, 2006; PESSOA, 2008; BIEDA, 2009; QUEVEDO, 2010).

Mediante o conhecimento das percepções e das representações sociais das mulheres que vivenciam a gestação tendo Diabetes, os profissionais de saúde podem gerenciar essas percepções e expectativas, com base nos resultados do estudo, bem como desenvolver futuras pesquisas.

A partir dos resultados deste estudo, algumas reflexões são necessárias a respeito da assistência voltada para a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, especialmente nos casos de gestação de alto

risco. Com isso, sugerem-se diversas recomendações direcionadas aos profissionais que trabalham com gestantes de alto risco.

Os estudos indicam que é imprescindível planejar e implementar estratégias adequadas que possam ajudar as mulheres a vivenciar experiências de índices diminuídos de medo e ansiedade, ao utilizar mecanismos de enfrentamento de gestação que nesta situação de presença de Diabetes, independente do tipo, caracteriza-se como sendo gestação de risco (SOPAJAREE, 2000; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; QUEVEDO, 2010).

Faz-se necessário conhecer e compreender os significados e as representações sociais destas mulheres para que se construam novas diretrizes assistenciais que não levem apenas em consideração a fisiopatologia do diabetes, a terapêutica medicamentosa e dietoterápica que o diabetes impõem, as consequências negativas para o binômio mulher/ recém-nascido, mas, para que o enfoque desta assistência considerem que existem aspectos positivos, que vislumbrem a mulher como um ser humano dotado de sentimentos, de expectativas, de percepções, bem como o ser humano pai, e a família desta mulher (QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; QUEVEDO, 2010).

Recomenda-se a criação de grupos de apoio de mulheres que vivenciam não somente o diabetes na gestação, porém, outras situações consideradas de risco tais como a DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), cardiopatias, nefropatias, entre outras intercorrências. Estes grupos devem constituir um espaço de escuta sensível, com a participação de profissionais e de familiares destas mulheres, consistindo também em espaço onde se possam discutir questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, a fim de subsidiar escolhas mais conscientes no âmbito reprodutivo (SALOMON, 2004; SALOMON, SOARES, 2004; GUERRA, EVIES, RIVAS, 2005; CASTILLO, VÁSQUEZ, 2006; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; LANDIM, MILOMENS, DIÓGENES, 2008; QUEVEDO, 2010).

Reformulação dos protocolos, guidelines e diretrizes elaborados por expertises na temática que levem em consideração aspectos culturais e também o acompanhamento psicossocial destas clientes (SEATON, 2006; QUEVEDO, 2010).

Capacitar os profissionais das equipes de enfermagem e saúde para ampliar o olhar para além dos aspectos biológicos do ciclo gravídico-puerperal e compreender os significados que o nascimento de um novo ser tem para o desenvolvimento de uma família, ainda mais

nos casos em que este ser é gerado e gestado em um contexto de alto risco (QUEVEDO, 2010).

Reavaliar os modelos de atenção ao ciclo gravídico-puerperal contemplando as necessidades do homem enquanto pai (QUEVEDO, 2010).

Ampliar o conhecimento dos profissionais quanto aos novos arranjos familiares e dos fatores de risco e de proteção para propor reorganização dos serviços de saúde para ampliação do foco de cuidados para além do binômio mãe-bebê (QUEVEDO, 2010).

Promover maior envolvimento dos profissionais de saúde para garantir a proposta de integralidade das ações de saúde para a gestante e seus familiares, principalmente quando se trata de uma gestação de alto risco.

Reorganizar a assistência perinatal, com vistas a ampliar o escopo das ações além das unidades hospitalares e avançando até a assistência básica (QUEVEDO, 2010).

Disponibilizar tecnologias de cuidado às gestantes e seus bebês.

Realizar educação permanente entre os membros da equipe de enfermagem e de saúde;

Investir em grupos educativos para gestantes e familiares, com adoção do modelo pedagógico libertador, deixando evidente que essa gestante é a protagonista deste processo de ensino-aprendizagem.

Os estudos apontam que é imprescindível planejar e implementar estratégias adequadas capazes de ajudar as mulheres a vivenciar experiências, bem como diminuir os índices de medo e ansiedade, ao utilizar mecanismos de enfrentamento de gestação que nesta situação de presença de Diabetes, que, independente do tipo, caracteriza-se como sendo gestação de risco (SALOMON, 2004; SALOMON, SOARES, 2004; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; QUEVEDO, 2010). Este estudo contribui para uma nova perspectiva de cuidar/ assistir pautada na humanização da assistência obstétrica e perinatal, contemplando a família também como foco deste cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poucos estudos têm sido desenvolvidos sobre a experiência vivida da gravidez para mulheres com Diabetes Mellitus prévio à gestação ou com Diabetes Gestacional. Existe uma lacuna quanto ao conhecimento das percepções, significados e vivências destas mulheres. Muito se tem produzido em termos de conhecimentos de fisiopatologia e

de tratamento do diabetes, mas pouco se aborda com relação aos aspectos psicológicos e sociológicos neste sentido.

Essa síntese sobre o conhecimento produzido acerca da percepção das mulheres sobre engravidar, vivenciar a gestação, o parto e o puerpério tendo/ desenvolvendo Diabetes, reforça a importância da utilização dos resultados das pesquisas para fundamentar a prática clínica e a necessidade de desenvolver outras investigações visando compreender melhor os aspectos multidimensionais que envolvem esta situação.

A análise dos dados apontou para duas necessidades: a reavaliação dos programas de educação para a saúde nos níveis primários dos serviços públicos de saúde, no sentido de informar e sensibilizar a população quanto às medidas de promoção, prevenção e controle da saúde e, conseqüentemente, do diabetes gestacional; e o incremento de estratégias educativas nos níveis secundários de atenção à saúde para a conscientização das gestantes portadoras de diabetes gestacional e seus familiares sobre o controle dos fatores de risco relacionados com a possibilidade de desencadeamento do diabetes mellitus pós-parto e recorrência do diabetes gestacional, assim como sobre as estratégias de enfrentamento do diagnóstico.

O presente estudo permitiu compreender os sentimentos das gestantes portadoras de diabetes gestacional diante do impacto deste diagnóstico, assim como suas concepções e crenças acerca da doença. As manifestações de familiares também são mencionadas nos depoimentos, revelando a influência do envolvimento emocional e das crenças desses familiares no contexto representado pela gestação complicada em decorrência do diabetes.

O conhecimento produzido acerca da percepção das mulheres sobre engravidar, vivenciar a gestação, o parto e o puerpério tendo/ desenvolvendo DM/ DMG reforça a importância da utilização dos resultados das pesquisas para fundamentar a prática clínica e a necessidade de desenvolver outras investigações visando compreender melhor os aspectos multidimensionais que envolvem esta situação. Mediante o conhecimento das percepções e das representações sociais das mulheres que vivenciam a gestação tendo Diabetes, os profissionais de saúde podem gerenciar essas percepções e expectativas, com base nos resultados do estudo, bem como desenvolver futuras pesquisas.

Diante dos estudos encontrados e analisados, conclui-se que existe considerável escassez de estudos de representações sociais de mulheres que vivenciam uma gestação tendo quaisquer formas de

diabetes. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que investiguem as percepções, os sentimentos associados e as expectativas. Os estudos de representações sociais possibilitam abordagens de diversas naturezas (qualitativa, quantitativa ou quantiquali) à atenção às gestantes que nesta situação peculiar de ter previamente ou desenvolver diabetes no período gestacional configura como gestação de alto risco obstétrico.

Também existe a necessidade de novos estudos que enfoquem o olhar dos profissionais da equipe de enfermagem bem como da equipe de saúde frente às expectativas, temores destas gestantes que buscam uma atenção qualificada, humanizada e de escuta sensível.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care** 2011 Jan; 34 Suppl 1:S62-9.

BERG, M.; SPARUD-LUNDIM, C. Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 Diabetes. **BMC (Biomed Central) Prenancy and Childbirth** 2009, 9:27.

BEZERRA, M.G.A.; CARVALHO, F.A.M.; SOBREIRA, T.T. Sentimentos das gestantes diabéticas. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.2, n.1, p.97-102, jan./jul./ 2001.

BIEDA J. **Perceptions of risk for the development of type 2 diabetes in african-american women with gestational diabetes**. 2009. 196 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). Nursing. The University of Michigan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BROOKS, L.M. **Perceived barriers to treatment adherence among pregnant african american women with diabetes**. 2002. 134 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). Frances Payne Bolton School of Nursing. Case Western Bolton School of Nursing, Cleveland, Ohio, 2002.

- BYRN, M.A. **Gestational diabetes, depression, and the impact on maternal child health outcomes**. 2011. 213 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). Loyola University Chicago. Chicago, Illinois.
- CASTILLO, C.A.G.; VÁSQUEZ, M.L. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 74-81.
- COFFMAN, S.; RAY, M.A. African American women describe support processes during high-risk pregnancy and postpartum. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN)**, volume 31, N.5, 2002. 536-544.
- EVANS, M.K. **Gestational diabetes: the meaning of an “at risk” pregnancy**. 2003. 221 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada.
- EVANS, M.K.; O’BRIEN, B. Gestational diabetes: the meaning of an at-risk pregnancy. **Qual Health Res** 2005.
- GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health** v10 n1 p 1-11 fev 1987.
- GUERRA, C.A. et al. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas **Texto Contexto Enferm** 2005 Abr-Jun; 14(2):159-66.
- HJELM, K. et al. Swedish and middle-eastern-born women’s beliefs about gestational diabetes. **Midwifery** (2005) 21, 44-60.
- HJELM, K. et al. Beliefs about health and illness in women managed for gestational diabetes. **Midwifery** (2008) 24, 168-182.
- HJELM, K. et al. Beliefs about health and illness postpartum in women born in Sweden and the middle east. **Midwifery** (2009) 25, 564-575.
- KIM, C. et al. Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. **Diabetes Care**. Vol 30, Number 9, September 2007.

LANDIM, C.A.P.; MILOMENS, K.M.P.; DIÓGENES, M.A.R. Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 set; 29(3): 374-81.

LAVENDER, T. et al. Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes. **Midwifery** 26 (2010) 589-595.

LAWRENCE, J.M. Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology** 25 (2011) 15–24.

LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic illness**: impact and interventions. 5th ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2002, 609p.

MORRISON, M.K.; LOWE, J.M.; COLLINST, C.E. Perceived risk of type 2 diabetes in australian women with a recent history of gestational diabetes mellitus. **Diabetic Medicine**, UK, 27, 882-886 (2010).

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003, 105 p. Relatório Mundial.

PATRICK, L.J. **The meaning of type 2 diabetes for women with previous gestational diabetes mellitus**. 2005. 179 p. Thesis. (Doctoral of Philosophy) (Nursing). McMaster University Hamilton, Ontario, Canada.

PESSOA, S.M.F. **O significado do diagnóstico do diabetes mellitus gestacional na perspectiva de um grupo de grávidas hospitalizadas**. 2008. 254 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.

PESSOA, S.M.F.; PAGLIUCA, L.M.F.; DAMASCENO, M.M.C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jul/set: 14(3):87-92.

QUEVEDO, M.P.; LOPES, C.M.C.; LEFÈVRE, F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**. 2006;16 (1):12-21.

QUEVEDO, M.P. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. 2010. 211 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo.

RUMBOLD, A.R.; CROWTHER, C.A. Women's experiences of being screened for gestational diabetes mellitus. **Austr N Z J Obstet Gynaecol** (The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology) 2002;42 2:131.

SALOMON, I.M.M.; SOARES, S.M. Compreendendo o impacto do diagnóstico de diabetes gestacional. **REME. Rev. Min. Enf**; 8(3):349-357, jul/set, 2004.

SALOMON, I.M.M. **Convivendo com o diabetes gestacional: implicações no cotidiano de mulheres assistidas em um Hospital Universitário de Belo Horizonte/ MG**. 2004. 138 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte.

SEATON, F.M. **Development of a culturally appropriate nursing best practice guideline for an aboriginal community: the case of gestational diabetes**. Thesis (Master of Science). 2006. 192 p. Queen's University Kingston, Ontario, Canada.

SHEFFER, C.J. **The lived experience of pregnancy for women with pre-existing insulin dependent diabetes**. 2000. 134 p. Thesis of Master. Dalhousie University: Halifax, Nova Scotia, Canada.

SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

SOPAJAREE, C. **Women with high-risk pregnancies: maternal anxiety and its relationship to infant health status.** 2000. 149 p. Doctoral of Philosophy. Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, U.S.A. (Health Sciences).

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura,** 2005. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

3. EM BUSCA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

Buscando aproximação do conhecimento das percepções, experiências vividas e expectativas das mulheres que vivenciam a gravidez tendo diabetes pré-existente à gestação ou diagnosticadas com diabetes mellitus gestacional (DMG) e de que forma as mesmas podem afetar sua resposta à gravidez, é que identifiquei a Teoria das Representações Sociais (TRS), como sendo aquela capaz de fornecer o suporte teórico necessário para o desenvolvimento do presente estudo.

Esta teoria, fundamentada na perspectiva psicossociológica, trata da produção dos saberes sociais e consiste numa teoria científica que nos permite estudar sistematicamente o fenômeno das representações sociais, este último entendido, como um tipo particular de conhecimento não especializado e cotidiano que possibilita aos leigos atribuir significado a objetos, temas, situações que são importantes para eles. A TRS portanto, é diferente de representações sociais (RS). A primeira é considerada uma teoria científica e a segunda, um fenômeno.

Assim, neste capítulo, é apresentado uma breve biografia e principais obras de do criador das TRS, a origem da teoria das representações sociais, as representações sociais enquanto fenômeno e processo de elaboração, estrutura e funcionamento das representações sociais, teoria do núcleo central das representações sociais e a aplicabilidade da teoria das representações sociais na produção do conhecimento em enfermagem e saúde.

3.1 BREVE BIOGRAFIA DE SERGE MOSCOVICI E SUAS PRINCIPAIS OBRAS

Serge Moscovici, cujo nome original era Soli Moscovici, nome esse modificado durante a juventude, conforme relatado em sua autobiografia, nasceu em Brãila, no sudeste da Romênia, em 1925, e faleceu em 15 de novembro de 2014, aos 89 anos de idade, em Paris na França, após mais de 60 anos de atuação na área da Psicologia Social. (MOSCOVICI, 2005).

De família de origem judia, viveu no contexto da Segunda Grande Guerra Mundial, que ele próprio descreveu em sua narrativa autobiográfica “Crônica dos Anos Errantes”, como sendo anos de confusão e de peregrinações constantes. Nesta obra autobiográfica, Moscovici tece reflexões que permite compreender sua “infeliz

infância” vivida no período de 1925 e 1935, até completar 10 anos. (MOSCOVICI, 2005).

Sua autobiografia está dividida em dois momentos: em 1979, por ocasião de uma viagem à Jerusalém, e em 1994, 16 anos depois, quando concluiu sua narrativa, descrevendo quando chega em Paris, em 1948, onde se firma no campo da Psicologia Social. O autor tece reflexões, as quais permitem os leitores em compreender seus primeiros 23 anos da vida chamados de “anos errantes”, como ele mesmo refere, vividos na Europa, marcados pelo domínio nazista e pelas perseguições ao povo judeu em plena Segunda Guerra Mundial, nos anos 1930 e 1940, em sua infância e adolescência, biografando sua vida, pontuada pelos acontecimentos da Europa pré e pós-guerra (MOSCOVICI, 2005).

O anúncio da Segunda Guerra Mundial é relatado por Moscovici como um dos fatos mais marcantes de sua vida. Detalha o convívio com seus avós e sua madrasta, já que seus pais haviam se divorciado, sendo que o período da adolescência foi marcado pela relação difícil com seu pai, pela entrada no Liceu e pela fuga da guerra, uma vez que a Romênia torna-se aliada da Alemanha (MOSCOVICI, 2005).

Dos seus 15 anos, viveu 11 anos com sua tia Anna, período este em que aprendeu e vivenciou o antissemitismo, mencionando que “aprendeu o que era ser discriminado”. Aos 12 anos tornou-se contista e começou a escrever, fazendo disso um meio de fazer face aos abandonos da existência. Nos últimos anos da Segunda Guerra, Moscovici narra que esse período foi o mais difícil quando é obrigado a realizar trabalhos forçados, mas, por outro lado, o autor se dedica ao estudo mais aprofundado do idioma francês. (MOSCOVICI, 2005).

Em 1943, com 18 anos, Moscovici retoma suas leituras de tudo aquilo que se referia à França, tendo se apoiado nas ideias de Balzac, Du Gard e, principalmente, a Sociologia de Proust. Nesta época, começa a escrever breves ensaios, tendo sido influenciado por Nietzsche e Max. Com o término da guerra, Moscovici passa a viajar por diversos países europeus e trabalhar como metalúrgico, mas sempre pensando em ir para a França. (MOSCOVICI, 2005).

Ao retornar de suas viagens, instala-se a Guerra Fria e Moscovici decide ir para a França em razão das decepções com o movimento do qual fez parte e pelas aspirações de ser um estudioso. Assim, em 1948, Moscovici migra para Paris, indo estudar Psicologia na Universidade de Sorbonne, onde investigou e divulgou a Psicanálise. (MOSCOVICI, 2005).

Em 1959, Moscovici conclui sua tese de doutorado, sob orientação do psicanalista francês Daniel Lagache, publicando em 1961 seu estudo intitulado “*La Psychanalyse: Son image et son public*” (A Psicanálise, sua imagem e seu público), que causou grande impacto, uma vez que rompe com o modelo individualista de forte influência americana dominante naquela época e demonstrando uma reação europeia à psicologia social americana dominante naquela época, cujo precursor foi G. W. Allport (MOSCOVICI, 2005; MOSCOVICI, 2012b).

A Teoria das Representações Sociais foi proposta por Moscovici, na França, em 1961, com a publicação de sua tese intitulada “*La Psychanalyse: Son image et son public*”. No Brasil, sua primeira publicação foi em 1978, com o título “*A Representação Social da Psicanálise*” e em 2012, a obra foi editada em comemoração aos 50 anos de elaboração da Teoria das Representações Sociais, mantendo-se o título original (MOSCOVICI, 2010; 2012b).

Em 2011, a Teoria das Representações Sociais completou 50 anos, sendo lançada uma obra coletiva alusiva ao cinquentenário, sendo que vários eventos fizeram menção às cinco décadas da teoria de Serge Moscovici. Em 2012, o autor foi agraciado por ocasião da Jornada Internacional de Representações Sociais, em Évora, Portugal, com o título de Doutor Honoris Causa.

Como uma teoria de vitalidade, muitos estudiosos têm contribuído dentro do campo das representações sociais. Moscovici deixou um legado de seguidores que deram continuidade ao seu trabalho, destacando-se Willem Doise, Jean-Claude Abric, Claude Flament, entre outros, e Denise Jodelet, considerada sua principal difusora. Denise Jodelet esteve na Universidade Federal de Santa Catarina, em dezembro de 2014, evento promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, proferindo conferência intitulada “Saber experiencial dos pacientes e a abordagem das representações sociais”.

Moscovici foi diretor do *Laboratoire Européen de Psychologie Sociale da Maison des Sciences de l’Homme* e da *École des Hautes Études en Sciences Sociales*, ambas em Paris, sendo essa última instituição fundada em 1947 por Lucien Febvre. Foi professor em vários países europeus e americanos. Ao longo de sua vida acadêmica, recebeu títulos de “*Doutor honoris causa*” e diversas homenagens, com destaque para o Prêmio Europeu de Sociologia e Ciências Sociais em 1989. Em 2003 foi laureado com um dos mais importantes prêmios internacionais: o da *Foundation Balzan* para Psicologia, prêmio esse concedido anteriormente a Jean Piaget (MOSCOVICI, 2005).

Psicólogo social de reputação mundial, é autor de diversas obras como “*Essai sur l’Histoire humaine de la Nature*”, “*Psychologie des minorités actives*” e “*l’Âge des Foules*”, traduzidas em diversos idiomas. Também publicou sua autobiografia intitulada “*Chronique des Années Égarées*”, traduzida para a língua portuguesa como “Crônica dos Anos Errantes”. Entretanto, sua obra de maior impacto foi “*La psychanalyse, son image et son public*”, ou “A psicanálise, sua imagem e seu público”, publicada em 1961, fruto de sua tese de doutorado, a qual continha a matriz da teoria das representações sociais.

A biografia de Moscovici confirma que a mola propulsora da sua pesquisa se inscreve na história da sua vida, testemunha da opressão nazista durante a Segunda Guerra mundial. Ela levou-o à formulação de perguntas como: por que a fé remove montanhas? Como é possível que os seres humanos se mobilizem a partir de algo que aparentemente supera a razão? Como é possível que sejam conhecimentos práticos a base para que eles vivam suas vidas?

3.2 ORIGEM DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O foco do estudo de Moscovici foram as formas de organização do pensamento, no que se refere a um objeto novo, desafiando os modos de pensar, sentir e agir das pessoas. A perspectiva renovadora de sua abordagem é fundamentada no diálogo entre a psicologia e a sociologia, ou seja, na psicologia social, para compreender como o ser humano se comporta nas suas interações sociais.

No âmbito da psicologia social, Moscovici (2012a) consolidou um campo específico de estudos, a partir dos dados que vão aparecendo em sua pesquisa sobre o impacto da Psicanálise no pensamento popular dos parisienses nos fins dos anos 50, no século passado. Moscovici busca apreender a organização do conhecimento gerado no cotidiano, o qual interpreta os acontecimentos da realidade e, assim, orienta os comportamentos das pessoas na sociedade. Ele percebe que a produção do saber popular tem suas próprias regras de funcionamento. Assim, procura dar legitimidade a esse conhecimento, estruturando a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012a)

Durante suas observações, Moscovici percebeu que os parisienses alteravam seu modo de pensar sobre temas como sexualidade, loucura, complexo, histeria, dentre outros, ao tomarem contato com um novo corpo de conhecimentos. No caso, seria a Psicanálise, teoria que estava sendo apropriada pela sociedade francesa

e trazia discussões diferenciadas a respeito desses temas. A psicanálise, então, traz uma nova explicação para temas que já estavam consolidados em tal sociedade. Para ele, o fundador da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012a, p. 20),

Insidiosamente ou bruscamente, conforme o país, o regime político ou as classes sociais, a psicanálise abandonou o firmamento das ideias para penetrar na vida, nos pensamentos, nas condutas, nos costumes e no mundo das *conversações* de um grande número de indivíduos.

Embora outros pensadores já tivessem trabalhado com o conceito de representações, foi Serge Moscovici quem, no início da década de 60, o fez buscando ratificar a especificidade da Psicologia Social, tendo por base estudos que pudessem explicar o modo que se dá a mediação entre o individual e o social, rechaçando as explicações eminentemente sociais e cognitivistas presentes nas ideias Durkheim ou Piaget, respectivamente (MOSCOVICI, 2012a).

Moscovici foi buscar fundamentação para sua teoria na sociologia clássica, mais especificamente nas contribuições teóricas de Marx, Weber e de Durkheim, de quem resgatou o conceito de representações coletivas, porém, foi adiante no sentido de entender as representações não apenas como fatos observáveis, mas como fenômenos sociais (MOSCOVICI, 2012a).

A teoria das representações sociais teve origem a partir do conceito de representações coletivas, apresentado pelo sociólogo francês Emile Durkheim. Em 1912, Durkheim publicou “As formas elementares da vida religiosa”, sendo o pioneiro a adotar e utilizar a expressão representações coletivas (MOSCOVICI, 2012a).

Para ele, as representações coletivas reúnem diferentes formas de pensamento e de saberes partilhados coletivamente (crenças, mitos, ciência, religiões, opiniões), com a característica de revelar o que se estende no tempo e no espaço social. Segundo o sociólogo, as representações coletivas se separam das representações individuais, como o conceito das percepções ou imagens. As representações individuais têm por substrato a consciência de cada um, enquanto as representações coletivas têm a sociedade em sua totalidade. (MOSCOVICI, 2012b).

Moscovici considerou o conceito de representação coletiva adequado a uma sociedade estática e tradicional que condiciona os indivíduos a pensar a partir de categorias. Considerando o contexto moderno, onde as relações são dinâmicas e fluidas, características da sociedade atual, propondo o conceito de representações sociais, para ele mais adequado no sentido de explicar o movimento de transformação das mentalidades (MOSCOVICI, 2012a).

Moscovici esteve interessado em explorar a variação e a diversidade de ideias coletivas nas sociedades modernas. Essa própria diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações (DUVEEN, 2003).

Existem diferenças teórico conceituais entre as concepções de Representações Coletivas de Durkheim e as Representações Sociais de Moscovici. Entre outros aspectos, há uma diferença contextual, histórica e social considerável do período em que cada um desenvolveu suas ideias. O primeiro, não acreditava em qualquer explicação psicológica dos fatos sociais e desenvolveu sua teoria baseado nas relações das sociedades primitivas do início do século XX. O segundo tinha como objetivo estabelecer uma psicossociologia do conhecimento e baseou-se na heterogeneidade da sociedade contemporânea a partir da década de 50.

Moscovici (1984b), ao tentar recuperar historicamente o conceito de representações sociais, afirmou que esse passou por diferentes fases, sendo que os estudiosos da primeira fase estavam mais preocupados com o caráter coletivo das representações sociais do que propriamente com seu conteúdo ou sua dinâmica.

Na primeira fase, destacaram-se Simel, Weber e Durkheim. Se para Simel a representação era o operador que permitia ações recíprocas entre os indivíduos, para Weber ela era o vetor da ação dos indivíduos, ou seja, a representação seria um saber comum com poder de antecipar e prescrever o comportamento dos indivíduos.

A segunda fase dos estudos sobre as representações é marcada pelos trabalhos de Lewy-Bruhl, passando por Piaget e Freud, os quais passam a dar mais valor à dinâmica dessas representações do que a seu caráter coletivo (1984b)

Na tentativa de superar a oposição entre representações coletivas e individuais, defendidas por Durkheim, Lewy-Bruhl chama a atenção para a coerência dos sentimentos, raciocínios e movimentos da

vida mental coletiva. Na opinião de Lewy-Bruhl, os indivíduos sofrem influências da sociedade, na qual estão inseridos e, por isso, exprimem sentimentos comuns, o que ele chama de representação. Para esse autor, o que difere uma sociedade de outra não é o grau de inteligência de seus membros, mas o tipo de lógica de que cada uma se utiliza para pensar sua realidade concreta.

Em relação aos estudos de Lewy-Bruhl sobre as representações, Moscovici (1989) diz que embora aquele autor tenha representado um avanço, face aos estudos da época, superando Durkheim, acabou caindo em outra oposição: entre os mecanismos lógicos e psicológicos das representações.

Quanto à Piaget, Moscovici (1989) afirma que esse, ao defender que as diferenças entre as crianças e os adultos não eram uma questão de competência, mas de formas de pensar diferentes, transfere para o indivíduo o princípio de Lewy-Bruhl, quanto às diferenciações lógicas das formas de pensar entre diferentes tipos de sociedades, trazendo grandes contribuições para a compreensão dos aspectos psíquicos da representação social. Piaget estaria preocupado com os aspectos lógicos e biológicos do desenvolvimento da criança.

No âmbito da psicologia social, o estudo das representações sociais, na perspectiva teórica inaugurada por Moscovici, teve início nos anos 1960 e mostrou-se um paradigma de pesquisa capaz de explicar a natureza e transformação do senso comum e de diversos processos comunicacionais e comportamentais ligados a grupos sociais.

Moscovici inicia o desenvolvimento da teoria das representações sociais ainda quando era refugiado político em Paris. Durante a Segunda Guerra Mundial, refletiu sobre o impacto da ciência na cultura das pessoas, como ela altera suas mentes e comportamentos, porque ela se torna parte de um sistema de crenças. Após a guerra, Moscovici indignou-se frente à ideia de que “o povo não pensa”, de que a maioria das pessoas é incapaz de pensar racionalmente e apenas os intelectuais são capazes disso, reabilitando o conhecimento comum, que está fundamentado na experiência do dia-a-dia, na linguagem e nas práticas cotidianas (MOSCOVICI, 2005).

Moscovici compartilha que começou a trabalhar suas ideias a respeito das representações sociais quando ainda era refugiado político em Paris. Durante a Guerra, refletiu sobre o impacto da ciência na cultura das pessoas, como ela altera suas mentes e comportamentos, porque ela se torna parte de um sistema de crenças. (MOSCOVICI, 2005; 2012b).

No pós-guerra, reagiu à ideia de que “o povo não pensa”, de que a maioria das pessoas é incapaz de pensar racionalmente e apenas os intelectuais são capazes disso. Então, procurou reabilitar o conhecimento comum, que está fundamentado na nossa experiência do dia-a-dia, na linguagem e nas práticas cotidianas. A questão que o acompanhava era: Como o conhecimento científico é transformado em conhecimento comum, ou espontâneo? (MOSCOVICI, 2012b).

A passagem de uma teoria científica à sua representação social responde justamente à necessidade de suscitar comportamentos ou visões socialmente voltadas para o estado de conhecimento do real. (MOSCOVICI, 2012b).

Através de sua obra publicada em 1961, “*La Psychanalyse: Son image et son public*”, Moscovici mostrou como uma nova teoria, no caso a psicanálise, transforma-se no momento em que ela é difundida na sociedade francesa daquela época, comprovando como um novo corpo de conhecimento, no caso a Psicanálise, é difundida dentro de uma população (MOSCOVICI, 2012b).

Esse estudo que Moscovici realizou sobre a representação da psicanálise constitui em relevante contribuição para a sociologia do conhecimento, no qual interessou-se em observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimento, a psicanálise, espalha-se dentro de uma população humana (MOSCOVICI, 2012b).

Para realização de seu estudo, Moscovici realizou coleta de dados do conhecimento, das opiniões e das atitudes das pessoas, com respeito à psicanálise e aos psicanalistas, de modo a compreender como a psicanálise, considerada como ciência nova, era compreendida pela sociedade dessa época, ou seja, saber qual a imagem que essas pessoas tinham a respeito da Psicanálise. Partindo desse estudo, conseguiu compreender como um objeto científico torna-se senso comum, ou seja, uma transformação realizada pelos grupos sociais para tornar familiar algo novo e estranho ao senso comum. Moscovici chama a atenção para a especificidade dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas, caracterizadas por: intensidade e fluidez das trocas e comunicações; desenvolvimento da ciência; pluralidade e mobilidade sociais. (JODELET, 2005; (MOSCOVICI, 2012b).

A TRS pode ser definida de outro modo como sendo uma forma de organização psicossociológica, um novo modo de conhecimento que é particular e que se expressa como uma maneira de conhecer e comunicar-se com o mundo; é uma nova forma de abstrair o sentido real das coisas (MOSCOVICI, 2012a).

Ao propor a TRS, Moscovici buscou um novo olhar e uma nova interpretação para os fenômenos sociais, numa sociedade de indivíduos pensantes (Moscovici considerou a existência de uma sociedade pensante), onde os mesmos são ativos, adquirem e constroem conhecimentos, comunicam representações ao nível do cotidiano, tornando o desconhecido em familiar, desvendando as formas de se entender aos outros e ao mundo.

As representações sociais (RS), como parte do estudo da psicologia social, apresentam como fonte teórica, o conceito de representações coletivas, proposto pelo sociólogo francês Emile Durkheim, em 1912. As representações coletivas constituem-se num instrumento exploratório e referenciam uma classe geral de ideias e crenças, como, por exemplo, a ciência, a religião e o mito (MOSCOVICI, 2012a).

Moscovici (2012a), porém, preferiu utilizar o termo social para destacar o caráter dinâmico e a pluralidade dos modos de organização do pensamento. Como houve evolução histórica no processo de construção das RS, optou-se abordar o referencial proposto por Moscovici, que é o autor apontado como o precursor desta teoria ao colocar a complexidade da noção de representação social, porém sem apresentar uma definição precisa, para não resultar num reducionismo conceitual.

Ao afirmar que uma representação é social, Moscovici formula a hipótese de que cada universo possui três dimensões: a informação, a atitude e o campo de representação ou a imagem. A informação está relacionada à organização dos conhecimentos de um grupo sobre um objeto social. O campo de representação ou de imagem transporta-nos à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições a um aspecto preciso do objeto, que pressupõem organização, ordenação e hierarquização dos elementos que configuram o conteúdo representado. A atitude permite a orientação global favorável ou desfavorável, por exemplo, em relação ao objeto da representação social (MOSCOVICI, 2012b).

O termo social se refere a uma noção clara de sociedade, a uma ideia de diferenciação, de rede de pessoas e suas interações. (MOSCOVICI, 2012b). As representações sociais são produzidas e engendradas no meio social, com a função de contribuir para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais

Toda “cognição”, toda “motivação” e todo “comportamento” somente existem e têm repercussões uma vez que eles signifiquem algo e significar implica, por definição, que pelo menos duas pessoas compartilhem uma linguagem comum, valores comuns e memórias comuns. É isto que distingue o social do individual, o cultural do físico e o histórico do estático. Ao dizer que as representações são sociais, nós estamos dizendo principalmente que elas são simbólicas e possuem tantos elementos perceptuais quanto os assim chamados cognitivos (MOSCOVICI, 2012b, p. 105).

Existem numerosas ciências que estudam a maneira como as pessoas tratam, distribuem e representam o conhecimento. Mas o estudo de como, e por que, as pessoas partilham o conhecimento e desse modo constituem sua realidade comum, de como eles transformam ideias em práticas, numa palavra, o poder das ideias, esse é o problema específico da psicologia social (MOSCOVICI, 2012b).

Para Moscovici (2012b, p. 30) a Psicologia Social é uma manifestação do pensamento científico e por isso, quando estuda o sistema cognitivo, possui como pressupostos:

- 1) Os indivíduos normais reagem a fenômenos, pessoas ou acontecimentos do mesmo modo que os cientistas ou os estatísticos e
- 2) compreender consiste em processar as informações.

Ao longo de cinquenta anos de existência da Teoria das Representações Sociais, diversas “escolas” se formaram, na Europa, afirma Jodelet (2011), caracterizadas pela existência de um conjunto de pesquisadores que discutem a associação entre o modelo teórico e a metodologia desse campo científico.

A partir da teoria formulada por Moscovici, considerado o criador das Representações Sociais, outras três correntes teóricas complementares se constituíram. A escola liderada por Denise Jodelet se constitui a mais fiel à teoria original, mantendo uma abordagem processual.

Uma segunda escola, liderada por Willem Doise, em Genebra, procura articulá-la a uma perspectiva mais sociológica, estudando a gênese sociocognitiva das Representações Sociais.

Por último, a corrente que ressalta a dimensão cognitivo-estrutural das representações é a chamada “escola estruturalista”, liderada por Jean-Claude Abric em *Aix em Provence* (SÁ, 1998).

As Representações Sociais, portanto, podem ser abordadas sob diferentes perspectivas, mesmo no caso de se escolher a Teoria das Representações Sociais dentro do paradigma moscoviciano. Sá (1998) esclarece que essa decisão deve ser feita em função dos objetivos e necessidades de uma pesquisa.

3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (RS) COMO FENÔMENO

A TRS consiste em uma teoria científica e as Representações Sociais (RS) em um fenômeno. Sobre a Teoria das Representações Sociais, o próprio Moscovici (2012) chama a atenção para a complexidade de apreensão do seu conceito, embora a sua realidade não o seja. A principal justificativa para tal complexidade, reitera o autor, encontra-se no encontro de diversos conceitos psicológicos e sociológicos; portanto, de sua interdisciplinaridade.

O processo de representar resulta em teorias do senso comum, elaboradas e partilhadas socialmente (WAGNER, 1998), ligadas a inserções específicas dentro de um conjunto de relações sociais, isto é, a grupos sociais (DOISE, 1985), que têm por funções explicar aspectos relevantes da realidade, definir a identidade grupal, orientar práticas sociais e justificar ações e tomadas de posição depois que elas são realizadas (ABRIC, 2003). Para Moscovici,

Representar uma coisa, um estado, não é só desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstitui-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando o outro, transformam a substância concreta comum, criando a impressão de “realismo” e de materialidade das abstrações, uma vez que podemos agir com elas, assim como de abstração de materialidades, pois exprimem uma ordem precisa (MOSCOVICI, 2012b, p.54).

Moscovici introduz o conceito de representações sociais (RS) no estudo já mencionado anteriormente, com um sentido dinâmico,

referindo-se, tanto ao processo como as representações são elaboradas como às estruturas do conhecimento que são estabelecidas. Com esse conceito, Moscovici inicia o desenvolvimento de uma psicossociologia do conhecimento. Segundo Moscovici (2012, p. 39), as Representações Sociais são:

Entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica.

As RS são formadas e disseminadas por meio das interações sociais; elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto ou encontro do cotidiano. As interações que ocorrem no decurso das conversações possibilitam aos indivíduos e aos grupos se tornarem mais familiarizados com objetos e ideias incompatíveis, e desse modo podem lidar com eles (MOSCOVICI, 2012a).

As RS constituem-se em uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, tendo em seu bojo a ideia de um conhecimento construído por um sujeito ativo em íntima interação com um objeto culturalmente construído, que revela as marcas tanto do sujeito como do objeto, ambos inscritos social e historicamente (MOSCOVICI, 2012a).

Este enfoque também pode ser entendido como uma atividade de construção do real e que se efetua a partir da informação que a pessoa recebe através de suas percepções e sensações, de seus sentidos.

Moscovici define uma representação social como sendo:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em

segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e de sua história individual e social (MOSCOVICI, 2012a, p. 21).

Na visão de Moscovici (2012a), as RS são uma mistura de conceito imagens e de percepções oriundas do cotidiano. As pessoas utilizam a RS para se apropriar da realidade em que vivem e a partir daí, manejam seu comportamento e ações de maneira a adaptar-se, a ajustar-se e sobreviver na realidade.

Na ótica de Jodelet (2001), as representações sociais podem ser definidas como uma forma de conhecimento do senso comum, sendo relacionadas diretamente às maneiras como as pessoas interpretam ou traduzem o conhecimento que emerge da vida cotidiana no decorrer da comunicação interpessoal. Para a autora, as pessoas constroem representações como uma forma de dominar, compreender e explicar os fatos e as ideias que preenchem o universo da vida, ou seja, representação social é um fenômeno complexo composto de diversos elementos (informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, etc.) organizados sob a forma de um saber sobre a realidade, constituindo uma totalidade significativa.

Sendo formas de conhecimento, as representações sociais são vertente teórica da Psicologia Social que faz contraponto com as demais correntes da Filosofia, da História, da Sociologia e da Psicologia Cognitiva que se debruçam sobre a questão do conhecimento. Situa-las na ótica da Psicologia Social implica discutir tanto aquilo que é compartilhado pelas demais disciplinas — e que faz das representações sociais um campo transdisciplinar — quanto a contribuição específica da Psicologia Social (SPINK, 1993).

As representações sociais se apresentam como uma forma de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida por indivíduos grupos para fixar suas posições em relação a eventos, situações, objetos e comunicações que lhes concernem. O social intervém de vários modos: pelo contexto concreto no qual os grupos e pessoas se situam, pela comunicação estabelecida entre eles, pelo quadro de apreensão fornecida por sua bagagem cultural, através de códigos, símbolos, ideologias e valores relacionados às posições e vinculações específicas, ou seja, a representação social é um conhecimento prático que dá sentido aos

eventos comuns e ajuda na construção social da realidade (SÊGA, 2000).

As representações sociais têm a finalidade de tornar familiar algo que não é familiar, representando socialmente todos os objetos e situações das conversações cotidianas, de forma que sejam acessíveis a todos, portanto, comunicáveis. No universo consensual, todos querem se sentir em casa, a dinâmica das relações é a dinâmica da familiarização, em que os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Como resultado disso, a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade. (MOSCOVICI, 2012a).

Representar significa, a uma vez e ao mesmo tempo, trazer presentes as coisas ausentes e apresentar coisas de tal modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integridade normativa do grupo. É, portanto, muito importante que isso se dê de forma comunicativa e difusiva, pois não há outros meios, com exceção dos discursos e dos sentidos que ele contém, pelos quais as pessoas e os grupos sejam capazes de se orientar e se adaptar a tais coisas. Consequentemente, o status dos fenômenos da representação social é o de um status simbólico: estabelecendo um vínculo, construindo uma imagem...partilhando um significado (MOSCOVICI, 2012a, p.216).

Para Jodelet (2001, p.27), o ato de representar não é um processo simples. Além da imagem, carrega um sentido simbólico. Para essa autora, existem quatro características fundamentais no ato de representar:

- A representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito);
- A representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações);
- A representação será apresentada como uma forma de saber: de modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais - ela é uma forma de conhecimento;

- Qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro.

Nesse caminho apontado por Jodelet (2001), a teoria das RS vai tratar da produção dos saberes sociais, centrando-se na análise da construção e transformação do conhecimento social.

A História e a Antropologia permitem considerar as representações como entidades sociais de vida própria, que se comunicam entre si e que surgem praticamente como objetos materiais, uma vez que são o resultado de nossas ações e comunicações. Assim, as representações passam a fazer parte do vocabulário e da interpretação do indivíduo de acordo com a sua bagagem sociocultural (MOSCOVICI, 2004).

O conceito clássico proposto por Moscovici sobre RS diz que:

Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no decurso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 2004, p.46)

Moscovici observa que a sociedade constrói suas próprias interpretações e representações dos fatos cotidiano e o ser humano também compartilha a realidade por ele concebida. Moscovici (2011) também define as representações sociais como sendo:

Uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que tem como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. (MOSCOVICI, 2011, p.46).

As representações sociais são, portanto, uma necessidade vital para as sociedades, tal como na sociedade atual, na qual dominam a mudança e a difusão das informações. Seu interesse pela mudança social o levou também a propor uma verdadeira inversão de paradigma em

relação aos estudos da época sobre a influência na sociedade (MOSCOVICI, 2012a).

As representações sociais procuram entender a relação indivíduo sociedade, como esses sujeitos sociais constroem seu conhecimento a partir de sua “inscrição” sociocultural e como a sociedade se dá a conhecer e construir esse conhecimento com os indivíduos, ou seja, como interagem sujeitos e sociedade para construir a realidade, conforme Arruda (2002).

As RS, como sistemas de interpretação que determinam o nosso relacionamento com o mundo e com os outros, direcionam e organizam nossas condutas e comunicações sociais. Atuam em diversos processos como a difusão e assimilação de conhecimento, o desenvolvimento de pessoas e grupos, o sentido de identidade pessoal e social, a expressão dos grupos e as transformações sociais. Portanto, as RS caracterizam-se como um conhecimento diferente, particular, que tem como propósito dar significado ao mundo, a partir da compreensão das interações sociais cotidianas (MOSCOVICI, 2012a).

As representações são estruturadas pela mediação entre sujeito e objeto, a partir de uma ação discursiva, a qual se manifesta por meio de linguagem “encarnada” nas práticas do cotidiano (CAMARGO et al, 2011).

As RS são conhecimentos socialmente elaborados e compartilhados, com objetivo prático que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. As RS, enquanto fenômenos cognitivos, são consideradas, simultaneamente, “o produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade”. A RS designa, ao mesmo tempo, um produto e um processo. Enquanto processo, “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22)

Segundo Jodelet (1990), a representação social possui cinco características essenciais:

- a) é sempre representação de um objeto;
- b) possui caráter imagético e a propriedade de deixar intercambiáveis sensação e ideia, percepção e conceito;
- c) tem caráter simbólico e significante;
- d) tem caráter construtivo;
- e) tem caráter autônomo e criativo.

As RS são “sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros”, pois organizam e orientam a comunicação e as condutas sociais. As representações correspondem a forma pela qual um sujeito se refere a um objeto, considerando alguém como sujeito e alguma coisa como objeto, ou seja, não existe representação sem objeto (JODELET, 2001, p.22).

A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade, toda representação social consiste na representação de alguém ou de alguma coisa, ela é o processo no qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas (SÊGA, 2000).

As representações sociais são de suma importância no cotidiano. Para que os indivíduos possam se ajustar e resolver os problemas que se apresentam, criam-se as representações. Frente a esse mundo de objetos, em que estão inseridas pessoas, acontecimentos e/ou ideias, não se pode deixar de considerar que não é possível isolar-se em um vazio social, sendo necessário partilhar esse mundo com os outros, que servem de apoio, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. As RS são consideradas um objeto de estudo legítimo devido a sua importância na vida social (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

A origem da compreensão dos assuntos é alcançada por indivíduos que pensam, mas não sozinhos. A semelhança nos pronunciamentos demonstra que terão pensado juntos sobre esses assuntos. Essa é uma explicação psicossociológica da origem das representações sociais. Nessa perspectiva, o processo de gênese das representações tem lugar nas mesmas circunstâncias e ao mesmo tempo em que se manifestam, através das conversações cotidianas (SÁ, 1999).

A atividade representativa corresponde, pois, a uma das formas com que o pensamento se organiza. Desse modo, dois elementos mostram-se essenciais à sua estruturação: a figura ou imagem e o significado.

Ao formular a estrutura teórica das Representações, Moscovici (2012, p. 60) retoma uma formulação clássica e considera que

No real, a estrutura de cada representação nos parece desdobrada; ela tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto o retro e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica. Escrevemos que:

Representação	Figura
---------------	--------

Significação

entendendo com isso que a representação transmite a qualquer figura um sentido e a qualquer sentido, uma figura.

Moscovici (2012a) situa as representações sociais na origem do senso comum, distinguindo os universos consensual e reificado, nos quais o conhecimento científico pertence ao universo reificado, enquanto o conhecimento do senso comum pertence ao universo consensual.

No universo reificado, a sociedade é um sistema de entidades sólidas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade. Os membros são desiguais, possuem diferentes papéis e classes. Esse universo tenta estabelecer explicações do mundo que são imparciais e independentes das pessoas. Proceda de maneira sistemática, da premissa à conclusão, e apoia-se no que considera 'puros fatos'. Todas as coisas, quaisquer que sejam as circunstâncias, são, aqui, a medida do ser humano. (MOSCOVICI, 2012a).

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível e contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo voz humana de acordo com a existência humana. As pessoas são iguais e livres, com possibilidade de falar em nome do grupo. Nele existe a negociação e a aceitação mútua, apoia-se na memória coletiva, no consenso. Aqui o ser humano é a medida de todas as coisas. (MOSCOVICI, 2012a).

A compreensão do universo reificado se dá por meio das ciências, enquanto que do universo consensual se dá através das representações sociais. A ciência, pelo fato de ocultar valores e vantagens, procura encorajar a precisão intelectual e evidência empírica. As representações restauram a consciência coletiva, dão-lhe forma, explicando os objetos e acontecimentos, de tal forma que estes se tornem acessíveis a qualquer um e coincidam com nossos interesses imediatos. (MOSCOVICI, 2012a).

O indivíduo comum se interessa pelas descobertas científicas, que até então não lhe são familiares, normalmente quando seu meio e seus hábitos são afetados por elas, ou quando julga importante algum conhecimento, caso venha a necessitar dele. Nesse sentido, as pessoas aprendem a lidar com os conhecimentos científicos fora do seu âmbito próprio, impregnando-se do conteúdo e do estilo do pensamento que eles representam. Assim, o surgimento de uma situação desconhecida ou não-familiar tem sempre o ímpeto semelhante. A relação com o real, a

hierarquia de valores, o peso relativo dos comportamentos, tudo isso é perturbado (MOSCOVICI, 1978).

No universo consensual a dinâmica das relações é a dinâmica da familiarização, em que os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Como resultado disso, a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade (MOSCOVICI, 2012a).

No que se refere ainda às formas de conhecimentos, suas organizações e legitimidade, Arruda (2002) pontua que Moscovici operacionalizou um conceito para trabalhar com o pensamento social. Ele sabia, porém, que existiam outras formas de conhecer e de se comunicar existentes em nossas sociedades, quais sejam: a consensual e a científica. Com propósitos diversos, e sem hierarquia entre as mesmas, essas duas formas de conhecimento geram, cada uma, o seu próprio universo e atuam para moldar a realidade. O quadro 1, elaborado por Arruda (2002), apresenta uma síntese das particularidades de cada universo de conhecimento.

Quadro 1 - Características dos Universos Consensuais e Reificados

Universos consensuais Indivíduo, Coletividade	Universos reificados
<i>opus alienum</i>	<i>opus proprium</i>
NÓS	ELES
Sociedade = grupos de iguais, todos podem falar com a mesma competência.	Sociedade = sistema de papéis e classes diferentes → direito à palavra é desigual: <i>experts</i> .
Sociedade de “amadores”, curiosos: conversação, cumplicidade, impressão de igualdade, de opção e afiliação aos grupos. Conhecimento parece exigência de comunicação → alimentar e consolidar o grupo. Resistência à intrusão.	Sociedade de especialistas: especialidade → grau de participação, normas dos grupos → propriedade do discurso e comportamento. Unidade do grupo por prescrições globais, não por entendimentos recíprocos. Divisão por áreas de competência.
Representações sociais Senso comum, consciência coletiva. Acessível a todos; variável.	Ciência Retratar a realidade independente de nossa consciência. Estilo e estrutura frios e abstrato

Fonte: Arruda (2002).

A partir das categorias de universos consensuais e reificados observadas no quadro acima, é possível observar que as Representações Sociais são construídas na esfera consensual, as quais correspondem às atividades intelectuais da interação social.

Entretanto, Arruda (2002) adverte que ambos os universos de pensamentos não são estanques. As “teorias” elaboradas no universo consensual, segundo Sá (2004), obedecem a outra lógica, utilizam mecanismos diferentes de verificação e são menos sensíveis aos requisitos de objetividade, quando comparada às teorias do universo reificado.

Sendo assim, as Representações Sociais são, assim, elaboradas na realidade cotidiana pelos sujeitos sociais, com o objetivo de se familiarizarem com um objeto que considera estranho, tornando o desconhecido um conhecido. Ou seja, a finalidade desse conhecimento é

diminuir a ameaça que um objeto considerado novo, portanto, estranho, provoca nos grupos (MOSCOVICI, 2012a).

3.4 PROCESSO DE ELABORAÇÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O estudo teórico conceitual do conteúdo das RS vem sendo realizado através de três tipos de abordagem: dimensional, estrutural e dinâmica (MOSCOVICI, 2012a).

3.4.1 Abordagem dimensional das representações sociais

Esta abordagem foi iniciada através de Moscovici e prioriza o conteúdo, trabalhando com três dimensões (CAMARGO, 1998; DOISE, 2001):

a) A informação, que procura identificar e estudar todas as informações (quantidade e qualidade) que os sujeitos/grupo têm sobre o objeto de pesquisa. A informação (dimensão ou conceito) diz respeito ao conjunto de conhecimento e sua organização que um grupo possui a respeito de um dado objeto social (MOSCOVICI, 2012). Os grupos ou segmentos socioculturais podem variar bastante com relação ao grau e consistência da informação, afirma Sá (2004). Essa constatação pode ser comprovada na investigação de Moscovici (2012), pois ele descobriu que certos grupos, como por exemplo, os operários, não tinham informações coerentes com a psicanálise. Por outro lado, entre os estudantes e a classe média, foi encontrado um conhecimento mais consistente.

b) A atitude, onde se verifica se os indivíduos possuem atitudes favoráveis ou não ao objeto estudado. Exprime a orientação geral do grupo, na forma mais primitiva que nas outras duas dimensões. A atitude exprime a orientação geral, positiva ou negativa, favorável ou desfavorável em relação ao objeto da representação social (MOSCOVICI, 2012). O próprio Moscovici destaca que a dimensão “atitude” é a mais frequente de todas. Essa dimensão pode existir quando a informação é reduzida e o campo de representação é pouco organizado. Ele considera, ainda, que a atitude não deve ser avaliada unicamente pelo lado da resposta, mas também como preparação para a ação. Isso se justifica porque, além da função preditiva, a atitude também exprime o sentido dado ao comportamento do sujeito, frente ao objeto de representação.

c) O campo de pesquisa, que permite visualizar o conjunto de conhecimentos que o grupo possui a respeito do objeto e a articulação destes conhecimentos. O campo é o espaço que possibilita a articulação das informações e a manifestação das atitudes. No campo, as microteorias articulam-se entre si. Esta noção de campo da abordagem dimensional influenciou a criação da abordagem estrutural. Finalmente, o campo de representação está vinculado à ideia de imagem, de modelo social, com conteúdo concreto e limitado de proposições referentes a um aspecto e pressupõe uma unidade hierárquica de elementos representados, ou seja, a organização da representação (MOSCOVICI, 2012).

3.4.2 Abordagem estrutural das representações sociais

Na abordagem estrutural, as RS funcionam como sistema de interpretação da realidade determinando comportamentos. Para Abric (2000, p. 28), essas representações têm papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas sociais e apresentam quatro funções essenciais: função de saber (quadro compreensível, função cognitiva); função identitária (situam os indivíduos no grupo); função de orientação (são guias de comportamento e práticas sociais) e função justificadora.

1) Função de saber: as RS permitem compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os atores sociais adquiram conhecimentos e os integrem a um quadro assimilável e compreensível, coerente com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem.

2) Função identitária: as RS definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. As representações têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema de normas e de valores socialmente e historicamente determinados. A função identitária serve para manter uma imagem positiva do grupo no qual o sujeito encontra-se inserido.

3) Função de orientação: as RS guiam os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social. Serve como uma diretriz para guiar a ação.

4) Função justificadora: por essa função as representações permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações têm por função preservar e justificar a diferenciação social, e elas podem estereotipar as relações

entre os grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles. Permite que o indivíduo justifique os comportamentos e a tomada de decisão.

3.4.3 Abordagem dinâmica

Quanto à estrutura, cada representação possui duas faces: figurativa e simbólica, que faz compreender em todo sentido uma figura, e em toda figura um sentido (Moscovici, 1978). Dois processos geradores são necessários para estruturar uma representação social como um objeto compartilhado por um determinado grupo: a ancoragem e a objetificação. Segundo Sá (1996 p. 46)

“a duplicação de um sentido por uma figura, pela qual se dá a materialidade a um objeto abstrato, é cumprida pelo processo de objetivação. A duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de ancoragem”.

Segundo Moscovici (1984), a função máxima das RS é de tornar conhecido aquilo que é desconhecido. Nesta abordagem trabalha-se com dois elementos da RS: a objetivação e a ancoragem, sendo essas as formas específicas em que as RS estabelecem mediações, tornando quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concreticidade das representações sociais na vida social.

A objetivação é o processo por meio do qual uma noção abstrata ganha forma e torna-se concreta por meio de imagens ou ideias, resultando numa organização dos conteúdos semelhante a um mapa conceitual (MOSCOVICI, 2012a).

O processo de objetivação torna verdadeira a essência da realidade ao aparecer diante de nossos olhos em forma física e acessível, e torna-se a referência real do conceito. Transforma a palavra num objeto, ou seja, o objeto substitui a palavra. Pode ser chamado de núcleo figurativo, ao fazer parte de um complexo de imagens que reportam um complexo de ideias visíveis. Faz equivaler o conceito a uma imagem (MOSCOVICI, 1978, 2004).

A objetivação tem como função dar materialidade a um objeto abstrato e possui três fases: seleção e descontextualização do objeto (em função de critérios culturais, normativos); formação do núcleo figurativo (torna o abstrato concreto, a imagem ganha uma referência, através de

metáforas); naturalização dos elementos do núcleo figurativo, tornar as “coisas” mais palpáveis; o representado torna-se natural (MOSCOVICI, 1978; 2004).

A ancoragem é o processo de classificar informações sobre um objeto social em relação a estruturas de conhecimento interiormente existentes, ligando as representações sociais a uma memória coletiva (MOSCOVICI, 1978; 2004).

O processo de ancoragem classifica e nomeia alguma coisa. Classifica ao escolher um dos paradigmas presentes em nossa memória e no estabelecimento de uma relação positiva ou negativa com ele; e nomeia ao rotular com uma palavra pertencente a nossa linguagem. É dado um sentido a algo que estava destituído de entendimento, no mundo consensual (MOSCOVICI, 1978; 2004).

A ancoragem fornece continuidade ao processo de naturalização, é o enraizamento, a significação das ideias. Através deste processo é que será conferida a utilidade, a um determinado objeto, por quem o representa (MOSCOVICI, 1978; 2004).

Os processos de objetivação e ancoragem articulam três funções básicas das Representações Sociais: a função cognitiva e de integração da novidade; função de interpretação da realidade e a função de orientação das condutas do grupo social (MOSCOVICI, 2012a).

Ao apresentar um objeto, pessoas e acontecimentos não familiares, ocorre a dinâmica da familiarização, na qual esses objetos, pessoas ou acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a encontros e modelos prévios. Com isso, o que estava distante torna-se próximo, o que parecia abstrato torna-se concreto e quase normal (MOSCOVICI, 1978, 2004).

Portanto, para transformar o não-familiar em algo familiar, é preciso um processo de pensamento baseado em recordações e conclusões prévias, que despertem os mecanismos responsáveis pela familiarização e que gerem representações sociais (MOSCOVICI, 2004).

Esses mecanismos transformam o não-familiar em familiar, primeiramente transferindo-o a nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-lo e interpretá-lo; e depois, reproduzindo-o entre as coisas que nós podemos ver e tocar, e, conseqüentemente, controlar (MOSCOVICI, 2004, p. 61).

A representação consiste no produto e o processo de uma atividade de construção mental do real pelo aparelho psíquico humano. Esta construção do real se efetua a partir das informações que o sujeito recebe dos seus sentidos, daquilo que recolheu ao longo de sua história e que fica na sua memória e do que lhe vem das relações com outros indivíduos ou grupos. Essas informações são categorizadas num sistema cognitivo, global, de maneira coerente, em diversos e variados graus que permitem fazer do mundo ou mesmo de determinado aspecto do mundo, uma organização tal que ele possa compreendê-lo, agir sobre ele, se adaptar ou se evadir. Esta atividade de construção mental do real se efetiva seguindo as modalidades psicológicas e socialmente determinadas e interdependentes (MOSCOVICI, 1978; 2004).

3.5 TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A comunicação, sobretudo a linguagem, constitui-se na principal responsável pela formação deste conhecimento compartilhado e no processo de formação das RS, palavras, expressões recebem qualificação de elementos caracterizadores que se relacionam entre si, dando forma às representações. Esses mesmos elementos se organizam em volta de uma estrutura específica, de modo hierarquizado, e com um núcleo central. Em torno deste núcleo se organizam os elementos periféricos (ABRIC, 2003).

Abric (2003) propõe a hipótese do núcleo central, partindo da hipótese de que a RS tem a característica específica de se organizar em torno de um núcleo, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à mesma. Abric organiza então essa abordagem estrutural de forma correspondente à teoria de Moscovici, trabalhando com a teoria do núcleo central das representações.

Uma representação social é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; ele constitui um sistema sociocognitivo particular, constituído de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico (ABRIC, 2003, p.38).

De um lado, o núcleo central é determinado pela natureza do objeto representado; por outro lado, pelo tipo de relação que o grupo

mantém com esse objeto, considerando valores e normas sociais implícitas ao ambiente ideológico do momento do grupo (ABRIC, 2003).

a) Núcleo central:

O sistema central ou núcleo central singulariza a representação e a individualiza. Possui uma função geradora, pois é a partir deste núcleo central que são criados ou transformados os significados dos demais elementos de uma representação. Possui também uma função organizadora que determina a natureza da conjunção entre os elementos da representação, garantindo a unidade e estabilidade ao núcleo. O núcleo central determina o significado, a consistência e a permanência, haja visto que toda modificação do núcleo central provoca uma completa transformação da representação. O essencial do núcleo central de uma RS é constituído pelos valores associados ao objeto representado (ABRIC, 2003)

O núcleo central é identificado através das palavras que são primeiramente evocadas e possuem alta frequência de evocação. Este sistema tem como função gerar o significado das representações sociais determinando sua organização e possui como características: a ligação com a memória coletiva, normas e a história do grupo; ser consensual (define a homogeneidade do grupo); ser estável; ser coerente e rígido, capaz de resistir às mudanças, pouco sensível ao conteúdo imediato (ABRIC, 2003).

Se as representações possuem um núcleo, isto decorre do fato delas serem uma manifestação social e em todo pensamento social, determinada quantidade de crenças, coletivamente produzidas e historicamente determinadas, não podem ser questionadas, uma vez que são o fundamento dos modos de vida, garantindo a identidade e a permanência de um grupo social. O núcleo central constitui a base comum e consensual da (ABRIC, 2003).

De acordo com a abordagem estrutural, os conteúdos da RS são estruturam em elementos hierarquizados em núcleo central e em torno deste se organizam os elementos periféricos. O núcleo central é coerente, denotando a homogeneidade de grupos que partilham as mesmas representações e no sistema periférico, seus elementos se organizam mais distantes do núcleo central, sendo mais vivos, concretos, acessíveis e flexíveis (ABRIC, 2003).

b) Núcleo periférico:

O sistema periférico é bem menos limitante, mais flexível, é a parte mais acessível e viva da representação. Os elementos periféricos se organizam em torno do núcleo central e descrevem os elementos mais concretos, acessíveis e cotidianos, tendo como função de prescritores de comportamentos, indicando de que forma as pessoas agem de modo espontâneo em determinado contexto (ABRIC, 2003).

É o resultado entre as interações das experiências cotidianas dos indivíduos. Sua função é permitir a adaptação à realidade concreta respeitando a diferença de conteúdo. Tem como características permitir a integração de experiências e histórias individuais; tolerar a heterogeneidade do grupo (tolera as contradições); ser flexível (sensível ao conteúdo imediato) e evolutivo. O papel do núcleo periférico pode ser resumido em cinco funções: concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e personalização (individualização da representação coletiva). São os elementos periféricos que determinam a identidade de uma representação social (ABRIC, 2003).

As periferias do sistema são dinâmicas e acrescentam novos elementos (informações novas) que podem reforçar ou modificar o núcleo central. Pode-se dizer que, assim como as circunstâncias do cotidiano afetam e influenciam as pessoas, as periferias afetam o núcleo central e as representações em si. Mas, muda-se com mais facilidade o sistema periférico (opinião) do que a atitude que está vinculada ao núcleo central (ABRIC, 2003).

O funcionamento do núcleo é regido por sua ativação. Uns elementos vão ser mais utilizados que outros na relação com um determinado objeto, segundo o contexto social. Um elemento que tem o papel mais importante no núcleo é sempre mais ativado. Os elementos não ativados, ou “adormecidos” numa dada situação, compoariam a zona muda das representações sociais. (ABRIC, 2003).

A zona muda é uma parte da consciência do indivíduo, que é conhecida por ele, contudo não pode ser expressa, porque ele não deseja fazê-lo explicitamente. Dessa forma, para identificar os elementos não manifestados das representações sociais, uma estratégia metodológica seria utilizar a técnica dos contextos de substituição, na qual se solicita às pessoas que produzam várias representações, as que elas próprias elaboram e as de outros membros do grupo (como acham que o outro perceberia a situação). Isso faria com que expressassem, através do outro, elementos da sua própria representação. (ABRIC, 2003).

3.6 A APLICABILIDADE DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM E EM SAÚDE

A Teoria das Representações Sociais, nas últimas décadas, tem sido empregada em vários campos do conhecimento, além da psicologia social, tais como educação, comunicação, tecnologia, saúde (saúde coletiva, enfermagem, medicina, odontologia), entre outros. Sua apropriação na área da saúde tem sido destacada, em razão de abordar os fenômenos de natureza sociocultural, relativos à vida social dos grupos, expressa por valores, noções e regras sociais que regem as relações dos sujeitos com o mundo e com os outros, orientando e organizando as suas condutas/comportamentos e as comunicações sociais. (Fonte?)

Oliveira (2011, p. 589) afirma que “especialmente em estudos nos quais importe ter acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de um dado grupo social quanto a problemas de saúde”. Ainda segundo Jodelet (2011), os estudos brasileiros utilizam a Teoria das Representações Sociais para melhor conhecimento de sua realidade social e intervenção sobre ela.

Rummler e Spínola (2005), realizaram análise de trabalhos empíricos da área de saúde editados entre 2002 e 2004, e verificaram que, de 46 periódicos nacionais indexados da área da saúde, 45 artigos de pesquisa focalizavam representações sociais, fundamentando-se na teoria das representações sociais, ressaltando que a área da Enfermagem e da Saúde Pública/Coletiva foram as que mais utilizaram publicações baseadas nessa teoria. A presença de profissionais e pesquisadores vinculados a essas áreas destaca a articulação entre aspectos acerca do conhecimento oriundo da saúde com as ciências sociais.

Camargo, Wachelke e Aguiar (2007) realizaram um estudo sobre o desenvolvimento metodológico das pesquisas sobre representações sociais em jornadas internacionais, tendo constatado que no período de 1998 a 2005, em uma das dimensões analisadas, a área de aplicação, a saúde aparece com um crescimento importante. O estudo das representações sociais em saúde veio mostrar que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam a partir de suas realidades cotidianas.

As representações sociais possuem um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas, permitindo ao indivíduo ou

ao grupo dar sentido e compreender a realidade através de seu próprio sistema referencial.

No campo da saúde,

O estudo das representações sociais em saúde mostra que o processo saúde/doença é permeado de elementos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, e econômicos; sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam a partir de suas realidades cotidianas. Nesse sentido, ao considerar que as representações sociais não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, pode-se inferir que as representações de saúde e doença interagem para determinar concepções específicas de necessidades humanas e de saúde (STHULER; CAMARGO, p.70-1, 2011)

Padilha, Silva e Coelho (2007) desenvolveram estudo com o objetivo de identificar a utilização do referencial da TRS em Teses e Dissertações de três Programas de Pós-Graduação em Enfermagem: Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto e Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de 1995 a 2005. Em seus resultados foram identificados um total de 21 Teses e 25 Dissertações que utilizaram como referencial teórico as representações sociais, evidenciando o interesse da enfermagem brasileira por este referencial em pesquisas na área.

A realização de pesquisas em enfermagem com o referencial teórico das RS, conforme as autoras, constitui-se em uma realidade no Brasil, haja vista o número expressivo de teses e dissertações que o vêm utilizando, especialmente no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery que tem ampla e reconhecida experiência nessa abordagem de pesquisa (PADILHA; SILVA; COELHO, 2007).

Ainda, segundo essas autoras, o número de estudos desenvolvidos na enfermagem pode atestar a sua aplicabilidade como um referencial teórico para a investigação de fenômenos que implicam em uma complexidade psicossocial e, por conseguinte tem facilitado a compreensão destes processos. Assim, destacam que o conhecimento produzido pelas RS, por refletir o conhecimento cotidiano, o senso comum, permite redimensionar este conhecimento para reinterpretar e

replanejar as ações tanto na prática assistencial como na prática acadêmica (PADILHA; SILVA; COELHO, 2007).

Conforme Nascimento-Schulze e Camargo (2000), os estudos sobre RS, dependendo do interesse da pesquisa, podem se dividir entre duas orientações principais: a primeira, que procura compreensão dos processos geradores e mantenedores do conhecimento compartilhado, e a segunda, que busca a estrutura organizativa deste conhecimento, podendo ocorrer de forma simultânea dentro de uma mesma pesquisa ou separadamente.

A área das doenças crônicas, devido ao seu caráter permanente, com mudanças no cotidiano e nas relações das pessoas, torna-se um vasto campo para elaboração de representações sociais.

Segundo Lopez (2004), os diversos estudos sobre as doenças crônicas podem agrupar-se em duas perspectivas: o ponto de vista da abordagem tradicional sobre os sujeitos doentes; e o outro ponto de vista que ressalta a vivência da doença e da pessoa como sujeito, que tem que viver todos os dias de sua vida com a doença e a atenção que precisa dar a ela. Esse segundo ponto de vista leva em conta a subjetividade e os significados que a pessoa e a família atribuem à doença, elementos que estão ausentes nos estudos tradicionais das doenças crônicas.

Ainda segundo essa autora, para compreender a experiência de uma doença faz-se necessário explorar o seu significado considerando a organização social do contexto de quem sofre, assim como suas estratégias de enfrentamento, as explicações que as pessoas desenvolvem sobre sua situação, porque tudo isso leva a influir na forma de atenção (LOPEZ, 2004).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo está estruturado de maneira a explicar o conjunto de procedimentos metodológicos organizados, a partir do objetivo traçado, que auxiliaram na investigação do problema apresentado pela presente tese. Apresentam-se os passos adotados neste estudo, tendo em conta o método, a abordagem, os instrumentos de coleta de dados, de análise e interpretação dos resultados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Ao introduzir a questão do método, Turato (2011) esclarece que esta palavra deriva do latim *methodus* e do grego *methodos*, significando etimologicamente um caminho através do qual se procura chegar a algo ou um modo de fazer algo.

O método científico representa o modo pelo qual os conhecimentos são construídos no campo da ciência. O método, portanto, é entendido como um conjunto de regras que são elegidos dentro de um determinado contexto para se obter dados capazes de auxiliar nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo.

Buscando uma abordagem que possibilitasse responder à questão norteadora deste estudo e em consonância com a visão pessoal de mundo, assim como Minayo (2010), que considera a identidade e as determinações existentes entre sujeito pesquisado, objeto e investigador, escolheu-se a abordagem qualitativa na perspectiva do método exploratório-descritivo para desenvolver o presente estudo.

A pesquisa qualitativa focaliza aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos; com a pretensão de extrair sua totalidade, a partir do contexto em que vivem as pessoas, se preocupa com a realidade que não pode ser mensurada, analisa uma realidade social com a intenção de explicitar os significados e as representações dos sujeitos, sobre o objeto de estudo, utilizando-se de informações ricas e profundas, fundamentadas na realidade, para esclarecer as múltiplas dimensões do fenômeno em estudo (MINAYO, 2010; POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

A abordagem qualitativa possibilita pensar sobre questões passíveis de levar inquietações ao pesquisador e que se encontram expressas numa pesquisa, sendo que muitas delas podem ser clarificadas a partir de falas advindas dos próprios sujeitos que, submetidos à análise, trazem significados capazes de favorecer a compreensão da problemática levantada.

Sendo assim, o presente estudo constituiu-se em uma pesquisa exploratória descritiva, de natureza qualitativa, que permite um aprofundamento no universo dos significados das ações e relações humanas, sendo embasada no referencial teórico das Representações Sociais, de forma a conhecer o pensamento social ou o conhecimento que as mulheres têm acerca do diabetes mellitus prévio à gestação ou diagnosticado durante a gestação atual, atribuído pelas mulheres que vivenciam uma destas situações no período gestacional.

A finalidade da pesquisa descritiva em enfermagem consiste na elucidação dos fenômenos relacionados à profissão, no qual o pesquisador conduz a pesquisa descritiva realizando a observação, descrição e classificação de sua investigação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Já a pesquisa exploratória possui como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, favorecendo o aprimoramento de ideias sobre variados aspectos relativos ao fato estudado. E a pesquisa descritiva está interessada na descrição dos fenômenos, em estudar as características, opiniões, atitudes de um grupo social (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Também por meio da abordagem qualitativa pode-se compreender melhor a realidade que emerge da percepção e experiência dos informantes e, nesse sentido, não há preocupação com a quantificação e sim com a representatividade e dinâmica, presentes no material discursivo.

O método qualitativo possibilita apreender o universo dos significados, valores, ideias e atitudes compartilhadas com determinado grupo social, fenômenos que não podem ser quantificados e enfatiza que o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivenciam. A realidade social é composta pelo dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela.

Ainda, como corrobora Minayo (2010), devido ao fato de a saúde ser socialmente determinada, a abordagem qualitativa torna-se adequada às pesquisas dessa área, porque, por meio das técnicas que lhe são peculiares, sendo possível apreender a percepção dos sujeitos que vivenciam dada experiência. No presente estudo, tanto a percepção das mulheres gestantes que possuem/ desenvolvem o diabetes correspondem a um espaço mais profundo de relações e inter-relações que não podem ser reduzidos meramente à condição de variáveis.

Neste estudo sobre representações sociais de mulheres que vivenciam a gestação tendo Diabetes, o foco reside na aproximação com essas mulheres, buscando conhecer o que elas pensam, sentem e que ações desenvolvem na relação com o Diabetes. Esse conhecimento se dá pela exploração das suas representações sociais e do contexto de produção e comunicação delas. Descrever essa compreensão é objetivo desse estudo.

As representações sociais envolvem o compartilhamento entre os sujeitos sociais. Ao se coletar as informações para a pesquisa, individualmente, são identificadas as representações expressas pelos participantes. A aproximação dos discursos demonstrou a sua produção social, através da comunicação.

Ainda, a abordagem qualitativa permite um aprofundamento no universo dos significados das ações e relações humanas, de forma a conhecer o pensamento social ou o conhecimento que as mulheres têm acerca do diabetes mellitus prévio à gestação ou diagnosticado durante a gestação atual, atribuído por estas mulheres que vivenciam uma destas situações no período gestacional. Também, possibilita apreender o universo dos significados, valores, ideias e atitudes compartilhadas com determinado grupo social, fenômenos que não podem ser quantificados.

A gravidez de alto risco obstétrico continua sendo um fenômeno desconhecido, o que instiga buscar a compreensão de alguns de seus aspectos, uma vez que se trata de uma experiência singular e concreta, vivenciada pela mulher no seu mundo vida. A gestante, como sujeito consciente no mundo, experiencia essa situação e atribui a ela significados, aos quais me proponho desvelar. Acredito que enquanto pesquisadora, ao conhecer estes significados pode contribuir significativamente para o cuidado de enfermagem e de saúde à gestante, que vivencia esta situação particular de alto risco.

4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Com base em informações obtidas de maneira informal, tanto através de trocas de experiências com colegas como de vivência como enfermeira e docente, identificou-se os locais com maior concentração de gestantes portadoras de intercorrências obstétricas e, em particular, de situações de Diabetes Mellitus Gestacional e Diabetes Mellitus I ou II prévios à gestação. Sendo assim, selecionou-se o contexto que pareceu mais adequado para esta finalidade, tendo em vista tratar-se de serviço de referência ao atendimento aos casos de gestação de risco obstétrico.

O estudo foi desenvolvido em instituição pública estadual, que presta assistência ambulatorial e de internação hospitalar a gestantes de alto risco, sendo referência no estado. A instituição está situada na parte insular do município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina e presta atendimentos totalmente pelo Sistema Único de Saúde.

Esta instituição é caracterizada como um hospital público, de ensino, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES) do Estado de Santa Catarina, que presta assistência à saúde da mulher e ao neonato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Inaugurada em 03 de julho de 1955, com atendimento exclusivo no âmbito da obstetrícia (parturientes e seus recém-nascidos). As internações iniciaram em 1956, com disposição de 79 leitos distribuídos entre quartos, enfermarias e um anexo (isolamento em caso de aborto infectado e mastite puerperal). Atualmente, dispõe de 112 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal com importantes serviços direcionados à saúde integral da mulher e do neonato, ganhando maior poder de resolução, transformando – se, de fato, em referência estadual.

A instituição envolvida é reconhecida pelo Ministério da Saúde, desde 1993, como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher. Trata-se de uma maternidade-escola, com o título de Hospital Amigo da Criança desde 1996. É responsável por 50% dos atendimentos obstétricos do referido município, sendo também referência terciária para esta especialidade no Estado de Santa Catarina.

Com a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em 2000, é referência terciária desde essa data, na atenção obstétrica no Estado de Santa Catarina. Atualmente está inserida nos planos de ação para adesão à Rede Cegonha, e deverá sofrer mudanças importantes no modelo de atenção obstétrica, com vistas a humanização e a implementação de boas práticas.

Nascem aproximadamente 3.400 bebês por ano, sendo responsável por cerca de 50 % dos atendimentos obstétricos em Florianópolis. O total de atendimento geral é em média de 35.000 pacientes/ano (SAME – 2012).

O Serviço de Neonatologia é referência no atendimento aos recém-nascidos. Possui unidade de cuidados intermediários neonatais com 08 leitos extraoficiais e UTIN Neonatal com um total de 10 leitos cadastrados (CNES - 2012). Possui o Serviço de Medicina Fetal para diagnóstico e tratamento das doenças fetais intrauterinas, que juntamente com o serviço de gestação de alto risco com 12 leitos

(CNES- 2012), mantém os índices de mortalidade neonatal e materna compatível com dados de países desenvolvidos.

O Serviço de Ambulatório com 14.000 atendimentos anual (SAME, 2012) desenvolve inúmeras ações nos diferentes níveis, destacando-se: saúde do adolescente, planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, cirurgia, ginecologia, patologia cervical, mastologia, climatério, reprodução humana, oncologia ginecológica (mama, colo uterino, útero, vulva, ovário, entre outros).

Pelo reconhecimento dos relevantes serviços prestados à saúde da mulher e do neonato, recebeu em maio de 2013 o Prêmio Dr. Pinotti, concedido pela Câmara Federal do Brasil.

A maternidade possui três unidades de Alojamento Conjunto num dos setores de internação, com um total de 27 leitos, para atendimento exclusivo de puérperas e recém-nascidos de risco habitual. Essas unidades encontram-se próximas ao Centro Obstétrico (CO) no pavimento térreo da instituição.

Conta ainda com mais 16 leitos em outro setor, no primeiro pavimento, ao lado da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de Centro Cirúrgico (CC) para o atendimento de mães e recém-nascidos considerados de risco.

4.2.1 Caracterização da Unidade de Gestação de Alto Risco

A unidade de gestação de alto risco é constituída por oito leitos destinados à internação de gestantes com intercorrências obstétricas, localizada no andar térreo da maternidade, ao lado do CO. A unidade oito possui três enfermarias: uma enfermaria com três leitos, outra enfermaria também com mais três leitos e uma pequena enfermaria atrelada à outra enfermaria com dois leitos.

Dependendo da demanda da instituição, as gestantes também podem ser alocadas em poltronas localizadas também na unidade oito e também na unidade quatro, que se destina tanto a puérperas como a gestantes. A unidade quatro constituiu-se em uma única enfermaria composta por quatro leitos. Tanto a unidade oito e a unidade quatro pertencem ao Posto I.

As gestantes internadas na unidade de gestação de alto risco são oriundas, tanto da capital como do interior do estado e em sua maioria, são encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde da capital e do interior.

As principais intercorrências obstétricas que motivam a internação de gestantes são a Doença Hipertensiva Específica da

Gestação (DHEG), Diabetes Mellitus Gestacional, Diabetes Mellitus tipo I e tipo 2 prévios à gestação, Infecção do Trato Urinário (ITU), entre outras. A escolha do referido local para o desenvolvimento deste estudo deu-se em razão desse serviço já estar estruturado, para atendimento destas intercorrências, e pela considerável demanda.

Vale ressaltar que nessa instituição, o direito garantido pela Lei 11.108/ 2005 quanto ao direito a acompanhante de escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto, é integralmente cumprido.

4.2.2 Rotina do Manejo Clínico de Gestantes Diabéticas

A referida maternidade constitui-se referência para o acompanhamento de gestantes portadoras de diabetes, tanto prévio como o DMG. Possui uma rotina de acompanhamento que inclui a realização do perfil glicêmico (PG).

Durante o ano de 2014, no período de março a setembro, período da realização da coleta de dados, foram realizados na instituição, perfis glicêmicos em 378 gestantes, sendo uma média mensal de 63 gestantes.

Conforme recomendações constantes no Manual de Rotinas de Ginecologia e Obstetrícia da instituição, o perfil glicêmico deve ser realizado quinzenalmente até à 36ª semana de gestação e semanalmente entre a 36ª e 40ª semana de gestação na Unidade de Gestação de Alto Risco após, pelo menos, uma semana de realização de dieta conforme orientação do profissional nutricionista (SAAB NETO, J.A.; SILVEIRA, S.K.; VITORELLO, D.A., 2012).

A rotina de realização do perfil glicêmico se processa com o agendamento prévio das gestantes que necessitam deste procedimento em um livro próprio para esta finalidade. Os perfis glicêmicos são realizados de segunda à quinta-feira, com um agendamento médio de três gestantes por dia.

A gestante é orientada a comparecer em jejum por volta das sete horas da manhã, proceder à internação e é encaminhada à unidade oito. Ela permanece durante todo o dia na unidade, recebendo orientações quanto à dieta, tratamento, cuidados e necessidade de acompanhamento rigoroso das glicemias. Geralmente, após a realização da última mensuração da glicemia (21:30 horas), caso as glicemias apresentem-se dentro dos parâmetros esperados e após avaliação médica, a gestante é liberada para sua residência, sendo orientada para novo retorno, geralmente quinzenal até à 36ª semana de gestação. Caso as glicemias

apresentem-se alteradas, a gestante permanece internada para seguimento.

São realizadas seis mensurações glicêmicas através de glicemias capilares. As glicemias capilares são mensuradas nos horários pré-estabelecidos de 07:30 (glicemia de jejum), 09:30, 13:30, 16:30, 19:30 e 21:30 horas.

São considerados resultados glicêmicos normais, glicemia de jejum de até 95 mg/dl, pré-prandiais de até 100 mg/dl e pós-prandiais (duas horas) de até 135 mg/dl. Quando houver necessidade de coleta de glicemia durante a madrugada, o resultado deve estar acima de 60 mg/dl.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Conforme a Resolução 466/12, participante de pesquisa é definido como sendo “indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(is) legal(is), se submete a protocolo de pesquisa” (BRASIL, 2012, p.3).

Como critérios de inclusão, foram incluídas no estudo 30 mulheres gestantes com diagnóstico de DM tipo I ou DM do tipo 2, prévios à gestação ou mulheres gestantes com diagnóstico de DMG na gestação atual, independentemente da idade gestacional e do tempo de diagnóstico da doença em ambas as situações, com idade igual ou superior a 18 anos, internadas e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo C.

Adotou-se como critérios de exclusão do estudo: gestantes menores de dezoito anos em razão do aspecto jurídico-legal e aquelas que manifestassem desejo de não participar do estudo.

Após serem informadas acerca do estudo, em consonância com a Resolução 466/12, e aceitando em participar do estudo, as mesmas procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice C Foi apresentado às participantes da pesquisa o objetivo do estudo e esclarecidos os procedimentos de condução da mesma. Todas concordaram em participar de forma voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) e a autorização para a gravação da entrevista (Apêndice D). Foi esclarecido o direito de desistência em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Assim como foi assegurado o anonimato, a utilização das informações somente para

fins de pesquisa científica e a disponibilização do trabalho quando solicitado.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.4.1 Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, trinta (30) gestantes, com idade superior a 18 anos e que aceitaram participar do presente estudo, constituíram o universo da amostra. Todas as participantes estavam vivenciando o processo de gestação, tendo diagnosticada alguma forma de Diabetes Mellitus e possuíam capacidade de interagir com a entrevistadora.

Das participantes, 18 (54%) foram diagnosticadas com DMG, 07 (21%) com DM2 e 05 (15%) com DM1. A idade das gestantes participantes variou entre 20 e 43 anos, sendo que a maioria das gestantes situavam-se na faixa dos 31 a 40 anos, com predomínio da idade de 35 anos.

Quanto ao estado civil, 10 (30%) entrevistadas declararam que eram casadas e 20 (70%) declararam ser solteiras, sendo que 17 (53,3%) declararam possuir união consensual estável e 03 (10%) entrevistadas declararam ser solteiras e sem nenhum cônjuge/ companheiro, sendo que 02 (6%) gestantes declararam ainda estarem decidindo se iriam viver com o pai do seu bebê e uma gestante declarou estar sozinha, não possuir companheiro.

Quanto ao tempo de união ou de casamento com o atual cônjuge, 11 entrevistadas declararam ter como tempo de união/ casamento entre 1 e 5 anos, seguidas de 09 entrevistadas que declararam possuir tempo entre 6 e 10 anos, 03 entrevistadas declararam ter entre 16 e 20 anos de união/ casamento e 02 entrevistadas declararam tempo entre 11 e 15 anos. Uma entrevistada declarou possuir menos de um ano de união/ casamento com o atual companheiro e uma entrevistada declarou estar casada há 23 anos. Três entrevistadas declararam ser solteiras e que estavam vivendo sozinhas.

No que diz respeito à escolaridade, 11 (33%) gestantes possuíam ensino médio completo, 09 (27%) gestantes possuíam ensino fundamental incompleto, 03 (10%) possuíam ensino superior incompleto, 03 (10%) possuíam ensino superior completo, 02 (6%) possuíam ensino fundamental completo, 01 (3%) possuía ensino médio incompleto e 01 (3%) possuía Mestrado concluído. Em relação ao grau

de escolaridade, 11 entrevistadas declararam possuir ensino médio completo, 09 entrevistadas declararam possuir ensino fundamental incompleto, 05 entrevistadas declararam possuir ensino superior completo (03 das entrevistadas concluíram o curso de Pedagogia), 02 entrevistadas declararam possuir ensino fundamental completo, 02 entrevistadas declararam ter ensino superior incompleto (ambas iniciaram curso superior e não concluíram o mesmo) e uma entrevistada declarou ter concluído curso de Mestrado em Educação, cursado em instituição pública e gratuita.

Do total de participantes, 25 (75%) eram procedentes de Santa Catarina e 05 (25%) eram procedentes de outros estados (PR, RS, CE). Quanto ao local de nascimento, 21 gestantes entrevistadas eram do estado de Santa Catarina, sendo que 14 entrevistadas nasceram na grande Florianópolis, 04 entrevistadas do Sul do estado, 03 entrevistadas do planalto serrano, 03 entrevistadas do oeste catarinense e uma entrevistada no litoral norte. 02 gestantes eram do estado do Rio Grande do Sul, 02 entrevistadas eram do estado do Paraná e uma entrevistada informou que nasceu no estado do Ceará.

Quanto à situação social, 15 (50%) gestantes entrevistadas declararam estar trabalhando, 10 (30%) gestantes entrevistadas declararam não estarem trabalhando, duas (6%) declararam que estavam na Perícia, uma gestante (3%) declarou estar desempregada e outra gestante (3%) declarou não ter ocupação, vivendo exclusivamente da pensão militar de seu pai. Todas as entrevistadas (100%) declararam que seus cônjuges/ companheiros/ parceiros estavam empregados e trabalhando.

Em relação à profissão/ocupação, 05 entrevistadas declararam trabalhar como domésticas, 04 entrevistadas declararam trabalhar como auxiliar de serviços gerais, 03 declararam trabalhar em áreas técnico-administrativas e 02 entrevistadas declararam trabalhar como auxiliar de creche. As demais entrevistadas declararam trabalhar em áreas diversificadas (supervisora escolar, pedagoga, professora, técnica de enfermagem, merendeira, babá, gerente de loja, recepcionista, operadora de telemarketing, operadora de caixa, comerciante, assistente comercial, técnica de comunicações, *free lancer*, vendedora e decoradora de eventos e uma entrevistada declarou ser do lar.

Quanto ao grau de escolaridade de seus cônjuges/ parceiros/ companheiros, 08 gestantes declararam que os mesmos possuíam ensino fundamental incompleto, 06 declararam que possuíam ensino médio completo, 04 declararam que possuíam ensino superior incompleto, 03 declararam que possuíam ensino superior completo (um deles com dois

cursos de graduação concluídos), 03 declararam que possuíam ensino médico incompleto e 03 declararam que possuíam ensino fundamental completo. Duas entrevistadas não souberam informar qual a escolaridade de seus cônjuges/ companheiros/ parceiros.

Em relação à profissão/ ocupação dos seus cônjuges/ companheiros/ parceiros, 04 gestantes informaram que os mesmos eram motoristas, 02 auxiliares de serviços gerais, 02 serralheiros, 02 pedreiros, 02 ajudantes de pedreiro, 02 eram servidores técnico administrativos e 02 eram chefes de cozinha. Os demais cônjuges/ companheiros/ parceiros trabalhavam em áreas diversificadas (militar, pedagogo, almoxarife, vidraceiro, encanador, técnico em comunicações, técnico em sistema de informações, atendente de loja, autônomo, supervisor de estoque, gerente, montador e comerciante).

Quanto ao local e tempo de residência, 14 gestantes informaram residir no município de Florianópolis, 08 gestantes informaram residir na Grande Florianópolis (abrange os municípios de São José, Biguaçu, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz e Antônio Carlos) e 08 gestantes informaram residir em municípios do interior do estado (Araranguá, Bom Jardim da Serra, Paulo Lopes, São João Batista, Santa Rosa do Sul, Tijucas e Salto Veloso). 15 gestantes informaram que residiam entre 01 e 10 anos no local atual; 08 gestantes responderam que residiam há mais de 20 anos, sendo que a maioria informou residir no local desde que nasceu, 05 gestantes informaram que residiam entre 10 e 20 anos no local atual, uma gestante informou tempo de residência inferior há 6 meses e uma gestante não soube informar há quanto tempo residia no local.

No que diz respeito ao número de pessoas/ familiares residentes, das 30 gestantes entrevistadas, 09 responderam que somente uma pessoa residia juntamente com a mesma (geralmente o parceiro/ companheiro/ cônjuge e/ou filho); 09 responderam que residiam juntamente com a mesma duas pessoas; 05 responderam que residiam juntamente com a mesma três pessoas; 02 responderam que residiam juntamente com a mesma quatro pessoas e 04 responderam que cinco ou mais pessoas residiam com a mesma. Quanto ao parentesco, a maioria, 15 gestantes responderam que residiam com o parceiro/ companheiro/ cônjuge e filhos; 11 responderam que residiam apenas com o parceiro/ companheiro/ cônjuge; 03 responderam que residiam somente com seus filhos, declarando não possuir nenhum parceiro/ companheiro/ cônjuge; 02 gestantes responderam que a mãe da mesma residia juntamente com as mesmas e 02 gestantes responderam que o pai da mesma residia

juntamente com as mesmas, neste caso, todos viúvos; 03 gestantes responderam que tinham irmãos/ irmãs residindo com a mesma e 01 gestante respondeu que seu enteado morava consigo.

Quanto à renda mensal da família (valor do salário mínimo nacional referente ao ano de 2014 – R\$ 724,00), houve predomínio de renda entre 01 a 05 salários mínimos (R\$ 725,00 a R\$ 3.620,00), informada por 24 entrevistadas. 02 entrevistadas informaram que recebiam menos de 01 salário mínimo, 02 entrevistadas declararam renda entre 06 a 10 salários mínimos (R\$ 4.344,00 a R\$ 7.240,00) e 02 entrevistadas declararam receber acima de 10 salários mínimos.

Em relação à religião e prática religiosa, das 30 gestantes entrevistadas, 17 declararam pertencer à religião católica, sendo 16 entrevistadas declararam serem católicas apostólicas romanas e 01 católica carismática, sendo 11 praticantes e 06 não praticantes. 04 entrevistadas declararam ser espíritas, sendo 03 espíritas kardecistas e 01 declarou ser espírita umbandista, sendo 03 praticantes e 01 não praticante. 05 entrevistadas declararam ser evangélicas, sendo todas de denominações evangélicas renovadas, 04 praticantes e 01 não praticante. 03 entrevistadas declararam não possuir religião e uma entrevistada declarou que apenas acreditava em Deus, não afirmando se tinha ou não religião.

Quanto ao número de filhos vivos, 09 gestantes entrevistadas declararam não ter filhos; 07 gestantes declararam ter um filho; 05 gestantes declararam ter dois filhos; 02 gestantes declararam ter três filhos e 05 gestantes declararam ter mais de três filhos.

Com relação à faixa etária dos filhos, nenhuma gestante tinha filhos menores de um ano de idade; 08 gestantes declararam ter filhos com idade entre um e cinco anos; 07 gestantes declararam ter filhos com idade entre seis e dez anos; 09 gestantes declararam ter filhos com idade entre onze e quinze anos; 09 gestantes declararam ter filhos com idade entre dezesseis e vinte anos e 06 gestantes declararam ter filhos com idade acima de 20 anos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo, Florianópolis, Santa Catarina, 2014

Número da Entrevista	Profissão/Ocupação	Escolaridade	Estado civil	Tempo de união	Religião	Número de filhos	Naturalidade	Local de residência	Renda *
01	Merendeira	Ens. Fund. Inc.	União estável	03 anos	Católica	0	Santa Catarina	B. J. da Serra	1.600,00
02	Tec. Enf.	Ens. Médio Cp	União estável	8 meses	Católica	01	Santa Catarina	Fpolis	2.500,00
03	Decoradora	Ens. Fund. Cp.	União estável	03 anos	Católica	02	Santa Catarina	Fpolis	2.100,00
04	Volante	Ens. Fund. Inc.	Solteira	Sem parceiro	Católica	03	Santa Catarina	Biguaçu	1.000,00
05	Aux. Sala	Ens. Médio Cp	Casada	18 anos	Católica	01	Santa Catarina	Fpolis	2.500,00
06	Vendedora	Superior. Inc.	União estável	04 anos	Católica	01	Santa Catarina	Paulo Lopes	2.800,00
07	Aux. Oper.	Ens. Fund. Inc.	União estável	06 anos	Católica	06	Santa Catarina	Salto Veloso	800,00
08	Gerente	Ens. Médio Cp	Casada	06 anos	Católica	0	Santa Catarina	Fpolis	5.000,00
09	Doméstica	Ens. Fund. Inc.	Casada	14 anos	Católica	02	Santa Catarina	Biguaçu	2.800,00
10	Professora	Superior Cp.	Casada	04 anos	Evangélica	01	Santa Catarina	Palhoça	2.500,00
11	Babá	Ens. Fund. Inc.	União estável	23 anos	Evangélica	05	Santa Catarina	Fpolis	2.500,00
12	Tec. Adm.	Ens. Médio Cp	União estável	03 anos	Espírita	0	R. G. do Sul	Fpolis	1.800,00
13	Recepcionista	Ens. Médio Cp	Casada	08 anos	Espírita	0	Santa Catarina	São José	3.000,00

14	Freelancer	Superior Cp.	União estável	02 anos	Espírita	0	Paraná	Fpolis	3.500,00
15	Do lar	Ens. Fund. Inc.	União estável	18 anos	Católica	06	Santa Catarina	S.J.Batista	724,00
16	Diarista	Superior Inc.	União estável	01 ano	Católica	03	Santa Catarina	Fpolis	2.500,00
17	Aux. Oper.	Ens. Fund. Inc.	União estável	10 anos	Sem religião	02	Santa Catarina	São José	2.500,00
18	Aux. Creche	Ens. Fund. Cp.	União estável	18 anos	Sem religião	01	Santa Catarina	Biguaçu	4.000,00
19	Não tem	Ens. Médio Inc	Solteira	Sem parceiro	Católica	04	R.G.do Sul	S.Rosa do Sul	950,00
20	Professora	Ens. Médio Cp	Casada	12 anos	Católica	02	Santa Catarina	Palhoça	1.500,00
21	Coord. Techn.	Ens. Médio Cp	Casada	04 anos	Católica	0	Santa Catarina	Palhoça	3.000,00
22	Camareira	Ens. Médio Cp	União estável	09 anos	Sem religião	01	Ceará	Fpolis	2.000,00
23	Volante	Ens. Médio Cp	União estável	03 anos	Católica	0	Santa Catarina	Fpolis	3.000,00
24	AssisT. Com.	Superior Cp.	Casada	03 anos	Espírita	0	Santa Catarina	Fpolis	3.500,00
25	Superv.Escolar	Mestrado	Casada	07 anos	Evangélica	01	Santa Catarina	Fpolis	9.000,00
26	Doméstica	Ens. Fund. Inc.	União estável	07 anos	Católica	07	Santa Catarina	Tijucas	1.300,00
27	Doméstica	Ens. Fund. Inc	Solteira	Sem parceiro	Evangélica	02	Paraná	Tijucas	724,00
28	Aux. Oper.	Superior Inc.	União estável	01 ano	Católica	02	Santa Catarina	Araranguá	2.000,00

29	Comerciante	Ens. Médio Cp	Casada	06 anos	Católica	0	Santa Catarina	Fpolis	12.000,00
30	Telemarketing	Ens. Médio Cp	Casada	08 anos	Evangélica	0	Santa Catarina	Fpolis	2.300,00

4.4.2 Caracterização obstétrica das participantes do estudo

A tabela 2 mostra as características obstétricas das gestantes entrevistadas, e como pode ser constatado, quanto ao número de gestações, houve predomínio de multigestas, sendo 16 (53%) gestantes, 08 (26,5%) gestantes eram primigestas e 06 (20%) secundigestas. Quanto à idade gestacional, houve considerável variação, desde 13 semanas até gestação a termo, com predomínio da idade gestacional entre 28 e 32 semanas, sendo 12 (40%) dessas gestantes. Quanto à existência de familiares com diagnóstico de DM, 22 (76%) gestantes declararam que tinham familiares com a doença, com o predomínio de casos de DM2 em mulheres (mães e avós), com 17 (53,5%) casos, 08 (26,5%) gestantes declararam não possuir nenhum antecedente familiar com DM e 04 (13,3%) gestantes não souberam informar se tinham antecedentes familiares com DM.

Quanto ao número de gestações anteriores, 08 gestantes entrevistadas eram primigestas (sem gestação anterior); 05 gestantes entrevistadas eram secundigestas (uma gestação anterior à gestação atual); 17 gestantes entrevistadas eram multigestas (duas ou mais gestações anteriores à gestação atual).

Quanto ao número de abortos, 21 gestantes entrevistadas declararam não ter tido nenhum abortamento. 07 gestantes entrevistadas declararam ter tido um aborto em gestação anterior, todos declaradamente espontâneos e uma gestante declarou ter tido, ao todo, três abortamentos, todos espontâneos, conforme declarou a entrevistada.

Em relação à via de parto anterior à gestação atual, 23 gestantes entrevistadas informaram partos anteriores. 10 gestantes entrevistadas declararam ter tido parto normal e 13 gestantes entrevistadas declararam ter sido submetidas a parto cesariana. Todas as entrevistadas declararam ter tido partos em ambiente hospitalar. Das 13 gestantes entrevistadas, quando indagadas sobre as indicações dos partos cesarianas, as respostas fornecidas foram: 03 partos cesariana devido ao fato da gestante não apresentar dilatação cervical; 02 partos cesariana devido à presença de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação), 02 partos cesariana devido à pré-eclâmpsia; 02 partos cesariana devido a sofrimento fetal; 02 partos cesariana devido ao feto estar em apresentação pélvica; 01 parto cesariana devido ao Diabetes Mellitus tipo 01 prévio; 01 parto cesariana devido ao Diabetes Mellitus Gestacional; 01 parto cesariana devido a Pós-datismo; 01 parto cesariana devido à desproporção cefalo-pélvica (DCP); 01 parto

cesariana devido a situação de presença de nó de cordão e 01 parto cesariana onde a gestante não soube informar qual foi a indicação.

Quanto ao tipo de Diabetes Mellitus diagnosticado, houve prevalência de 54% de gestantes (18 gestantes) com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), e 46% de gestantes (12 gestantes) possuíam diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I ou tipo II prévios à gestação, sendo que 07 gestantes tinham como diagnóstico Diabetes Mellitus tipo II (DM 2) prévio à gestação atual e 05 gestantes tinham como diagnóstico Diabetes Mellitus tipo I (DM 1) prévio à gestação atual. A gestante entrevistada mais jovem possuía diagnóstico de DM 1 e a gestante com maior idade possuía diagnóstico de DMG, detectado na gestação atual.

Em relação ao maior tempo de diagnóstico da doença, houve prevalência das gestantes portadoras de DM prévio à gestação. Das gestantes participantes, 09 delas tinham tempo de diagnóstico entre um e mais de dez anos. Das 09 gestantes diagnosticadas com DM prévio à gestação, 03 possuíam mais de dez anos de diagnóstico, todas portadoras de DM 1, justificado pelo fato do DM 1 geralmente ser diagnosticado na infância ou no início da adolescência. 06 gestantes possuíam entre um e dez anos de diagnóstico, sendo 04 gestantes com diagnóstico de DM 2 e 02 gestantes possuíam diagnóstico de DM 1. Das demais gestantes com Diabetes diagnosticados previamente à gestação, 02 gestantes foram diagnosticadas com DM 2 após terem desenvolvido DMG em gestação anterior.

Das gestantes com diagnóstico de DMG, considerando que o rastreamento da doença é realizado por volta da 28ª semana de gestação, houve prevalência de 13 gestantes com tempo de diagnóstico entre um e seis meses e 05 gestantes com tempo de diagnóstico inferior a um mês, sendo que uma gestante entrevistada recebeu o diagnóstico dois dias antes da realização da entrevista.

Quanto à existência de ocorrência de Diabetes Mellitus em familiares das gestantes, 22 gestantes informaram possuir algum familiar/ familiares com diagnóstico e desenvolvimento da doença, 07 gestantes informaram não existir familiar com a doença e uma entrevistada não soube informar.

Em relação ao grau de parentesco desses familiares que desenvolveram o Diabetes, 10 gestantes informaram que o pai era portador da doença, 09 informaram que a mãe era portadora da doença, 08 informaram que a avó materna era portadora da doença, 05 informaram ser a avó paterna portadora da doença, 04 informaram que o

avô materno era portador da doença, 04 informaram ter irmãos e irmãs portadores da doença, 04 informaram ter tios e tias portadores da doença (geralmente pelo lado materno), 02 entrevistadas não souberam informar o grau de parentesco, porém, alegando ser familiar portador de Diabetes, uma entrevistada informou que o avô paterno era portador da doença, uma entrevistada informou ter primos portadores da doença e uma entrevistada referiu ter a sogra como portadora da doença.

Quanto ao tipo de Diabetes desenvolvidos por seus familiares, 12 gestantes afirmaram que seus familiares desenvolveram DM 2, 07 gestantes não souberam informar qual o tipo de DM de seus familiares, 03 gestantes informaram possuir familiares com DM 1 e 03 gestantes relataram casos de desenvolvimento de DMG em familiares do sexo feminino.

Tabela 2 – Características da obstétricas das participantes do estudo, Florianópolis, Santa Catarina, 2014

Número de ordem	Idade da entrevistada	Idade Gestacional	Diagnósticos	Número de gestações	Antecedentes familiares	Tipo de Diabetes dos familiares
01	35	29 s 4 d	DMG Insulinodependente, Obesidade/ HAS crônica/ Miomatose	1 ^a	Irmão gêmeo	Não soube informar
02	41	25 s 1 d	DMG + HAS crônica	2 ^a	Avó materna	DM 2
03	42	36 s 1 d	DMG	4 ^a	Pai	DM 2
04	24	27 s	DM 1	4 ^a	Mãe e avó materna	Não soube informar
05	35	24 s 2 d	DMG	3 ^a	Mãe	DM 2
06	22	30 s 2 d	DMG / Provavel DM 2	2 ^a	Avó materna	DM 2
07	40	31 s	DMG/Polidrâmnio leve	8 ^a	Nenhum familiar	-
08	34	32 s 6 d	DM 2	2 ^a	Pai, mãe e 10 irmãos	Todos DM 2
09	38	38 s	DMG / CIUR	4 ^a	Mãe e tia	DM 2
10	42	37 s 5 d	DM 2	3 ^a	Pai, avós maternos e paternos	Pai DM 2 Insulinodependente Avós não soube informar
11	38	30 s 3 d	DMG / Obesidade	6 ^a	Pai e avó	DM 2
12	35	31 s 6 d	DMG	2 ^a	Nenhum familiar	-
13	35	29 s 6 d	DMG/ Encurtamento de colo uterino	1 ^a	Nenhum familiar	-
14	22	14 s	DM 1	1 ^a	Pai, avós materna e paterna	DM 2
15	36	21 s	DM 2	7 ^a	Não soube informar	-

16	38	31 s	DMG	5 ^a	Pai, mãe e 2 irmãos	Pai e mãe DM 2 insulinodependente, irmãos DM 2
17	32	31 s 6 d	DM 2 Insulinodependente/ Gestação gemelar dicoriônica e diamniótica	3 ^a	Mãe e avó materna	DM 1
18	37	36 s	DMG Insulinodependente/ Obesidade	2 ^a	Nenhum familiar	-
19	42	28 s 5 d	DM 2 / HAS crônica	5 ^a	Avó materna	DM 2
20	32	37 s	DM 2/ HAS crônica/ Pré-eclâmpsia/ Obesidade	3 ^a	Mãe e avó materna	DM 1
21	32	13 s 3 d	DM 1	1 ^a	Familiares por parte de pai	Não soube informar
22	25	35 s 6 d	DMG provável DM 2 (DMG na 1 ^a gestação)	3 ^a	Nenhum familiar	-
23	20	30 s	DMG Insulinodependente	1 ^a	Mãe, avós materna e paterna, avô paterno, tio da mãe	DM 2
24	32	36 s	DMG	1 ^a	Nenhum familiar	-
25	35	28 s	DM 1/ Trombofilia/ Hipotireoidismo/ CIUR	2 ^a	Pai e mãe	DM 2
26	43	34 s	DMG	11 ^a	Pai e avó paterna	Não soube informar
27	39	38 s 2d	DM 2/ HAS/ Obesidade	3 ^a	Nenhum familiar	-

28	27	25 s 4 d	DM 1/ Fibromialgia/ Transstorno Depressivo/ Refluxo gastroesofágico	3 ^a	Mãe, avó materna, tias e primas	DM 2
29	35	39 s 3 d	DMG/ Polidramnio leve	1 ^a	Tios paternos	DM 2
30	29	27 s 5 d	DMG/ Sequela locomotora	1 ^a	Pai	DM 2

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de março a setembro de 2014, mediante a utilização da técnica de entrevista semiestruturada em profundidade, o que contribuiu para enriquecer a compreensão do fenômeno e, ao mesmo tempo, abordando o objeto de estudo de uma maneira particular.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com uso de gravador e com o consentimento por escrito de cada participante. Todas as entrevistadas e seus familiares quando presentes foram informados quanto à utilização do gravador digital. Os horários foram estabelecidos pelas próprias entrevistadas, com tempo livre para que este pudesse se expressar o quanto julgasse necessário. Também o horário foi adequado às rotinas das instituições (fora do horário da visita médica e de visita), sendo realizados nos turnos vespertinos e início do turno noturno.

As entrevistas obedeceram a um roteiro–guia previamente estabelecido (Apêndice D) de forma a conduzir a entrevista, as quais foram gravadas e transcritas em sua íntegra por esta pesquisadora. Optei em transcreve-las pessoalmente, pois, pude observar em cada entrevista a postura, o tom de voz, o olhar, os sentimentos, as pausas, os momentos de silêncio, o choro, a emoção de cada entrevistada, e até mesmo as interrupções necessárias à realização dos controles assistenciais necessários, o que foi de sobremodo relevante.

A entrevista parte da premissa de que as experiências que um sujeito adquiriu sobre determinado conteúdo estejam armazenadas e possam ser lembradas através de formas de conhecimento narrativo-episódico e semântico. O conhecimento episódico tem aproximação com as experiências do sujeito e apresenta-se de forma concreta; já o conhecimento semântico é baseado em proposições e relações resultantes desses eventos e são generalizadas, ou seja, o significado que a pessoa atribuiu àquela experiência (FLICK, 2009).

A entrevista permitiu uma aproximação do tema em estudo através de uma forma narrativa e possibilitou descrever as experiências associadas ao contexto. Sendo assim, ela parte de situações ou episódios vivenciados pelas entrevistadas que sejam relevantes ao tema da pesquisa, numa combinação de narrativas orientadas para desvendar o conhecimento conceitual (FLICK, 2009).

Para Jodelet (2005), a técnica de entrevista justifica-se pela necessidade da elaboração de perguntas que assegurem a consistência teórica. As perguntas iniciais devem seguir uma ordem de

complexidade, iniciando-se com experiência cotidiana e seguindo para reflexões mais profundas e julgamentos.

4.6 ENTRADA, PESQUISA E SAÍDA DE CAMPO

Para a entrada em campo, primeiramente, realizei contato pessoal prévio com as colegas enfermeiras do ambulatório e da unidade de internação, a fim de verificar como eram as rotinas, com o intuito de estabelecer o melhor horário para realização do trabalho em campo, de forma a não prejudicar o andamento do funcionamento destas unidades e não atuar nos momentos considerados inadequados como visita médica, passagem de plantão, horário de visitas e outros. Como já havia trabalhado na instituição há alguns anos, verifiquei que em questão de horários e de rotinas padronizados não ocorreram maiores modificações e a receptividade das colegas da equipe de enfermagem foram fatores que me deixaram ainda mais motivada para o desenvolvimento deste estudo.

Formulei um convite verbal e pessoal para participação de cada mulher que estava hospitalizada nas Unidades de Internação VII e IV, destinada ao acompanhamento de mulheres com gestação de alto risco. Após minha apresentação pessoal, como enfermeira obstetra e aluna do curso de doutorado do Pen/UFSC, apresentava o objetivo do estudo, elucidando os procedimentos de pesquisa, com garantia de sigilo, anonimato, confidencialidade e guarda de dados coletados. Somente após orientação e esclarecimentos de dúvidas, fiz a solicitação de permissão para o registro gravado das entrevistas, a fim de garantir a originalidade dos dados, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

De segunda a quinta-feira, dias de rotina de realização de perfil glicêmico, sempre me dirigia à instituição a fim de verificar entrada de novas gestantes. Por outro lado, era muito gratificante reencontrar gestantes já entrevistadas, de forma a acompanhar o curso da gestação e, até em alguns casos, o desfecho da gestação com o nascimento dos bebês.

Minha saída do campo se deu quando conclui as entrevistas, porém, o vínculo com a maioria das entrevistadas e com as colegas da equipe de enfermagem se mantiveram mesmo após o término das entrevistas.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para o desenvolvimento da análise dos dados desta pesquisa, utilizei a modalidade de análise temática que, segundo Bardin (2009):

Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença e frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido (BARDIN, 2009, p. 131).

A análise de conteúdo possui rigor metodológico e organização que possibilitam ao pesquisador percorrer e compreender suas características enquanto método, levando-o a buscar os sentidos e significados produzidos histórica e cotidianamente em nosso meio (FARAGO; FOFONCA, 2012).

A análise de conteúdo proposta por Bardin propõe que tudo o que é dito ou escrito é suscetível a ser submetido a uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo:

É 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/ recepção destas mensagens. (BARDIN, 2009, p. 37).

A análise de conteúdo surgiu no início do século XX nos Estados Unidos para analisar o material jornalístico, ocorrendo um impulso entre 1940 e 1950, quando os cientistas começaram a se interessar pelos símbolos políticos, tendo este fato contribuído para seu desenvolvimento; entre 1950 e 1960, a análise de conteúdo estendeu-se para várias áreas.

A análise de conteúdo constitui-se em instrumento de pesquisa científica com múltiplas aplicações.

Os procedimentos utilizados podem variar em função dos objetivos da pesquisa, entretanto, sejam quais forem suas finalidades, é preciso que ela se submeta, para que tenha valor científico, a

algumas regras precisas que a diferenciem de análises meramente intuitivas (OLIVEIRA, 2008, p.570)

A análise de conteúdo pode ser quantitativa e qualitativa. Existe uma diferença entre essas duas abordagens: na abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa se considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem. A análise qualitativa tem, em sua aplicação, uma compreensão exata do sentido. “A elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa e não em inferências gerais” (BARDIN, 2009, p. 141).

Pode-se dizer que a análise qualitativa caracteriza-se pelo fato da inferência, sempre que é realizada, emergir na presença dos temas, palavras, personagens, entre outros (BARDIN, 2009). Nessa perspectiva, a análise de conteúdo torna possível inferir algo a propósito de uma realidade representativa de uma população de indivíduos ou de um grupo social, e transmitir o essencial das significações produzidas pelas pessoas (BARDIN, 2009).

Em termos de aplicação, a análise de conteúdo,

permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros (OLIVEIRA, 2008, p.570).

A estrutura da análise de conteúdo proposta por Bardin organiza-se em torno de três eixos cronológicos, que nortearam a presente pesquisa: a pré-análise, com organização do material; a exploração do material, com administração sistemática das decisões tomadas na fase anterior; e o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação desses resultados (BARDIN, 2009).

Bardin apresenta três etapas metodológicas para a fase de análise de dados, que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

1ª Etapa: Pré-análise

Representa a fase de organização, que iniciou com a transcrição cuidadosa e detalhada de cada uma das entrevistas, exatamente como constam nas fitas gravadas pela pesquisadora, seguida pela leitura exaustiva do material, para tomar contato com a estrutura, descobrir orientações para análise e registrar impressões sobre a mensagem.

2ª Etapa: Exploração do material ou codificação

O material transcrito foi lido diversas vezes, para apreensão dos elementos contidos nas falas. Iniciou-se agrupando os discursos por questões levantadas. Após estudo aprofundado, relacionei as informações, marcando com cores distintas as falas com características comuns, que se relacionam entre si, criando as codificações. Foi efetuado um recorte das falas e reagrupadas conforme as codificações criadas.

Após, foi realizada a classificação de acordo com as representações sociais, ou seja, foram estabelecidos conceitos capazes de abranger os elementos e ideias agrupadas, constituindo as categorias. No estabelecimento de categorias, procurei seguir três princípios: o conjunto de categorias foi estabelecido a partir de um único princípio de classificação; todas as respostas foram incluídas em uma das categorias; e uma resposta não foi incluída em mais de uma categoria, conforme enfatiza Bardin (2009).

3ª Etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Posteriormente, os dados foram discutidos e interpretados à luz do referencial teórico. Nessa etapa, desvendou-se o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto, que foi discutido na apresentação dos resultados.

Para o início da análise, foi realizada a exploração do material, com uma leitura preliminar da entrevista, seguida de leituras que se utilizam de perguntas, as quais proporcionam uma interpretação do que está sendo dito, como: O que esta pessoa está querendo dizer? Como está sendo dito? Como as palavras, frases e sequências se encadeiam? Com a decifração das várias respostas ou entrevistas, novas perguntas

poderão ser acrescentadas para comparação: Esta entrevista apresenta em determinado sítio, um tema que já observei em outra entrevista? Ou, encontrei um tema equivalente em outro contexto? Será possível nomear a especificidade de determinada entrevista, com um título, por exemplo?

A análise de conteúdo do tipo categorial-temática é o tipo de análise mais antiga e na prática a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos.

Na análise categorial-temática, constroem-se categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Este tipo de classificação é chamado de análise categorial-temática, onde busca-se o reconhecimento de temas ou ideias no texto, enquadrando-os em determinadas categorias. A análise categorial-temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2010; BARDIN, 2009).

Na análise categorial-temática, o tema é a unidade de registro de significação que emerge de um texto analisado, segundo critérios da teoria que fundamenta a leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições com significados (BARDIN, 2009). Corroborando com Oliveira,

A análise de conteúdo é um recurso metodológico que pode servir a muitas disciplinas e objetivos, uma vez que tudo o que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado com a aplicação desta técnica ou método” (OLIVEIRA, 2008, p. 570)

As entrevistas foram gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio digital, cuja duração variou entre trinta minutos e duas horas. O número de entrevistas baseou-se no critério de saturação dos dados, ou seja, quando as informações obtidas começarem a se repetir, possibilitando a identificação de convergências e o estabelecimento de um encadeamento entre as evidências. As entrevistas ficaram em poder somente desta pesquisadora, em local seguro e sem acesso de outras pessoas.

A saturação teórica costuma ser observada entre a vigésima e trigésima entrevista, conforme afirmam os autores Ghiglion e Matalon

(1993), quando não surgem novas informações geralmente após a vigésima ou trigésima entrevista, ao identificar um rendimento decrescente na continuidade da coleta de dados.

Para a análise dos depoimentos, realizou-se a constituição do *corpus* formado por todas as entrevistas e textos, leitura fluante e atenta dos dados, codificação e recortes com a elaboração de categorias simbólicas e subcategorias, composição das unidades de análise por tema, categorização das unidades temáticas e descrição das categorias.

A análise das entrevistas permitiu a construção de --- categorias e suas respectivas subcategorias por tipificação geracional, destacadas a seguir nos manuscritos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A ética transcende o comportamento de determinados grupos socioculturais. Ela vê o ser humano como sujeito, com potencialidades, e as valoriza no desenvolvimento individual e coletivo, através da participação consciente. É o respeito ao ser, a busca de condições para tornar o processo de viver mais humano.

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais. A eticidade da pesquisa implica em, segundo BRASIL (2012, p.3):

- a. Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes – respeito ao princípio da autonomia. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deve tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;
- b. Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos – respeito ao princípio da beneficência;
- c. Garantia de que danos previsíveis serão evitados, ou seja, respeito ao princípio da não maleficência;
- d. Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos

vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária - respeito aos princípios da justiça e equidade.

Em 2011, ocorreu uma revisão da Resolução CNS 196/96, resolução esta que vinha sendo utilizada nas pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Tal processo de revisão da Resolução CNS 196/96 envolveu uma consulta pública no período de setembro a de novembro de 2011 que resultou em 1.890 sugestões por via eletrônica e apresentação de 18 documentos via Correio. Estas contribuições foram devidamente tabuladas, e submetidas à análise dos participantes do ENCEP extraordinário, que indicou o texto a ser submetido ao CNS após revisão. O evento ainda evidenciou a necessidade de serem produzidas resoluções específicas para as áreas de Ciências Sociais e Humanas sem prejuízos à Resolução CNS 196/96, bem como a tipificação de riscos em pesquisas científicas e diretrizes para acreditação de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), temas dos quais a CONEP deverá se ocupar num horizonte próximo (BRASIL, 2012).

A nova Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 12, redefiniu diversos termos, entre os quais a pesquisa como sendo “processo formal e sistemático que visa a produção, o avanço do conhecimento e/ou a obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico (BRASIL, 2012, p.3); pesquisa envolvendo seres humanos

Pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos (BRASIL, 2012, p.3)

Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) consistem em:

Colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (BRASIL, 2012, p.8)

Considerando os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, buscou-se assegurar a proteção dos direitos das participantes do estudo, respeitando a nova Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional da Saúde (CNS) Ministério da Saúde (MS). (BRASIL, 2012).

O Consentimento Livre e Esclarecido, é definido como sendo:

II.7- anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar (BRASIL, 2012, p. 2)

E o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é definido como sendo:

II.26 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar (BRASIL, 2012, p. 3)

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado à cada uma das participantes da pesquisa, juntamente com o objetivo e a forma de condução deste estudo. Todas as participantes foram orientadas a ler e assinar o TCLE em duas vias, sendo uma via da pesquisadora e outra da participante da pesquisa. Para determinadas participantes que tinham dificuldades em proceder a leitura do TCLE, foi efetuada leitura pausada do documento e as eventuais dúvidas foram sanadas junto às participantes.

Foram observados e respeitados o direito de participar ou não da pesquisa, bem como de desistir dela a qualquer momento, sendo assegurados e garantidos o direito ao anonimato e sigilo da identidade das participantes da pesquisa com omissão dos nomes e de características que possam identificá-las, bem como a disponibilização

do trabalho sempre que solicitado e de informações acerca da divulgação dos dados obtidos da pesquisa.

O consentimento foi formalizado através da assinatura do TCLE (Apêndice C), garantindo o respeito, o sigilo e a liberdade de participação, podendo retirar-se em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Os dados das falas das participantes constam no texto com pseudônimo escolhido pelas mesmas, de maneira a garantir o anonimato. As participantes também após leitura, efetuaram a assinatura do Termo de Consentimento para fotografias, vídeos e gravações (Apêndice D), visando atender às exigências da instituição pesquisada.

Para poder atuar como pesquisadora na instituição pretendida, foram encaminhados inicialmente uma solicitação à instituição responsável, esclarecendo os objetivos do estudo, assim como cópia do projeto e do instrumento de coleta de dados a serem utilizados. Após a referida aprovação, realizei contato com os profissionais de saúde da instituição pretendida, apresentando a proposta de pesquisa e a solicitação da colaboração deles, com vistas a obter todo suporte necessário para a seleção das participantes e coleta de informações.

Esse estudo foi desenvolvido de acordo com as prerrogativas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, respeitando também os princípios do Código de Ética profissional que normatiza as atividades de pesquisa.

O projeto da presente pesquisa foi encaminhado e submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, e da Maternidade Carmela Dutra, ambas situadas no município de Florianópolis, obedecendo aos preceitos ético-jurídicos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 550.604 de 10 de março de 2014 (Anexos A) e da Maternidade Carmela Dutra sob o parecer nº 605.218-0 de 17 de janeiro de 2014 (Anexos B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados na forma de manuscritos, em conformidade com a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (ANEXO C), que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A tese resultou em três manuscritos. O primeiro manuscrito, já anteriormente apresentado, e que tem como título “Representações Sociais de mulheres que vivenciam gravidez tendo diabetes: um olhar através da revisão integrativa”, buscou identificar a produção científica sobre representações sociais de mulheres que vivenciam a gestação sendo portadoras de Diabetes Mellitus pré-existente à gestação ou com Diabetes Mellitus Gestacional, tendo constatado as contribuições de pesquisas em âmbitos nacional e internacional.

No presente capítulo, são apresentados os demais manuscritos em número de dois (2), todos resultantes de pesquisa do campo de investigação, conforme a seguir:

Manuscrito 2 “**Representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação**”, que teve como objetivo conhecer as representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação

Manuscrito 3 “**Representações sociais do cuidado na ótica de gestantes com diabetes: interfaces na enfermagem e na saúde**”, cujo objetivo foi conhecer as representações sociais do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano de cuidado em enfermagem e saúde.

5.1 MANUSCRITO 2 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES PARA MULHERES QUE O VIVENCIAM NA GESTAÇÃO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES PARA MULHERES QUE O VIVENCIAM NA GESTAÇÃO ¹

SOCIAL REPRESENTATIONS OF DIABETES FOR WOMEN WHO EXPERIENCE IN PREGNANCY

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA DIABETES PARA MUEJERES QUE VIVEN EN LA GESTACIÓN

*Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias ²
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos ³*

RESUMO: O Diabetes é a endocrinopatia de maior prevalência durante a gestação. Estudo qualitativo que objetivou conhecer as representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada em profundidade, no período de março a setembro de 2014, com 30 gestantes portadoras de Diabetes Mellitus Pré-existente ou Diabetes Mellitus Gestacional, internadas numa maternidade do sul do Brasil. Mediante processos analíticos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, emergiram três categorias: percepções acerca do diagnóstico do diabetes na gestação, representações sociais relacionadas ao diabetes na gestação e o futuro frente ao diabetes após à gestação. Os resultados retraduzem o cotidiano das gestantes que

¹Manuscrito extraído da tese intitulada “Representações sociais do diabetes e do cuidado de mulheres na gestação: contribuições para enfermagem e saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina PEn/UFSC, em fevereiro de 2015.

²Enfermeira Obstétrica e Neonatal, Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail: helodias@terra.com.br

³Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

convivem com a doença e perspectivas futuras após a gestação. Conclui-se que mesmo diante do risco, as gestantes procuram vivenciar a gestação focando na saúde de seu filho.

Descritores: Diabetes induzida pela gravidez; Doença Crônica; Gravidez em Diabéticas; Percepção Social; Representações Sociais.

ABSTRACT: Diabetes is the most prevalent endocrinopathy during pregnancy. This qualitative study aimed to identify the social representations of diabetes for women who experience it during pregnancy, the theoretical reference the Social Representation Theory. Data collection was conducted through semi-structured interviews in depth, from March to September 2014, 30 pregnant women with pre-existing diabetes mellitus or Gestational Diabetes Mellitus, hospitalized in a maternity hospital in southern Brazil. Through analytical processes of pre-analysis, material exploration and treatment of the results revealed three categories: perceptions about the diagnosis of diabetes in pregnancy, social representations related to diabetes during pregnancy and the future against the diabetes after the pregnancy. The results translate the daily lives of pregnant women living with the disease and future prospects after pregnancy. We conclude that even in the face of risk, pregnant women seeking to experience pregnancy focusing on the health of your child.

Descriptors: Diabetes induzida pela gravidez; Doença Crônica; Gravidez em Diabéticas; Percepção Social; Representações Sociais.

RESUMEN: La Diabetes es la endocrinopatía más frecuente durante la gestación. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo conocer las representaciones sociales de diabetes para mujeres que viven en la gestación, teniendo como referencial teórica la Teoría de las Representaciones Sociales. La colecta de datos fue realizado a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad, obtenidos en marzo a septiembre de 2014, con 30 gestantes portadoras de Diabetes Mellitus preexistente o Diabetes Mellitus Gestacional, internados en una maternidad del sur de Brazil. A través de los procesos analíticos de pre-análisis, exploración de materiales y tratamiento de los resultados, revelaron tres categorías: percepciones sobre el diagnóstico de la diabetes en la gestación, las representaciones sociales relacionadas a la diabetes en la gestación y el futuro frente a la diabetes después de la

gestación. Los resultados traducen la vida cotidiano de las gestantes que conviven con la enfermedad y las perspectivas futuras después de la gestación. Se concluye de que, apesar del riesgo, las mujeres gestantes buscan vivenciar la gestación centrado en la salud de su hijo.

Descritores: Diabetes inducida por el embarazo; Enfermedad crónica; Gestación en Diabéticas; Percepción social; Representaciones sociales.

INTRODUÇÃO

A vivência da gestação constitui-se em evento social marcante, sendo um dos momentos mais importantes na vida de mulheres, envolvendo seus companheiros e familiares, constituindo em experiência singular e permeada de significados. Um evento que faz parte da vida e do ciclo reprodutivo, consistindo numa experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor.

A gestação é um fenômeno fisiológico, que deve ser percebida por gestantes e profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012).

O Diabetes Mellitus (DM) representa o problema metabólico mais frequente na gravidez, com prevalência entre 3 e 25% das gestações, variando conforme a etnia, a população e do critério diagnóstico utilizado. Na gestação, existem duas situações particulares em relação à doença: o DM pré-existente e o Diabetes Mellitus Gestacional, que surge ao longo da mesma (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O DM não se constitui numa única doença, mas é compreendido como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que apresentam em comum a hiperglicemia, resultado de defeitos na ação da insulina, da secreção da insulina ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Já o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é conceituado como sendo a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Em algumas situações, representa o aparecimento do DM tipo 2 durante a gravidez.

Mulheres que desenvolvem DMG apresentam riscos sete vezes maior de desenvolver DM tipo 2 posteriormente e para o conceito, determina maior índice de morbidade e mortalidade perinatais (BRASIL, 2012).

São apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de DMG, idade igual ou superior a 35 anos, sobrepeso, obesidade, ganho excessivo de peso na gestação atual, deposição central excessiva de gordura corporal, história familiar de DM em parentes de primeiro grau, estatura inferior a um metro e cinquenta centímetros, síndrome de ovários policísticos, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão arterial ou pré-eclâmpsia na gestação atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações fetais, morte fetal ou neonatal, macrossomia fetal e DMG (BRASIL, 2012).

Nos últimos 20 anos, a prevalência de DMG aumentou em 13%; a incidência de mulheres com DM tipo 1 aumentou em 14% e o DM tipo 2 surgiu como uma doença, que pode começar na infância, sendo diagnosticada em crianças por volta dos 8 anos de idade. A convergência dessas tendências resultou em um aumento no número de mulheres que dão à luz com Diabetes pré-gestacional ou com DMG, bem como um aumento na proporção de todos os nascimentos que são para mulheres com qualquer uma dessas condições (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Dado o aumento da incidência de DM tipo 1, o recente aparecimento do DM tipo 2, como uma condição que pode começar durante infância, e o aumento da prevalência de diabetes gestacional mellitus, o número de mulheres que desenvolve algum tipo de DM durante a gravidez está aumentando (LAWRENCE, 2011).

A realização do presente estudo justifica-se por buscar compreender o universo representacional e consensual de gestantes que vivenciam a gestação tendo Diabetes. Dar voz a essas mulheres, que motivam e recebem as ações específicas de saúde, é via que permite conhecer os seus anseios, medos, imagens, dificuldades, atitudes, barreiras e sentimentos construídos, diante de diagnóstico que se constitui em fenômeno social que apresenta transformações ao longo do tempo.

Assim sendo, optou-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, que pode ser definida como sendo conhecimento socialmente elaborado e compartilhado com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade, comum a um grupo social.

Deste modo, as representações sociais possibilitam a apreensão de processos e mecanismos pelos quais indivíduos participam da construção de conhecimento da doença em seu cotidiano, e também auxiliam na compreensão das estratégias adotadas frente à condição crônica. Nesse sentido, as representações sociais não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, e, portanto, as representações de saúde e doença interagem para determinar concepções específicas de necessidades humanas e de saúde.

Diante deste contexto, que justifica a relevância do estudo, emerge a seguinte questão norteadora: quais as representações sociais do diabetes para gestantes que o vivenciam a gestação?

Em busca de respostas para esta questão, optamos por desenvolver o presente estudo que teve como objetivo conhecer as representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação.

Acreditamos que conhecer as representações sociais do Diabetes, doença de caráter crônico e sua influência nas diversas facetas das experiências construídas, no cotidiano dessas gestantes, poderá contribuir no sentido de melhorar a qualidade de vida, diminuindo os desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis mediante ações em saúde adequadas, seguras e satisfatórias.

MÉTOD

Estudo de natureza qualitativa de caráter exploratório-descritivo, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais.

O estudo foi realizado na unidade de internação de gestantes de alto risco de uma maternidade pública da região sul do Brasil, referência terciária na atenção obstétrica no Estado de Santa Catarina.

A participantes do estudo foram 30 gestantes internadas na unidade de gestação de alto risco. O número de participantes foi estabelecido em função do consenso existente entre os pesquisadores da área de representações sociais como sendo o mínimo necessário para a recuperação de uma construção cognitiva e social, acerca de um objeto.

Os critérios de inclusão foram gestantes com diagnóstico de DMG ou de DM pré-existente à gestação, independente de tempo de diagnóstico do DM e idade gestacional, com idade igual ou superior a 18 anos e as que não apresentassem nenhum tipo de complicação que impedisse sua comunicação. Foram adotados como critérios para exclusão, gestantes menores de 18 anos e aquelas que não

apresentassem condições de interagir com as pesquisadoras, bem como de responder às perguntas efetuadas.

A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2014, mediante a utilização de entrevistas semiestruturadas em profundidade, guiadas por um roteiro previamente elaborado, que duraram entre trinta minutos e duas horas, as quais foram gravadas em mídia digital e transcritas detalhadamente após sua realização. De forma a garantir o anonimato das gestantes entrevistadas, utilizou-se a letra “G”, com referência à gestante e o número correspondente ao da entrevista realizada.

Tendo como substrato os depoimentos das gestantes, procedeu-se à análise do material, que foi submetido à análise de conteúdo temático dos dados: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação (BARDIN, 2011), que permite ao pesquisador instituir categorias para sua interpretação, por trabalhar com o conteúdo do texto.

As participantes foram previamente informadas sobre o objetivo do estudo, os procedimentos da pesquisa e o direito de desistência em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, sendo assegurados o anonimato e a garantia que as informações seriam utilizadas somente para fim de pesquisa científica. Todas participaram de forma voluntária ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e também o termo de consentimento para entrevistas gravadas. A presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e da maternidade onde o estudo foi desenvolvido, atendendo integralmente os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 2012), obtendo aprovação sob o parecer nº 550.604 de 2014. Os dados coletados foram armazenados em local seguro, com acesso restrito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes do estudo

Das 30 gestantes que participaram do estudo, 18 gestantes eram portadoras de DMG e 12 foram diagnosticadas com DM pré-existente à gestação, sendo 07 gestantes com DM tipo 2 e 05 com DM tipo 1. A idade variou entre 20 e 43 anos, sendo que a maioria das gestantes situavam-se na faixa dos 35 anos. Quanto ao estado civil, 17 declararam

que possuíam união consensual estável, 10 entrevistadas eram casadas e 03 entrevistadas eram solteiras e sem nenhum cônjuge/ companheiro, sendo que 02 gestantes responderam que estavam decidindo se iriam viver com o pai do seu bebê e uma gestante declarou estar sozinha, sem companheiro. Quanto à escolaridade, 11 gestantes possuíam ensino médio completo, 09 gestantes possuíam ensino fundamental incompleto, 03 possuíam ensino superior incompleto, 03 possuíam ensino superior completo, 02 possuíam ensino fundamental completo, 01 possuía ensino médio incompleto e 01 possuía Mestrado concluído. Em relação à situação social, 15 gestantes declararam estar trabalhando, 10 gestantes não estavam trabalhando, duas declararam que estavam na Perícia, uma gestante estava desempregada e outra gestante declarou não ter ocupação, vivendo exclusivamente de pensão. Todas as entrevistadas que declararam possuir cônjuge/ companheiro/ parceiro afirmaram que os mesmos estavam empregados e trabalhando.

No tocante aos aspectos obstétricos, houve predomínio de multigestas, constituindo num total de 16 gestantes; oito gestantes eram primigestas e seis secundigestas. Quanto à idade gestacional, houve considerável variação, desde 13 semanas até gestação a termo, com predomínio da idade gestacional entre 28 e 32 semanas, sendo 12 gestantes. No que se refere à existência de familiares com diagnóstico de DM, 22 gestantes declararam que possuíam familiares com a doença, com o predomínio dos casos de DM tipo 2 em mulheres (mães e avós), perfazendo um total de 17 casos; oito gestantes declararam não possuir nenhum antecedente familiar com DM e quatro gestantes não souberam informar se tinham antecedentes familiares com DM.

Representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação

Mediante os processos analíticos, foram identificadas 839 unidades de registro (UR), distribuídas em 449 temas, originando as categorias, que são apresentadas a seguir.

Da análise das falas empíricas contidas nas entrevistas, pautada na ótica da compreensão das representações sociais, emergiram três categorias temáticas: percepções acerca do diagnóstico do diabetes na gestação, representações sociais relacionadas ao diabetes na gestação e o futuro frente ao diabetes após à gestação.

Categoria 1 - Percepções acerca do diagnóstico do diabetes na gestação

A doença é percebida pelo ser humano como uma ameaça do destino. Ela modifica a relação do ser humano com o mundo e consigo mesmo, sendo capaz de desencadear sentimentos como impotência, desesperança, desvalorização, temor, apreensão. Constitui-se dolorosa ferida no sentimento de onipotência e de imortalidade. O momento do diagnóstico do diabetes na gravidez produz impacto significativo, modificando o curso da mesma frente à percepção de uma gestação que se torna de risco, gerando angústia, conflitos, temores (DELLA VECHIA; LISBOA, s.d.).

No momento da confirmação do diabetes na gestação, a culpa em razão de determinadas práticas alimentares adotadas antes da gestação, constituiu-se em uma das representações sociais do diabetes:

Eu pensei comigo, ninguém na minha família tinha esse problema, será porque é porque eu comia demais lá na padaria? Porque eu trabalhava lá, fazia as refeições lá, tomava café lá, lanchava, almoçava lá, poucas refeições eu fazia em casa, e eu comia mais assim bolacha, pão, cucas, doce, agora eu não trabalho mais lá, estou afastada. (G07)

Tenho esse medo, me culpei um pouco porque eu pensei que os carboidratos aumentavam os triglicérides, não sabia o que o açúcar fazia no sangue e me culpei porque se eu soubesse, se eu tivesse sido instruída desde o começo, teriasido diferente. (G24)

Não são somente as gestantes que experienciam dificuldades no sentido da aceitação do diagnóstico, mas também seus familiares devido ao fato do diabetes ser percebido dentro do senso comum como uma doença que traz limitações e sofrimento imposto, sobretudo quando já existem casos na família.

A minha mãe ficou mais abalada do que eu com a notícia, muito mais, como ela conhecia o histórico da minha avó, a sogra dela que tinha um diabetes bem complicado, acho que ela ficou mais chocada pela aceitação da pessoa que tem o diabetes do

que propriamente pelo diabetes porque a minha avó (paterna) tinha dificuldade em aceitar que ela tinha diabetes. Com o tempo eu fui aceitando a Diabetes (G14)

A vivência da gestação de risco caracteriza-se por ser um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é somente um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez (ZAMPIERI, 2001).

A expressão “alto risco” por si só desperta temor, sendo apreendido como algo grave, complexo, sobre o qual normalmente não têm nenhum controle. As gestantes percebem o diagnóstico do diabetes como algo que ameaça a sua vida e, principalmente, a vida do bebê, evidenciando reações negativas quando da descoberta e do diagnóstico do DM na gravidez, trazendo a representação social do diabetes como risco:

Fiquei muito nervosa quando a médica me falou que era gravidez de alto risco, que eu ia ter que me cuidar, daí fiquei muito apavorada. Então, eu me apavorei e eu chorei bastante (G24)

Eu fiquei muito triste, fui para casa e fiquei pensando, o que a médica falou para mim “Olha, nós vamos ter que cuidar porque esta situação é de risco porque o bebê vai começar a crescer demais, ela começou a falar um monte de coisas e eu comecei a pensar que poderia acontecer alguma coisa com o bebê (G29)

O diabetes pode desencadear sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, medo, revolta, raiva, ansiedade, regressão, negação da doença, desesperança, incapacidade de amar e se relacionar bem com as pessoas, ideias de suicídio e depressão. A presença ou não destes sentimentos, dependerá dos recursos internos e da personalidade de cada um, da forma como foi dada a notícia da doença e de que forma família e amigos reagem frente ao diagnóstico (MARCELINO; CARVALHO, 2005).

O mal-estar psicológico causado pelo impacto do diagnóstico e a forma como este diagnóstico é informado traz a representação do diabetes como ameaça ao curso da gestação.

A médica me explicou realmente o que é e disse que a notícia não era nada boa. G20)

Muito difícil! (a entrevistada chora) Por quê está sendo difícil? Porque no primeiro mes que eu descobri que estava com diabetes, eu fiquei com muito medo porque a médica me disse que era muito arriscado. (G26)

Face ao diagnóstico da doença na gestação comumente surgem sentimentos de tristeza, apreensão, frustração, impotência. Uma das ancoragens do diabetes na gestação está relacionada ao confronto diante da possibilidade da própria morte e da morte do bebê.

Fiquei com muito medo: medo comigo mesmo, e medo de perder o bebê, fiquei com medo de eu partir e acabar deixando os filhos... Quero que eles fiquem bem que quando a minha hora chegar, a hora em que eu tiver que partir, que eles estejam bem Sinto assim, tive esse risco, fiquei com muito medo de eu ou o nenê partir, de eu deixar meus filhos tudo pequenininho (Entrevistada chora).(G26)

As gestantes expressam sentimentos como medo de morrer, ansiedade, desanimo, preocupação, tanto pelas implicações da gravidez com diabetes que se torna de alto risco obstétrico. O diabetes na gestação ancora-se na perspectiva da morte e da sobrevivência.

Porque a gente fica pensando assim: será que a gente vai sobreviver? Como é que a gente vai sobreviver? A gente fica pensando nos filhos, a gente que tem filho, fica pensando nos filhos, eu tenho dois filhos e aí a gente desanima e eu me desanimei. (G27)

A concepção de saúde e o modo como cada ser humano enfrenta a doença são concebidos a partir das experiências pessoais e essas guardam uma relação direta com valores os quais são formados ao longo

da vida. No confronto com a doença, a forma como o indivíduo reage aos sintomas físicos é influenciada pela sua visão pessoal tanto da saúde como da doença. Desta maneira, a forma como as pessoas representam a doença pode afetar o modo como essas pessoas lidam com a mesma.

Determinadas crenças sobre o diabetes podem dificultar a aceitação do diagnóstico, ou porque o mesmo não foi bem compreendido como doença ou porque foi percebido como doença grave, bem como dificultar a adesão necessária ao tratamento e controle da doença na gestação (SALOMON; SOARES, 2004; SALOMON, 2004).

Mas a “ficha não caiu”, eu achava que não era Diabetes, achei que era alguma coisa me doendo e que tinha interferido no resultado do exame de glicemia e na época os médicos não deram nenhuma atenção (G28)

Para algumas entrevistadas, a existência do diabetes na gestação encontra-se ancorada como uma doença transmissível, capaz de ser passada da mulher para o bebê ou para a própria gestante que acredita que uma doença pode ser adquirida por contato.

Tenho medo que a diabetes passe para o bebê. (G05)

Acho que eu poderia “pegar” diabetes. (G22)

Outro fato constatado à respeito do aparecimento do diabetes na gestação está alicerçada na percepção da doença como uma maldição passada entre gerações.

Eu vejo o diabetes como uma maldição, a diabetes é silenciosa. Tenho esperança e fé em Deus que serei curada, mas, ao mesmo tempo, tenho preocupação com o futuro das minhas filhas, como se fosse uma maldição, o diabetes para mim em relação a elas é uma espécie de maldição. (G10)

Hjelm, Berntorp e Apelqvist (2011), desenvolveram estudo onde analisaram aspectos culturais sobre saúde e doença de mulheres suecas e de mulheres africanas que viviam na Suécia, todas

diagnosticadas com diabetes gestacional. Como resultados, os autores verificaram que esses aspectos relacionam-se a fatores individuais e sociais.

O conceito de saúde foi descrito por ambas as entrevistadas como estar livre de doenças e de ser saudável. As mulheres suecas perceberam o fator hereditariedade e alterações hormonais como causas do diabetes na gestação. As mulheres africanas desconheciam tanto a causa do diabetes como os cuidados em saúde necessários.

Como práticas de cuidados frente à doença, as mulheres suecas afirmavam evitar o stress relacionado com o trabalho, permanecendo em licença por doença com maior frequência devido a problemas relacionados com a gravidez, adotando um estilo de vida mais saudável, preocupadas com a saúde e desenvolvimento de DM 2 consigo e relacionado ao bebê, buscando informações. As práticas mais adotadas pelas mulheres suecas foram utilização de medicamentos específicos e de cuidados especializados em saúde.

As mulheres africanas informaram fazer uso de receitas consideradas caseiras. As mesmas relataram que eram informadas pelas equipes de saúde que o diabetes desaparecia após o parto e declararam desenvolver problemas relacionados com a gravidez quando tratada com repouso ou espera vigilante.

Como conclusões, os autores perceberam diferenças significativas nas concepções de saúde e doença, sendo que as mesmas afetaram o autocuidado e a atenção em saúde. Como relevância para a prática clínica, as percepções individuais e a consciência do risco precisam ser trabalhadas mediante a adoção de informação adequada no sentido de prevenir os efeitos negativos para a saúde causada pelo diabetes.

Categoria 2 - Representações sociais relacionadas ao diabetes na gestação

O surgimento de uma doença no curso da gestação constitui em ameaça à saúde do binômio mãe-bebê e quando o diabetes é diagnosticado durante a gestação ou há constatação da gravidez em mulheres com diabetes prévio, a gestação torna-se de alto risco obstétrico, em razão de possíveis consequências tanto para as gestantes como para seus filhos.

Os grupos sociais possuem regras, ideias e elaboram informações próprias ao longo da sua história e sob o reflexo das

diferentes relações que estabelecem. Nesse processo, sua identidade se constrói, dando-lhe especificidade. Entretanto, quando os elementos da identidade coletiva são questionados ou subestimados, um novo processo tem início: o surgimento das representações sociais. Elas são uma resposta do grupo às intervenções externas que põem em perigo sua identidade coletiva, ou seja, para o modo como o grupo se vê e quer ser visto pelos outros (MOSCOVICI, 2012).

As gestantes entrevistadas expressaram suas concepções sobre a doença no curso da gestação, reportando-se às suas memórias sociais, no meio das quais ficam um conjunto de representações que circulam na sociedade, configurando uma das características das próprias representações, sendo influenciadas por informações veiculadas entre gerações, familiares, mídia digital eletrônica (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

O diabetes na gestação modifica o modo de vida e o pensamento da gestante, que passa a pensar não mais somente em si, mas no seu próprio filho, obrigando às mudanças de atitude, à tomada de decisões para seguir os cuidados, as recomendações e os tratamentos impostos pela doença, o que pode resultar em conflitos. Um desses conflitos se relaciona à representação social das consequências dos hábitos do passado, da vida pregressa à da gestação, traduzido na fala abaixo como relacionado ao inconsciente.

Depois que eu soube que estava grávida, aí sim, tudo mudou porque daí é outro ser que está dentro de ti e ele vai depender muito de ti e tu olhas para ele e vê que ele está sofrendo, sabendo que você foi inconsciente e nessa inconsequência, você tem que tomar uma decisão, isso é muito duro! (G08)

Aprender a cuidar do diabetes na gestação e a pensar no próximo constituíram atitudes dessas gestantes, motivadas pela consciência do cuidado e de pensar no outro, configurando em anulação de si mesma.

Horrível, já parei de pensar em mim (G10)

Estou fazendo mais pelo bebê do que por mim, penso mais nele antes de colocar qualquer coisa na boca, sei que pode fazer mal para mim e para

o bebê, eu penso mais nele do que em mim, então, esse cuidado que estou tendo, esse acompanhamento é por ele, vou até o final da minha gestação para também, se Deus quiser, cuidar e vai dar tudo certo. (G13)

A busca de conhecimento e de informações sobre o diabetes na gravidez constitui-se numa tônica identificada nas falas empíricas. Para uma parcela considerável das gestantes e mesmo dos profissionais de saúde envolvidos, o fenômeno do diabetes na gestação ainda é percebido como algo desconhecido.

Mas no início quando eu descobri que estava com diabetes, fui ver, fui procurar informação na Internet (G12)

Quando foi confirmado pelo exame da glicose que eu estava com diabetes, a primeira coisa que fiz foi buscar conhecimento e informação, li muito na Internet e conversei com pessoas que tinham a doença. (G24)

A representação social do viver com diabetes na gestação como uma vida controlada e limitada aparece fortemente ancorada nas proibições e controles que a doença de certo modo exige.

É ruim para mim porque tem muita coisa que eu quero fazer e não posso, gostaria de poder sair sem ter que tomar insulina. (G04)

Viver com a vida controlada! Isso é o viver com diabetes na gravidez! (G13)

Porque que você não pode fazer isso ou aquilo, que nem as pessoas que têm uma vida normal, saudável, podem fazer o que querem. (G14)

Está sendo difícil porque a gente tem que estar aqui sempre sendo acompanhada. Tem que vir aqui a cada 15 dias para ver como é que está (as glicemias), então, eu acho difícil para a gente que mora longe. Aí, tem que vir de lá para cá. (G27)

Porque é difícil você cortar tudo o que você gosta de comer. Às vezes, você não gosta de comer mas, infelizmente, tem que fazer tudo certo para, não que eu me preocupe tanto comigo, mas com o bebê. (G29)

O diabetes é percebido no senso comum como uma doença que leva à mutilações e perdas de partes do corpo, sendo percebida desta forma por algumas mulheres, mesmo durante a gestação.

Se a gente não cuida, a gente pode ficar cega, pode ficar sem braço, sem pé, e eu pensava muito nisso, era nisso que eu pensava.(G27)

Em algumas situações, a negação da doença constitui-se em um mecanismo de defesa no sentido da aceitação da doença. Entretanto, essa negação pode representar um risco para a piora da doença, face à possibilidade de quando o diabetes não possui um controle adequado, a gestante poderá desenvolver complicações consideradas prejudiciais à saúde do binômio mulher-bebê.

O médico passou remédio e eu comecei a tomar o remédio até um certo mês e depois, eu desisti...(Pausa). Porque eu botei na cabeça! Botei na cabeça que eu não tinha mais isso aí (Diabetes), não tinha mais diabetes, eu desisti do remédio. Eu fiz os exames e eu imaginava que eu não tinha mais o diabetes, aí, veio que o açúcar estava bem alto. O médico também passou dieta e eu não passei para pegar, eu não fui na nutricionista. (G15)

Um aspecto pontuado na vivência da gestação com diabetes está relacionado com as atitudes adotadas logo após à confirmação do diagnóstico da doença.

As atitudes constituem uma construção individual do sujeito, porém de caráter aprendido e fortemente influenciada por crenças, valores, sentimentos e experiências socialmente partilhadas. Para Moscovici (2012), as representações sociais são compostas pela informação (qualidade e quantidade de conhecimento que o sujeito/grupo tem sobre o objeto), pelas atitudes (possibilidade de identificar posições favoráveis ou não em relação a determinado objeto)

e ainda pelo campo de representação (que permite a visualização de conhecimentos e atitudes organizados em forma de teoria).

Entre as gestantes diabéticas planejar e desejar a gravidez e contar com o apoio da família e/ou companheiro constituem aspectos essenciais para o enfrentamento do tratamento de forma tranquila, e a gravidez vivenciada de forma prazerosa. Vivenciar a gestação tendo diabetes não engloba somente aspectos negativos, mas que é perfeitamente possível conviver de forma saudável, tranquila e até prazerosa (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Categoria 3 - O futuro frente ao diabetes após à gestação

Nesta categoria, foram identificadas percepções e expectativas futuras frente à doença e aos desfechos maternos e neonatais, além da possibilidade de desenvolvimento definitivo posterior do diabetes.

Bellamy e colaboradores, da University College London, Reino Unido (2009), realizaram uma revisão sistemática e meta-análise com o intuito de avaliar a força da associação entre as duas condições (diabetes gestacional e risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2) e os efeitos de fatores que podem modificar o risco. Como resultados, mulheres com diabetes gestacional apresentaram risco aumentado de desenvolvimento de DM2, em comparação àquelas com gestação normoglicêmica (risco relativo, RR, de 7,43). Embora o maior estudo (n=659.164; 9.502 casos de DM2) tenha apresentado o maior RR (12,6), os valores foram de maneira geral consistentes entre os subgrupos analisados.

Existe considerável possibilidade de desenvolver diabetes na gestação atual e também no futuro em razão de seus próprios comportamentos, atitudes, crenças atribuídas ao diagnóstico, bem como a dificuldades de efetuar controles, entre os quais o controle do peso.

Pelo meu histórico de uma pessoa que está muito acima do peso, que não se cuida, não faz exercício, uma pessoa sedentária, eu acho que tudo isso é um agravante também. Não me cuida nem um pouco também(risos). Pelo meu histórico de uma pessoa que está muito acima do peso, que não se cuida, não faz exercício, uma pessoa sedentária, eu acho que tudo isso é um agravante também. Eu não me cuida nem um pouco também(risos). (G20)

Mesmo afirmando que não acreditam na real possibilidade de desenvolver o diabetes posteriormente à gestação, admitem a existência do risco em virtude de estudos e de pesquisas realizadas.

Eu acredito pelas pesquisas que já foram feitas, não é que eu acredito, é que têm fatos que já comprovaram que sim. (G 24)

Quanto à possibilidade de desenvolver diabetes no futuro, existem gestantes que não vislumbram esta possibilidade, ancorada na representação da negação e no desaparecimento da doença após a gestação.

Pois agora! O que comentaram é que tendo o bebe, faz-se um controlezinho e que depois o diabetes some. Espero que aconteça a mesma coisa comigo! (G03)

Mas a princípio, não acredito na possibilidade de ter diabetes depois. (G30)

Em relação à perspectiva de desenvolvimento do DM tipo 2 em caráter definitivo após gestação com DMG, a literatura científica aponta para este fato como sendo de grande possibilidade de ocorrência, sobretudo, quando existem casos em familiares de 1º grau com DM.

Entre as entrevistadas, as crenças foram divididas: o grupo que acredita nessa possibilidade e o grupo que percebe o DMG como uma condição transitória, passageira.

Também acredito quanto ao fato de ter Diabetes Mellitus tipo 2 mais tarde, não só por ter diabetes na gestação por duas vezes mas também porque tenho histórico familiar também, minha avó materna também teve Diabetes mellitus tipo 2.” (G06)

Mas a princípio, não acredito na possibilidade de ter diabetes depois.” (G30)

Olha, não me falaram nada a respeito e nem se numa próxima gravidez posso vir a ter diabetes novamente e muito menos em me tornar diabética.

Mas como tenho casos na minha família, acredito que haja essa possibilidade, sim. (G23)

As falas empíricas das entrevistadas canalizam para as implicações trazidas pelo estudo de Hjelm et al. (2005), onde as informações pertinentes ao diabetes devem ser repassadas pelos profissionais imediatamente após o diagnóstico inicial, devendo ser reforçadas ao longo do acompanhamento dessas gestantes. É importante reconhecer o contexto e da forma repassada dessa informação acerca do diabetes influenciará de maneira substancial sobre percepções e atitudes das mulheres em relação à doença como uma condição transitória durante a gravidez ou como um potencial fator de risco para o desenvolvimento do diabetes tipo 2.

Estudos diversos apontam para a necessidade imperiosa de se rastrear o DM após o parto, pois, a grande maioria das mulheres poderão desenvolver DM tipo 2, responsável por óbitos maternos e neonatais em razão de suas comorbidades (HJELM et al., 2005; QUEVEDO, LOPES, LEFÈVRE, 2006; KIM et al., 2007; PESSOA, 2008; HJELM et al., 2008; LANDIM et al., 2008; BIEDA, 2009; NOLAN et al., 2011).

Estudo desenvolvido por Moura, Evangelista e Damasceno (2012), teve como objetivo descrever o perfil reprodutivo de mulheres com diabetes e verificar o nível de conhecimento destas quanto aos riscos maternos e fetais e os cuidados pré-concepcionais. Os resultados apontaram para o fato de que programas de educação voltados para o diabetes pouco abordam os métodos anticoncepcionais indicados para a mulher bem como as complicações que desaconselham a gravidez na presença do diabetes descompensado.

As representações sociais do DM dessas gestantes são decisivas para a convivência, a adesão às práticas de cuidados, ao enfrentamento da doença e ao futuro frente à possibilidade de um evento transitório tornar-se permanente.

Tanto o diabetes pré-existente à gestação como o diabetes gestacional afetam o cotidiano das portadoras de maneiras diversas, em todas as áreas da vida e dos seus ritmos. Implica uma modificação de hábitos de vida, afetando a vida familiar, profissional e emocional da grávida. Estas alterações do cotidiano das gestantes assim como o sofrimento e ansiedade que vivenciam, merecem por parte das equipes de saúde uma atenção especial tanto no seguimento e vigilância da gestação como aos cuidados relativos à educação em saúde. A presença do diabetes gestacional ou da gestação em mulheres portadoras de

diabetes pré-existente configuram essa gestação como sendo de risco obstétrico.

Estudo desenvolvido por Stuhler e Camargo (2012) onde se propôs investigar as representações sociais do diabetes mellitus tipo 2 e do tratamento de pessoas que vivem com essa condição crônica, concluiu que faz-se necessário reconhecer que, o que essas pessoas pensam, sentem e o que fazem em relação ao diabetes e ao seu tratamento, está relacionado a fatores pessoais e que o que essas pessoas pensam, sentem e fazem também depende do contexto grupal, societário e econômico onde vivem, e conseqüentemente, da forma como os serviços de educação e saúde chegam até eles.

Percebe-se como necessidade principal apontada pelo estudo a compreensão de cada etapa deste processo por parte da equipe multidisciplinar de saúde. Essas etapas se iniciam no momento da notícia do diagnóstico, transpondo a forma como a informação desse diagnóstico é transmitida para as gestantes, atravessando pela compreensão do impacto desta situação, pelos sentimentos, percepções e expectativas face à possibilidade do desenvolvimento de complicações, tanto maternas como neonatais, pelas mudanças de vida que o diabetes impõe, dificultando ainda mais a adesão aos tratamentos, a convivência com essa doença, que demanda controles intensivos, gastos e pelas restrições impostas pela doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou conhecer as representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação, sendo identificadas como categorias as percepções acerca do diagnóstico do diabetes na gestação, as representações sociais relacionadas ao diabetes na gestação e o futuro frente ao diabetes após à gestação.

O momento do diagnóstico do diabetes na gravidez é decisivo para a aceitação e convivência com a doença, porém, gera angústia, conflitos, temores, impotência e preocupação quanto ao curso e aos desfechos maternos e neonatais.

As categorias temáticas conduziram à construção da representação social do diabetes como doença que traz culpa, sofrimento, preocupação, risco e possibilidade de prejuízo à saúde do bebê.

O cotidiano das gestantes que convivem com a doença e perspectivas futuras após a gestação estão alicerçados no pensamento voltado para a saúde do bebê e de si. Mesmo diante do risco, dos

obstáculos e das dificuldades no processo de conviver com o diabetes, as gestantes procuram vivenciar a gestação focando na saúde de seu filho e na esperança de cura da doença após o parto.

A apreensão das representações sociais das gestantes acerca do diabetes pelos profissionais da enfermagem e da equipe de saúde que atuam na área da assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, é fundamental e necessária para a melhoria da qualidade e segurança da assistência de enfermagem e em saúde, de modo que as mulheres e suas famílias sintam-se acolhidas, confiantes, participantes e atendidas em suas dificuldades, possibilitando o processo de ser e de viver com o diabetes na gestação de maneira mais amena, com diminuição das dificuldades no enfrentamento desta gestação que se caracteriza como gestação de alto risco.

Também os resultados apontam para a necessidade de compreender e de considerar os sentimentos e percepções das gestantes frente ao diagnóstico, de ter e de conviver com diabetes serem entendidos e trabalhados pelos profissionais da equipe de enfermagem e de saúde.

O estudo apresenta limitações como uma abordagem mais aprofundada, com utilização de outros referenciais teóricos buscando a compreensão do diabetes na gravidez enquanto fenômeno. Por outro lado, possibilita contribuir no sentido de compreender aspectos envolvidos frente ao impacto do diagnóstico e tratamento do diabetes. O estudo evidencia lacunas na produção do conhecimento das representações sociais do diabetes na gestação e suas interfaces no cotidiano dessas mulheres.

Os resultados sugerem a necessidade de novos estudos que explorem outras dimensões relacionadas ao conhecimento dos sentimentos e reações emocionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELLAMY, L. et al. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, Vol. 373, No. 9677, p1773–1779 Published in issue: May 23, 2009.

BIEDA J. **Perceptions of risk for the development of type 2 diabetes in african-american women with gestational diabetes**. 2009. 196 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). Nursing. The University of Michigan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília: [s.n.], 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 26 jun. 2013.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm. [online]** Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 30 abr 2014.

DALLA VECHIA, F.; LISBOA, M. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. Disponível em <<http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-08.html>> Acesso em 16 jun. 2014. [s.d.]

GOMES, A.M.T.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [On-line] 2011, 19(3) maio-jun: [Data de consulta: 19 out 2014] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421956006>> ISSN 0104-1169.

HJELM, K. et al. Swedish and middle-eastern-born women's beliefs about gestational diabetes. **Midwifery** (2005) 21, 44-60.

HJELM, K. et al. Beliefs about health and illness in women managed for gestational diabetes. **Midwifery** (2008) 24, 168-182.

HJELM, K.; BERNTORP, K.; APELQVIST, J. Beliefs about health and illness in Swedish and African-born women with gestational diabetes living in Sweden. **Journal of Clinical Nursing**, 21, 1374–1386, 2011.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 17-44.

KIM, C. et al. Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Volume 30, Number 9, September 2007.

LANDIM, C.A.P.; MILOMENS, K.M.P.; DIÓGENES, M.A.R. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 set; 29(3): 374-81.

LAWRENCE, J.M. Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology** 25 (2011) 15–24.

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, 18(1), pp.72-77.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOURA, E.R.F.; EVANGELISYA, D.R.; DAMASCENO, A.K.C. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(1):22-9.

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

PESSOA, S.M.F. **O significado do diagnóstico do diabetes mellitus gestacional na perspectiva de um grupo de grávidas hospitalizadas**. 2008. 254 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia,

Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

QUEVEDO, M.P.; LOPES, C.M.C.; LEFÈVRE, F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2006;16 (1):12-21.

SALOMON, I.M.M.; SOARES, S.M. Compreendendo o impacto do diagnóstico de diabetes gestacional. **REME**. Rev. Min. Enf; 8(3):349-357, jul/set, 2004.

SALOMON, I.M.M. **Convivendo com o diabetes gestacional: implicações no cotidiano de mulheres assistidas em um Hospital Universitário de Belo Horizonte/ MG**. 2004. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte.

SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2014.

STUHLER, G.D.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva** v. 6, n. 3 2012.

ZAMPIERI, M.F.M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.140-166, jan. 2001.

**5.2 MANUSCRITO 3 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO
CUIDADO NA ÓTICA DE GESTANTES COM DIABETES:
INTERFACES NA ENFERMAGEM E SAÚDE**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO NA ÓTICA DE
GESTANTES COM DIABETES: INTERFACES NA
ENFERMAGEM E SAÚDE ⁴**

**REPRESENTATIONS SOCIAL CARE IN PREGNANT WOMEN
WITH DIABETES OPTICAL: INTERFACE IN NURSING AND
HEALTH**

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ATENCIÓN EN LA
ÓPTICA DE LA GESTANTES CON DIABETES: INTERFACES
EN ENFERMERÍA Y SALUD**

*Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias ⁵
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos ⁶*

RESUMO: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, objetivando conhecer as representações sociais do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano de cuidado em enfermagem e saúde. Foram entrevistadas 30 gestantes diagnosticadas com diabetes pré-existente ou diabetes gestacional, internadas numa maternidade de referência do sul do Brasil. Os dados foram coletados de março a setembro de 2014, mediante entrevista semiestruturada em profundidade. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo manual. Os resultados revelam, no

⁴ Manuscrito extraído da tese intitulada “Representações sociais do diabetes e do cuidado de mulheres na gestação: contribuições para enfermagem e saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina PEn/UFSC, em fevereiro de 2015.

⁵ Enfermeira Obstétrica e Neonatal, Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. E-mail: helodias@terra.com.br

⁶ Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e pesquisadora do GRUPESMUR. E-mail: gregos@matrix.com.br

cotidiano do cuidado do diabetes na gestação, representações sociais expressas em três categorias: práticas cuidativas relacionadas ao diabetes na gestação, barreiras percebidas no cuidado; e percepções sobre cuidar e ser cuidada, revelando que essas representações encontram-se ancoradas em suas vivências e nos significados atribuídos ao processo de vivenciar a gravidez com diabetes. Conclui-se que existem demandas de cuidados especializados, aquisição e atualização de conhecimentos, domínio de novas tecnologias e de repensar as práticas de cuidado.

Descritores: Cuidado. Diabetes Mellitus. Diabetes Induzida pela Gravidez. Gravidez em Diabéticas. Percepção Social.

ABSTRACT: A qualitative, descriptive study, guided by the theory of social representations, aiming to characterize the social representations regarding the care from the viewpoint of pregnant women with diabetes. We interviewed 30 pregnant women diagnosed with pre-existing diabetes or gestational diabetes, admitted in a reference maternity in southern Brazil. Data were collected from March to September 2014, through semi-structured interview in depth. We used the manual content analysis technique. The results show, in diabetes care everyday during pregnancy, social representations as: care practices; perceived barriers to care; and perceptions of care and be cared for, revealing that these representations are anchored on their experiences and the meanings attributed to the process of experiencing pregnancy with diabetes. It is concluded that there are demands for specialized care, acquisition and updating of knowledge, mastery of new technologies and to rethink care practices.

Descriptors: Care. Diabetes Mellitus. Gestational Diabetes. Pregnancy in Diabetics. Social Perception.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ATENCIÓN EN LA ÓPTICA DE LA GESTANTES CON DIABETES: INTERFACES EN ENFERMERÍA Y SALUD

Resumen: Un estudio cualitativo, descriptivo, guiada por la teoría de las representaciones sociales, con el objetivo de caracterizar las representaciones sociales sobre el cuidado desde a óptica de la gestantes portadoras de diabetes. Fueron entrevistados 30 gestantes diagnosticadas con diabetes preexistente o diabetes gestacional, internadas en una

maternidad de referencia en el sur de Brazil. Los datos fueron recolectados de marzo a septiembre de 2014, a través de entrevista semiestructurada en profundidad. Se utilizó la técnica de análisis de contenido manual. Los resultados muestran, la vida cotidiana de la atención de la diabetes en la gestación, las representaciones sociales como: prácticas de atención; barreras percibidas en la atención; y la percepción de la atención y ser atendida, revelando que estas representaciones se encuentra anclados en sus experiencias y los significados atribuidos al proceso de experimentar el embarazo con diabetes. Se concluye que existen demandas de atención especializadas, la adquisición y actualización de conocimientos, dominio de las nuevas tecnologías y para repensar las prácticas de atención.

Descritores: Cuidado. Diabetes Mellitus. Diabetes Gestacional. Embarazo en Diabéticas. Percepción Social.

INTRODUÇÃO

O cuidado constitui a essência da enfermagem e da saúde, indispensável a todos os seres humanos, desde antes de sua concepção e seu nascimento até à sua finitude. O cuidado deve ser utilizado e compreendido como ciência, arte, estética e ética no processo de promoção, manutenção e recuperação da saúde, mediante ações destinadas a ajudar as pessoas a viverem de forma mais saudável e, quando preciso, superarem os efeitos da doença como um fenômeno social, existencial, cultural e transitório.

Por sua própria natureza, o cuidado inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira, designa a atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro. A segunda, nasce desta primeira: a preocupação e a inquietação pelo outro, porque nos sentimos envolvidos e afetivamente ligados ao outro (BOFF, 2012).

O cuidado de enfermagem e a sua dimensão prática compõem o corpo de conhecimento da enfermagem, e importam não só aos enfermeiros que as executam, mas também a população que é atendida por eles. Em consequência, a representação construída a seu respeito, que é objeto de trabalho da enfermagem, influencia a prática profissional, pressupondo o reconhecimento do que seja concebido como cuidado de enfermagem (DUARTE; FERREIRA; LISBOA, 2012).

A gravidez provoca alterações metabólicas no organismo da mulher, deixando-a vulnerável em relação ao desenvolvimento de

endocrinopatias, sendo a de maior incidência o diabetes *Mellitus* (DM), predispondo essas gestantes ao desenvolvimento de complicações obstétricas tais como a hipertensão arterial, hipoglicemia, infecções do trato urinário, trabalho de parto prematuro, cetoacidose diabética, infecções em geral, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e até a morte materna (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Durante a gestação, conforme as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde brasileiro e por protocolos internacionais, a recomendação é que o rastreamento para o diabetes mellitus, de acordo com os fatores de risco, deve ser oferecido a toda gestante durante o pré-natal (grau de recomendação B – nível de evidência II). O rastreamento deve ser recomendado de acordo com os fatores de risco para o DM e o DMG (BRASIL, 2012; WHO, 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

O exame, quando solicitado, deve ser oferecido na primeira consulta e/ou em 24 a 28 semanas de gestação. Toda gestante e seu acompanhante devem ser orientados sobre os riscos e benefícios de rastreamento de DMG e sobre as possíveis complicações próprias da diabetes. Também o rastreamento de DMG é recomendado por grande parte das sociedades médicas e pela Organização Mundial da Saúde (MATTAR et al., 2011; BRASIL, 2012; WHO, 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

De acordo com a classificação mais recente, o DM se enquadra em quatro categorias clínicas: 1. Diabetes tipo 1 – DM 1 (devido à destruição das células β , geralmente levando à insulina absoluta deficiência); 2. Diabetes tipo 2 - DM (devido a um defeito secretor de insulina progressiva sobre o fundo da resistência à insulina); 3. Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), diabetes diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre da gravidez que não é claramente detecção de diabetes; 4. Os tipos específicos de DM devido a outras causas, por exemplo, síndromes diabetes monogênicas tais como diabetes neonatal e diabetes dos jovens (início da maturidade), doenças do pâncreas exócrino (tais como fibrose cística), e drogas ou induzida quimicamente diabetes, tal como no tratamento do VIH / SIDA ou após transplante de órgãos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

O DM associado à gravidez pode ser classificado como Diabetes *Mellitus* gestacional – DMG, diagnosticado durante a gravidez e Diabetes pré-existente à gravidez. O DM na gravidez é responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais, estando também associado a

um risco aumentado de resultado perinatal indesejável. Gestantes que desenvolvem DMG após a gestação, possuem risco aumentado para desenvolver o diabetes tipo 2 (DM2), posteriormente (BRASIL, 2012).

Na atualidade, o DM permanece como fator causal importante de morbimortalidade materna e perinatal despeito do grande declínio dessas ocorrências nos últimos anos, mas a estimativa da prevalência do DM 2 nas próximas décadas e concomitante prevalência do DMG que, semelhantemente ao DM 2, possui como características o aumento da resistência e diminuição relativa da secreção de insulina, sendo associados a desfechos materno-fetais adversos (COUTINHO et al., 2010).

Em torno de 50% da população com DM 2 não sabe que são portadores da doença, pois em muitas situações ela se instala de forma silenciosa e só o descobrem quando as complicações decorrentes da doença aparecem. Este aspecto também ocorre em relação ao DMG, onde na maioria dos casos só é descoberto no momento do rastreamento realizado durante o pré-natal após a 24^a semana gestacional (BRASIL, 2012).

O DM é uma doença complexa, de natureza crônico-degenerativa, necessitando de cuidados de saúde contínuos com as estratégias de redução de riscos multifatoriais além do controle glicêmico, educação contínua do paciente auto-gestão e de apoio são fundamentais para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações de longo prazo. Existe evidência significativa que suporta uma série de intervenções para melhorar os resultados do diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015).

A gravidez em mulheres previamente diabéticas e em mulheres que são diagnosticadas durante a gravidez com diabetes passa a ser considerada como gestação de alto risco obstétrico, demandando cuidados especiais, dos mais simples aos mais complexos desde a sua prevenção, perpassando pelos cuidados quando a doença já está instalada, tanto na atenção primária como em níveis de alta complexidade, sendo possível prevenir ou amenizar as mais variadas complicações decorrente da doença.

A motivação em desenvolver um estudo neste âmbito, emergiu das reflexões advindas do contexto da prática de trabalho no sentido da necessidade de implantação de mudanças de atitudes em relação ao cuidar no sistema de saúde para assistir a gestante diabética.

Considera-se que é premente o compromisso do sistema de saúde para responder com qualidade e eficiência as necessidades destas mulheres, não limitando o atendimento apenas no controle metabólico

do diabetes, mas no apoio e informação nos demais cuidados, tanto à grávida como à família e/ou pessoas significativas no que concerne aos cuidados com a sua saúde, a do bebê, o parto e o seu futuro após o parto. Diante deste contexto, que justifica a relevância do estudo, emerge a seguinte questão norteadora: quais as representações sociais do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano do cuidado em enfermagem e saúde?

Em busca de respostas para esta questão, desenvolveu-se este estudo que teve como objetivo conhecer as representações sociais do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano do cuidado em enfermagem e saúde.

Como base teórica desta pesquisa, adotou-se a Teoria das Representações Sociais, fundamentada nas ideias de seu principal precursor, Serge Moscovici, uma vez que essa teoria mostra-se pertinente, permitindo desvelar as representações sociais das gestantes sobre o cuidado frente ao diabetes, levando a compreender como essas gestantes agem, mediante os sentidos que constroem o cuidado. Essa teoria ocupa-se de objetos que apresentam relevância social, buscando desvendar significações e sentidos que grupos sociais lhes atribuem, no afã de explicá-los e agir frente a eles.

MÉTOD

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, tipo exploratório-descritiva, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). As representações sociais (RS) correspondem a um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações interindividuais. Elas equivalem dentro da sociedade, aos mitos e sistemas de crença nas sociedades tradicionais, podendo até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 2012).

Participaram do estudo 30 gestantes atendidas em uma maternidade de referência localizada na região sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2014, mediante a utilização de entrevistas semiestruturadas em profundidade, guiadas por um roteiro previamente elaborado. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, e transcritas na íntegra, de forma detalhada, após sua realização. A duração das entrevistas variou entre trinta minutos e duas horas, sendo a duração média de 45 minutos. Os dados coletados foram

armazenados em local seguro, com acesso restrito somente pelas autoras dessa pesquisa.

Na sequência, procedeu-se à análise do material, com o seguimento das fases da análise de conteúdo temático dos dados de acordo com Bardin (2011): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação, que permite ao pesquisador instituir categorias para sua interpretação, por trabalhar com o conteúdo do texto. A análise de conteúdo busca a compreensão do pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006; BARDIN, 2011).

Esse estudo foi desenvolvido de acordo com as prerrogativas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), que dispõe sobre procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, respeitando também os princípios do Código de Ética profissional que normatiza as atividades de pesquisa.

As participantes foram informadas sobre o objetivo do estudo, os procedimentos da pesquisa e o direito de desistência em qualquer momento, sendo assegurados o anonimato e a garantia que as informações seriam utilizadas somente para fim de pesquisa científica. Todas participaram de forma voluntária ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e também o termo de consentimento para entrevistas gravadas. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 550.604 de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes do estudo

Do total de participantes, 54% das gestantes foram diagnosticadas com DMG, 21% com DM2 e 15% com DM1. No grupo etário, a idade das gestantes participantes variou entre 20 e 43 anos, com 57% situada na faixa dos 31 a 40 anos. Quanto à escolaridade, 33% das gestantes informaram possuir ensino médio completo. Em relação à situação conjugal, 57% das entrevistadas declararam ter união consensual estável. Referente à renda familiar, 80% das gestantes possuíam renda de até cinco salários mínimos. No tocante à religião/

crença religiosa, 57% se declararam católica praticante, 17% eram evangélicas, 13% eram espíritas, 10% declararam não ter nenhuma crença religiosa e uma entrevistada declarou que apenas acreditava em Deus.

No que tange ao número de gestações, houve predomínio de multigestas representadas por 53% das gestantes e 26,5% de primigestas. Quanto à idade gestacional, houve considerável variação, sendo a menor idade gestacional encontrada de 13 semanas até gestação a termo de 40 semanas, predominando com 40% das gestantes que se situavam na idade gestacional de 28 a 32 semanas.

Quanto à existência de familiares com diagnóstico de DM, 76% das gestantes declararam que tinham familiares com a doença, predominando os casos de DM2 em mulheres (mães e avós), com 53,5% casos; 26,5% das gestantes declararam não possuir nenhum antecedente familiar com DM e 13,3% das gestantes não souberam informar se tinham antecedentes familiares com DM.

Representações sociais acerca do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano de cuidado em enfermagem e saúde

Da análise de conteúdo das falas empíricas a respeito das representações sociais acerca do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano de cuidado em enfermagem e saúde, originaram-se três categorias: práticas cuidativas relacionadas ao diabetes na gestação, barreiras percebidas no cuidado e percepções sobre cuidar e ser cuidada. Tais categorias serão apresentadas e discutidas a seguir.

Categoria 1 - Práticas cuidativas relacionadas ao diabetes na gestação

A gestação vivenciada por mulheres com diabetes configura-se como gestação de alto risco, demandando cuidados especializados obstétricos, tanto durante o pré-natal, como durante o parto e o puerpério, além de cuidados perinatais e neonatais (BRASIL, 2012)

A gravidez na mulher portadora de diabetes está associada com o risco aumentado tanto para o feto quanto para a mãe. Existe aumento da prevalência de anomalias congênitas e abortamentos espontâneos nas mulheres diabéticas que engravidam com mau controle glicêmico

durante o período de organogênese fetal, que praticamente se completa com sete semanas de gestação. A mulher pode nem saber que está grávida neste período, por esta razão, são fundamentais o planejamento da gravidez e a manutenção de bom controle antes da concepção (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

As representações sociais, definidas como sendo um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano no decurso de comunicações inter-individuais, possibilitam a apreensão de processos e mecanismos pelos quais indivíduos participam da construção de conhecimento da doença em seu cotidiano, e também auxiliam na compreensão das estratégias adotadas frente à condição crônica (MOSCOVICI, 2012).

A representação é muito mais que um reflexo da realidade, ela é uma entidade organizadora dessa realidade, que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, determinando suas práticas. Além disso, ela orienta as ações e as interações sociais, pois determina um conjunto de antecipações e expectativas (MOSCOVICI, 2012).

A vivência do diabetes na gravidez leva à necessidade das mulheres gestantes de se manterem informadas sobre a doença, o tratamento e os cuidados necessários, construindo, assim, as representações sociais sobre a doença e o cuidado.

As práticas cuidativas relacionadas ao diabetes na gestação estão intrinsecamente ligadas aos cuidados específicos, ao acompanhamento especializado, a busca de informações sobre a doença e respectivo tratamento.

Em relação ao cuidado do diabetes na gravidez, as mulheres gestantes constroem representações de modo a tornar o não familiar, neste caso a doença, em algo familiar como as práticas cuidativas identificadas nas falas empíricas e descritas a seguir.

O diabetes por si só requer modificações no estilo de vida das pessoas para o resto da vida, disciplina, força de vontade e viver com uma condição crônica pode ser muito ameaçador, pois afeta a vida como um todo, mudando de forma drástica a rotina diária das pessoas portadoras da doença e seus familiares, podendo provocar emoções como medo, culpa, vergonha, raiva, preocupação e arrependimento.

Durante a gestação, essas modificações tornam-se absolutamente necessárias, sendo decisivas frente quanto aos desfechos obstétricos, peri e neonatais. Essas emoções na gestação são ainda mais perceptíveis, sendo que a sensação de ameaça, inconsequência de atos do passado e de preocupação se torna duplamente aumentada em função de outra(s) vida(s) sendo gerada(s).

Depois que eu soube que estava grávida, aí sim, tudo mudou porque daí é outro ser que está dentro de ti e ele vai depender muito de ti e tu olhas para ele e vê que ele está sofrendo, sabendo que você foi inconsciente e nessa inconsequência, você tem que tomar uma decisão, isso é muito duro! (G08)

A gente fica meio preocupada sobre o que vai fazer, no que pode acarretar a mim e mais ainda em relação ao bebe, o que pode acontecer com o bebe, que o bebe poderia ser grande, ser prematuro, o que pode ser prejudicial e eu não quero que seja (G12)

Na ótica das gestantes com diabetes pré-existente, os cuidados não se modificam, a representação social do cuidado de si frente ao diabetes encontra-se ancorada no controle, dieta, atividade física e medicação (geralmente terapia insulínica).

Entra ano, sai ano é sempre o mesmo porque a logística do diabetes é sempre essa, dieta, atividade física e medicação, os três têm que andar de mãos dadas, não mudou muito durante esse tempo todo durante o meu desenvolvimento da minha idade, tudo mais, mudou, mudou dieta, mudou a quantidade calórica, dieta, tudo isso mudou ao longo do tempo, mas sempre as mesmas indicações: dieta, atividade física, medicação, perceber e cuidar dos ferimentos, perceber se eu estou enxergando bem, fazer os exames, fazer o exame de fundo de olho, essas coisas assim (G14)

Em relação às gestantes com diagnóstico de diabetes prévio, o acompanhamento dos níveis glicêmicos desde o início da gestação é um cuidado indispensável, uma vez que com o progresso da gestação, a gestante possui risco aumentado de hipoglicemia e cetoacidose. A gravidez representa situação complicadora do diabetes pré-existente, levando ao descontrole metabólico e dificuldades de ajustes de doses da insulina (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Uma tortura! Porque eu sei que se aumentar a glicose...hoje, o normal dela (da glicemia) é de

250 mg/dl, se aumentar um pouco mais, eu corro muito risco de aborto ou do bebe nascer com algum problema de saúde, então, é muita tortura. (G21)

Como práticas de cuidado do DM na gestação, foram identificadas a dieta, expressa em todas as falas empíricas, o tratamento medicamentoso adotado na maioria dos casos (quase sempre com utilização de insulina), a atividade física, o controle rigoroso do peso e das taxas de glicemia, incluindo nessa situação a realização do perfil glicêmico, rotineiramente. Tais práticas cuidativas estão embasadas e respaldadas cientificamente (BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Um dos focos do cuidado reside no sentido de se ter um controle glicêmico adequado a fim de prevenir complicações obstétricas e neonatais. Atualmente, o perfil glicêmico faz parte da rotina de cuidados na vigência do diabetes, quer seja diabetes gestacional como diabetes pré-existente.

Agora realizo o perfil glicêmico aqui na maternidade, este é o segundo perfil que faço. Na primeira gravidez não fiz perfil. (G06)

Aqui me explicaram como era o perfil, que eu viria para cá, que fariam dosagens das taxas de glicose durante várias vezes por dia para ver como a diabetes se comportava. (G24)

A dieta equilibrada, balanceada, fracionada a cada três horas, constitui-se em importante orientação e cuidado no controle do diabetes. O diabetes possui como ancoragem as restrições alimentares, considerada o “grande segredo” para o controle adequado dos índices glicêmicos, sendo presente como uma prática cuidativa comum no cotidiano do viver a gestação com diabetes.

O que me falaram foi sobre a dieta, que tenho que comer saladas, que tenho que comer a cada três horas. Também fico lendo os rótulos dos alimentos para ver o que posso e o que não posso comer. (G23)

Dieta. Seguir rigorosamente a dieta: este é o grande segredo para não acontecer nada com você. Não tem muito o que fazer. Não adianta você tomar remédio, fazer insulina e não cuidar da alimentação, isso não vai resolver. Que nem a nutricionista falou: “Não adianta você fazer a insulina todos os dias e chegar em casa, não comer aquilo que você pode comer. Comer besteira, vai afetar a tua glicemia e isso a insulina não vai resolver. (G29)

A atividade física consiste em cuidado importante auxiliando no bom controle glicêmico, embora a maioria das gestantes entrevistadas não estivessem seguindo esta recomendação, algumas por estarem com restrições devido a algumas situações de complicações presentes na gestação.

Basicamente, o primeiro passo na diabetes, além da dieta é o exercício físico. Eu caminho bastante, em casa eu caminho bastante. Basicamente, o primeiro passo na diabetes, além da dieta é o exercício físico. Eu caminho bastante, em casa eu caminho bastante (G08)

Exercícios quando não chove (risos) (G21)

O controle do peso representa um dos desafios no cuidado do diabetes na gestação, sendo que o aumento excessivo de peso representa uma das suspeitas para a investigação e diagnóstico da doença, expresso na fala de um profissional médico para a gestante, que chegou a tornar-se uma espécie de “slogan”.

O médico daqui diz que balança não mente e que com o passar das semanas pode engordar até 300 gramas cada semana, agora no final da gravidez, que, segundo ele, não tem problema, agora, engordar mais do que isso, não pode. Ele diz que balança não mente então estou fazendo a dieta. Ele sempre diz Mãe, balança não mente! (G03)

Para as entrevistadas, os controles, a dieta e a utilização da insulinoterapia podem ser percebidas como uma religião, como

expressou a entrevistada abaixo, de forma bem humorada, que considerou a prática de tomar a insulina diariamente uma “crença religiosa”, construindo a representação da insulino terapia como religião.

Não esquecer de tomar insulina (risos!). Isso é uma religião! (G21)

A relevância e importância do estudo das gestações de risco e dos cuidados em enfermagem e saúde são decorrentes de estarem relacionadas com elevados índices de morbi-mortalidade materna e perinatal. Quando identificadas, algumas condições de risco podem ser tratadas, diminuídas ou até mesmo eliminadas, enquanto outras podem ser controladas, diminuindo seu impacto na gravidez. Em outras circunstâncias, ainda, os profissionais de saúde podem ser alertados para observar, com maior rigor, os sinais precoces de complicações, iniciando o tratamento imediatamente (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Categoria 2 - Barreiras percebidas no cuidado

O ser humano é um agente ativo, responsável pelas suas escolhas, incluindo dos cuidados de saúde, bem como decisões sobre o seu próprio tratamento. A partir das crenças pessoais dos seres humanos é possível prever diferentes comportamentos relacionados com a saúde, tanto no que diz respeito à prevenção da doença quanto à promoção da saúde (PEREIRA; PEDRAS; MACHADO, 2013).

Em relação às barreiras percebidas no cuidado do diabetes na gestação, foram identificadas dificuldades não somente relacionadas à adesão às modificações quanto ao estilo de vida, hábitos, mas também relacionados ao ambiente de cuidado especializado (muitas vezes indisponíveis nos municípios do estado), aos tratamentos dietoterápicos e medicamentosos, à necessidade de controles que a doença exige (vigilância do perfil glicêmico e metabólico e acompanhamento/monitorização do perfil biofísico fetal). O cuidado do diabetes na gestação ancora-se na vida controlada, limitada, na dor, no sofrimento e no temor de prejuízo à saúde de si e do outro, no caso, do bebê.

O diabetes em si constitui-se em uma doença crônica e seu controle encontra-se alicerçado em práticas como a adesão uso correto da medicação, adoção de dieta alimentar e a prática de exercícios físicos, porém, a produção do conhecimento científico evidencia que

não se trata somente de buscar o controle da doença, é necessário vivenciar a doença, o diabetes.

O diabetes é percebido pelos seus portadores como a doença do não. O não se refere à dieta alimentar restritiva, como sinônimo de despedida dos prazeres do comer. Os controles e os cuidados passam a fazer parte da vida destas pessoas e, por isso, o diabetes também é visto como a doença que incomoda e que preocupa, sobretudo durante a gravidez. A vida de quem tem diabetes é percebida como uma vida permeada por limites, proibições e controles, dificultando ter uma vida normal, levando à construção das representações sociais de *controle, limitações e proibições*.

O Diabetes dificulta levar uma vida normal, é difícil ter vida normal, são muitos controles, controle de dieta, controle das glicemias, tem que se alimentar a cada três horas e não se pode comer qualquer coisa. (G06)

Aí tem aqueles cuidados, aí quanto mais tu és limitada, tu sentes vontade e eu acho isso ruim, parece que quando falam para ti que não é para comer, aí que tu sentes vontade... (G13)

Quando eu sou proibida de alguma coisa, eu quero fazer aquilo que eu não posso (risos). Eu acho que isso é a parte mais difícil, de você ver as pessoas, você sentir que quer comer e não pode, você sabe que você não pode, a tua glicemia pode subir e se você experimenta alguma coisa, você pensa mil e uma coisas, o doce, principalmente (G29)

Muitas vezes viver com uma doença crônica significa relacionar-se de forma conflituosa com o social, pois a pessoa passa a perceber-se doente quando deixar de realizar atividades características do contexto em que vive e ao qual pertence. Na gestação, os conflitos são ainda mais perceptíveis, constituindo-se em uma barreira no cuidado.

Tu te vê como uma doente! Ah, eu vou ter que tomar insulina, é uma coisa muito triste se tu pensares. Porque tu te vê como doente, porque tu já vais ter que tomar os devidos cuidados, já

tenho pressão alta, então, já é uma coisa, e aí tu vêes mais uma doença, além da pressão alta tu tens mais um agravante, tudo isso e a gente não é mais nenhuma menina, então, é complicado (G20)

No Brasil, o tratamento do DMG e do DM prévios à gestação ainda recai sobre a insulina, apontado como o método farmacológico terapêutico mais seguro, apesar do crescente número de estudos internacionais e nacionais que comprovam a eficácia de hipoglicemiantes orais em relação à da insulina, evidenciando que alguns hipoglicemiantes orais possuem a mesma eficácia quando comparados à insulina. Estes estudos apresentados demonstraram o quanto a terapia medicamentosa à base de insulina durante a gravidez necessita ser revista (SILVA et al., 2007; DHULKOTIA et al., 2010).

A insulinoterapia requer habilidades manuais, intelectuais e psicológicas por parte das gestantes, demandando o desenvolvimento de processo educativo que considere desde a técnica de aplicação, necessidade de locais de rodízio, cálculo de dose, armazenagem, além do preconceito por si só de se carregar equipamentos, uma vez que relato de pessoas confundidas como usuárias de drogas pelo fato de portar seringas e agulhas para administração de insulina.

Estudo desenvolvido por Feitosa et al. (2013), teve como objetivo avaliar a frequência do medo de agulhas e o impacto de um programa educacional multidisciplinar em mulheres com diabetes em uso de insulina durante a gravidez. As autoras constataram que o medo de agulhas é frequente em gestantes em uso de terapia com insulina, o que constitui em obstáculo para a adesão, tratamento e controle glicêmico, concluindo que a adoção de um organizado programa multidisciplinar educacional em diabetes aplicado durante a gestação reduz os escores do medo.

A necessidade de ter que fazer uso da insulina é percebida como temor, medo, incluindo a falta de coragem de aplicar a insulina em si própria. Algumas mulheres acabam se acostumando e outras, não.

Estou tomando a insulina, eu mesma me aplico a insulina, sei aplicar sim, eu me aplico em casa. Quando estou no meu trabalho, a minha patroa é que aplica a insulina em mim. Tomo a insulina numa boa, antes, tinha medo de agulha, mas agora, não tenho mais medo, a gente tem que tomar insulina, fazer o quê? Então, eu já me acostumei (G27)

Nossa! Eu tinha medo, na verdade, não era da insulina, mas era da agulha em si. Sim, eu tenho horror à agulha, é, eu não consigo me aplicar a insulina, não consigo fazer a insulina, não fico nem olhando. Na verdade, eu não gosto nem de ver preparar a insulina, eu fico de costas porque eusempre tive problemas com agulha, até para tirar sangue eu passo mal e o meu medo é diário, tenho que fazer insulina diariamente. Então, para mim, o susto maior e a maior dificuldade foi mesmo o da insulina, ter que usar a insulina, porque eu tenho medo de agulha e eu tive que enfrentar isso, acho que foi a parte mais difícil.(G29)

O cuidado às gestantes que vivenciam a gravidez tendo/convivendo com o diabetes configura-se em um cuidado diversificado, repleto de diversidades, tecnologias e de especificidades, sobretudo em gestantes portadoras de diabetes prévio à gestação. Gestantes com DM prévio já possuem certo domínio no cotidiano de cuidado, algumas acostumadas às inovações tecnológicas e farmacológicas, disponibilizadas, sendo capazes de perceberem os desafios e as dificuldades deste cuidado. A fala empírica da gestante abaixo, portadora de DM tipo 1 há alguns anos traduz essa diversidade, que representa importante barreira percebida no cuidado.

Percebo que eu não sei talvez se é porque o meu caso é um pouco mais incomum do que eles estão habituados aqui, não sei se eles já pegaram uma pessoa com tanto tempo de diabetes e com tantos históricos de trocas de insulina, mas eu percebo que eles têm (referindo-se aos médicos) uma dificuldade em lidar com o meu medicamento... Aqui temos os perfis glicêmicos, grávidas diabéticas e uma equipe de saúde que não sabe lidar com uma insulina acho que é uma coisa, é um ponto que deve ser feito porque você nunca sabe quando vai ter uma gestante diabética como eu (G14)

São as próprias gestantes dependentes de cuidados e de tecnologias que percebem, identificam e compreendem as dificuldades e especificidades deste universo de cuidados como, por exemplo, a inexistência de

médicos especialistas na área de endocrinologia, além da dificuldade em relação ao conhecimento e às particularidades de situações como a existência de diabetes pré-existente à gestação.

Na minha primeira internação eu fiquei meia que perdida porque eu percebi que os médicos, não o doutor X, não, não os médicos que já são da casa, mas os médicos residentes, acho que por eles serem obstetras e não terem um acompanhamento com endócrino, não sei se tem endócrino aqui na equipe, não sei se tem também, eles não sabiam como lidar com o meu medicamento, então, eu tive que ficar internada mais dias aqui até eles saberem lidar com a minha medicação por causa que eu cheguei aqui com um sistema de aplicação do meu endócrino e eles queriam alterar mas eles me deixaram um dia inteiro sem tomar insulina até ver como é que eles iam lidar com essa insulina que não é aquela que eles estão habituadas a usar, eles não chegaram a trocar de insulina por causa do meu histórico de hipoglicemias muito graves. (G14)

Uma importante lacuna e ao mesmo tempo barreira percebida no cuidado do diabetes na gestação encontra-se exatamente na deficiência de processos educativos, em linguagem acessível, inerentes aos cuidados necessários e expressos pelas entrevistadas.

Eu não entendo nada que eles falam (referindo-se aos médicos) (G04)

Nunca me foi falado sobre o risco que poderia trazer, então, o diabetes era um assunto desconhecido para mim. Quando cheguei em casa, comecei a ler, vi um monte de casos que, infelizmente, no dia em que fui pesquisar na Internet, eu não vi nenhuma notícia boa, não via nenhum relato de pessoas que tinham sobrevivido ou que o bebe tinha nascido saudável e sim, que o bebe havia nascido doente (G24)

As representações sociais são importantes no cotidiano das pessoas que necessitam se ajustar e resolver os problemas que se

apresentam, criam-se essas representações. Frente a esse mundo de objetos, em que estão inseridas pessoas, acontecimentos e/ou ideias, torna-se inadmissível ficar isolado em um vazio social. Sendo assim, faz-se necessário partilhar esse mundo com os outros, que servem de apoio, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo (MOSCOVICI, 2012b).

O diabetes é fortemente ancorada na doença do não e que traz elementos ligados à proibição, o que leva à construção de outra representação, a representação de isolamento social, ou seja, na percepção das pessoas portadoras da doença, diabetes não combina com vida social

Teve um médico endocrinologista que eu fui que me disse que eu não podia ter vida social, disse exatamente com estas palavras, que eu não podia ter vida social! Ele me disse que ele também era diabético e que não vai a reuniões familiares porque diz que se ele for, que vai ter tentação, vai ter isso ou vai ter aquilo, aí ele não participa de reuniões e de festas para não correr riscos, então ele me disse que eu não deveria ter vida social por este motivo (G21)

Categoria 3 - Percepções sobre cuidar e ser cuidada

Na gravidez ocorre a consciência do cuidar do outro, as mulheres gestantes passam a se preocupar com o(s) seu(s) filho(s) que estão sendo gerados, construindo assim a representação social do cuidado na gestação como *cuidar do outro*. As gestantes são despertadas quanto à necessidade levar a sério e aderir aos cuidados que o diabetes impõe na gestação.

Agora, vamos dizer que levo mais a sério por causa do meu filho, tomo os maiores cuidados. Antes, eu sabia que não podia isso ou aquilo, mas o cuidado não era tanto como é hoje, com medo de prejudicar ele (o bebê). (G21)

Porque é difícil você cortar tudo o que você gosta de comer. Às vezes, você não gosta de comer mas, infelizmente, tem que fazer tudo certo para, não que eu me preocupe tanto comigo, mas com o bebê. (G29)

Em primeiro lugar é ela, pensei nela e aí eu fiquei com medo. (G30)

Estudo desenvolvido por Mundim et al. (2012), constata que muitas gestantes se preocupam em ter um cuidado especial, para que sua gestação ocorra sem complicações e seus filhos possam nascer saudáveis. O cuidado no cotidiano de vivenciar gestação com diabetes encontra-se ancorado na representação social do *saber cuidar*:

A experiência de ter e conviver com o diabetes é saber cuidar! Foi só neste período da gravidez que eu tomei consciência de que é uma doença grave e que, não só por fazer mal ao nenem, mas por fazer mal a minha vida. E os mal-estares, o teu dia a dia mesmo, entendeu? (G08)

Para uma parcela das gestantes entrevistadas, o diagnóstico, o cuidado e a convivência com o diabetes na gestação foi percebida como uma experiência positiva, no sentido de se ter mais responsabilidade e maior cuidado, construindo, desta forma a representação do *diabetes na gestação como condição cuidadosa*, condição que demanda cuidados, responsabilidade em virtude da gravidez e do bebê.

Ter diagnóstico de diabetes na gestação implica em ter mais cuidado e responsabilidade. Eu acho que é isso, eu convivo bem e ter diabetes é uma situação que eu tenho que conviver e a gravidez me fez pensar mais, me reeducar! (G08)

Eu vejo assim: uma condição cuidadosa, tem que cuidar. Agora, não vejo nada perigoso se fizer tudo direitinho, vai em frente...sempre cuidadosa. Uma experiência boa, para mim está sendo bom assim porque eu mudei a minha alimentação, assim, boa em termos, estou tendo uma alimentação mais saudável do que antes. (G12)

Eu acho que é mais responsabilidade. Como eu tenho diabetes tipo 1 há 11 anos e grávida, me sinto mais responsável, inclusive, a minha endocrinologista diz: “Ah, tão bom quando tu

estás grávida porque tu te controlas bem mais”. Então, eu tenho para mim que é uma responsabilidade a mais de estar me cuidando...me cuido mais quando estou grávida. (G25)

As representações sociais como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano podem auxiliar na compreensão das estratégias adotadas frente à doença (MOSCOVICI, 2012).

Nesse caso, o diabetes representado como a doença do não, acarreta dificuldades em aceitar o diagnóstico, aderir ao tratamento e, sobretudo, perceber a necessidade do cuidado constante.

O diabetes exige diversidade de cuidados para manutenção dos níveis glicêmicos normais ou próximos da normalidade, prevenção de possíveis complicações e adoção de cuidados frente à doença. Entretanto, não se pode negligenciar o cuidado com os aspectos psicológicos, emocionais, sociais, além de considerar a família como foco de cuidado de enfermagem e de saúde, cuidados esses negligenciados e até ausentes junto a estas gestantes.

O cuidado à gestante portadora de diabetes deve iniciar-se com os cuidados pré-natais onde as enfermeiras e os enfermeiros devem estar atentos desde o momento inicial do histórico que deve iniciar já na primeira consulta de pré-natal, levantando o histórico familiar e obstétrico, o que inclui histórico familiar de casos de DM ou DMG, histórico de fetos macrossômicos, ocorrência de sofrimento fetal, má-formação fetal, entre outros. Também existe a necessidade da existência de um programa educativo para essas mulheres e suas famílias.

Conhecer as concepções e crenças a respeito do diabetes por parte das mulheres gestantes e de seus familiares que revelam a influência e a necessidade de se levar em conta as representações sociais dessas gestantes no contexto representado pela gestação complicada em decorrência do diabetes é fundamental para a prestação de cuidado qualificado a essas gestantes (BEZERRA, CARVALHO, SOBREIRA, 2001; SILVA, SANTOS, PARADA, 2004; SALOMON, SOARES, 2004; SALOMON, 2004; GUERRA, EVIES, RIVAS, 2005; HJELM et al., 2005; CASTILLO, VÁSQUEZ, 2006; SEATON, 2006; LANDIM, MILOMENS, DIÓGENES, 2008; HJELM et al., 2008; HJELM et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento das representações sociais acerca do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano do cuidado em enfermagem e saúde, permitiu a identificação de três categorias: práticas cuidativas relacionadas ao diabetes na gestação, barreiras percebidas no cuidado e percepções sobre cuidar e ser cuidada.

No que diz respeito às práticas cuidativas relacionadas ao diabetes na gestação, a própria vivência da doença na gravidez induz a construção de representações sociais sobre a doença e o cuidado, estando essas práticas cuidativas ancoradas no controle, dieta, atividade física e medicação.

Em relação às barreiras percebidas no cuidado, o diabetes é fortemente ancorado na doença do não, trazendo elementos ligados à proibição, o que leva à construção de representações de controles, limitações, proibições e isolamento social.

E quanto às percepções sobre cuidar e ser cuidada, o cuidado do diabetes na gravidez traz a representação social de cuidar do outro, uma vez que o objetivo é não causar nenhum malefício à saúde do bebê.

A vivência do diabetes na gravidez constitui-se num universo desconhecido, obrigando essas gestantes à buscarem informações sobre a doença, tratamentos e cuidados necessários, levando-as à construção das representações sociais sobre a doença e o cuidado.

No cuidado do diabetes durante a gravidez, as gestantes constroem representações de modo a tornar o que não lhe é familiar, no caso o diabetes, que tem sua representação social calcada na doença do “não”, do “proibido” e da “vida controlada”, tornando em algo familiar, que é o cuidado, ancorados na tríade clássica “dieta, atividade física e medicação”. Esse cuidado encontra-se permeado por representações sociais relacionados ao cuidado, estando as mesmas atreladas às práticas cuidativas, às barreiras percebidas nesse cuidado e às percepções destas mulheres gestantes sobre o universo do cuidar e de ser cuidada. Tais representações encontram-se ancoradas em suas vivências e nos significados atribuídos ao processo de vivenciar a gravidez com diabetes. Por outro lado, as representações sociais das gestantes sobre o diabetes exercem influência positiva no sentido da necessidade de cuidar de si e do outro.

Existem deficiências relevantes na assistência pré-concepcional, pré-natal ambulatorial e intra-hospitalar, na assistência ao parto e no puerpério. Observa-se deficiência e ausência de protocolo de cuidados de enfermagem pré-natal às gestantes que vivenciam a gravidez bem

como de programas educativos, que devem levar em consideração, entre outros aspectos, as representações sociais do diabetes e do cuidado.

No ambiente hospitalar, percebe-se sensível lacuna relacionada à atenção às necessidades psicológicas e emocionais dessas gestantes e suas famílias que se encontram ansiosas, preocupadas e atemorizadas com os desfechos de uma gestação considerada de alto risco.

Destaca-se a deficiência de locais especializados no atendimento de intercorrências de risco obstétrico e neonatal, obrigando as gestantes a se deslocarem de seus municípios, além do desgaste físico e psicoemocional provocado por tais deslocamentos.

O estudo aponta para importantes lacunas do cuidado em enfermagem e em saúde, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de cuidados especializados obstétricos, perinatais e neonatais. A aquisição e atualização de conhecimentos acerca do cuidado em saúde e enfermagem quanto às especificidades do diabetes na vigência do ciclo gravídico-puerperal, conhecimento e domínio de novas tecnologias disponíveis, novos medicamentos, dispositivos e aplicativos no cuidado frente ao diabetes constituem-se em desafios para repensar a assistência em enfermagem e em saúde a essas mulheres e seus filhos/ filhas na ótica de cuidado humanizado, seguro, de qualidade, sugerindo o desenvolvimento de novos estudos que contemplem esses aspectos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2015. **Diabetes Care**. Volume 38, Supplement 1, 99 p. January 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, M.G.A.; CARVALHO, F.A.M.; SOBREIRA, T.T. Sentimentos das gestantes diabéticas. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.2, n.1, p.97-102, jan./jul./ 2001.

BOFF, L. **O cuidado necessário**. 12ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto**

risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília: [s.n.], 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 26 jun. 2013.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**. [online] Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 30 abr 2014.

CASTILLO, C.A.G.; VÁSQUEZ, M.L. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 74-81.

COUTINHO, T. et al. Diabetes gestacional: como devo tratar? **FEMINA**. Outubro, 2010, vol 38, nº 10.

DHULKOTIA, J.S. et al. Oral hypoglycemic agents vs insulin in management of gestational diabetes: a systematic review and metaanalysis. **Am J Obstet Gynecol** 2010; 203:457.

DUARTE, N.E.; FERREIRA, M.A.; LISBOA, M.T.L. Dimensão prática do cuidado e representações sociais. **Esc Anna Nery** (impr.)2012 abr-jun; 16 (2):227- 233

FEITOSA, A.C.R. et al. Frequência de medo de agulhas e impacto de uma abordagem educacional multidisciplinar em gestantes com diabetes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2013, vol.35, n.3, pp. 111-116.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M.A.A. Diabetes melito Tipo 1 e gestação. **Arq Bras Endocrinol Metab**2008;52/2.

- GUERRA, C.A. et al. Educação para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. **Texto Contexto Enferm** 2005 Abr-Jun; 14(2):159-66.
- HJELM, K. et al. Swedish and middle-eastern-born women's beliefs about gestational diabetes. **Midwifery** (2005) 21, 44-60.
- HJELM, K. et al. Beliefs about health and illness in women managed for gestational diabetes. **Midwifery** (2008) 24, 168-182.
- HJELM, K.; BERNTORP, K.; APELQVIST, J. Beliefs about health and illness in Swedish and African-born women with gestational diabetes living in Sweden. **Journal of Clinical Nursing**, 21, 1374-1386, 2011.
- LANDIM, C.A.P.; MILOMENS, K.M.P.; DIÓGENES, M.A.R. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 set; 29(3): 374-81.
- MATTAR, R. et al. Como deve ser o rastreamento e o diagnóstico do diabetes *mellitus* gestacional? **FEMINA**. Janeiro, 2011, vol 39, nº 01.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MUNDIM, R.A.S. et al. Sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras de diabetes mellitus. **Revista de Biotecnologia & Ciência** Vol. 2, Nº. 1, Ano 2011 p. 62-82.
- PEREIRA, M.G.; PEDRAS, S.; MACHADO, J.C. Validação do questionário crenças acerca da medicação em pacientes diabéticos Tipo 2. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Abr-Jun 2013, Vol. 29 n. 2, pp. 229-236.
- SALOMON, I.M.M.; SOARES, S.M. Compreendendo o impacto do diagnóstico de diabetes gestacional. **REME. Rev. Min. Enf**; 8(3):349-357, jul/set, 2004.
- SALOMON, I.M.M. **Convivendo com o diabetes gestacional: implicações no cotidiano de mulheres assistidas em um Hospital Universitário de Belo Horizonte/ MG**. 2004. 138 fls. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte.

SEATON, F.M. **Development of a culturally appropriate nursing best practice guideline for an aboriginal community**: the case of gestational diabetes. 2006. 192 fls. Thesis (Master of Science). Queen's University Kingston, Ontario, Canada.

SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

SILVA, J.C. et al. Tratamento do *diabetes mellitus* gestacional com glibenclamida – fatores de sucesso e resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(11):555-60.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diabetes**. Fact sheet N°312. September 2012.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivada por inquietações e reflexões iniciais da prática como enfermeira docente e assistencial na esfera da gestação de alto risco e como ser-mulher que vivenciou o processo de conviver com gravidez de risco obstétrico, procurei, através deste estudo, conhecer as representações sociais do DM para mulheres que o vivenciam na gestação e suas contribuições para o cuidado em Enfermagem e Saúde.

A Teoria das Representações Sociais foi adotada nesse estudo por ser capaz de abordar os fenômenos de natureza sociocultural, relativos à vida social dos grupos, expressa por valores, noções e regras sociais, as quais regem as relações dos sujeitos com o mundo e com os outros, orientando e organizando as suas condutas/comportamentos e as comunicações sociais, o que possibilita a construção de conhecimento que tem como propósito dar significados ao mundo, a partir da compreensão das interações sobre o cotidiano, evidenciando sua importância nas pesquisas na saúde e na Enfermagem, sobretudo nas questões do cuidado em diversas situações como no caso das doenças crônicas e sem perspectiva de cura.

Visando a alcançar o objetivo do estudo, aproximei-me de 30 gestantes sendo 18 diagnosticadas com diabetes gestacional e 12 com diabetes pré-existente à gestação, que se encontravam internadas em uma maternidade pública de referência terciária para atenção obstétrica no Sul do Brasil, no período de março a setembro de 2014, constituindo-se, estas, os sujeitos significativos que compuseram o universo estudado.

Dessa aproximação, viabilizada por meio de encontros nutridos pelo diálogo, pela ética e respeito mútuos, obtive dados e informações através de entrevistas semi estruturadas, que me permitiram encontrar respostas e alcançar o objetivo do estudo. Deste empreendimento resultaram dois manuscritos. Importante destacar, entretanto, que a presente tese resultou em três manuscritos, considerando que antes do estudo de campo foi realizado uma revisão integrativa.

O primeiro manuscrito traz contribuições a respeito da produção do conhecimento nos âmbitos nacional e internacional sobre as representações sociais do diabetes na gestação. Os estudos identificados trazem como resultados a constatação de que fatores sociais e emocionais influenciam a gestação e que as experiências destas mulheres são marcadas por vulnerabilidades psicológicas, emocionais e sociais. A compreensão dos sentimentos, percepções e expectativas dessas mulheres constituem aspecto relevante para o cuidado em saúde e

enfermagem, evidenciando necessidade de intervenções de apoio e escuta. Mediante conhecimento das percepções e representações sociais, os profissionais poderão gerenciar tais expectativas.

O segundo manuscrito teve como objetivo conhecer as representações sociais do diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação, sendo identificadas três categorias: percepções acerca do diagnóstico do diabetes na gestação, representações sociais relacionadas ao diabetes na gestação e o futuro frente ao diabetes após à gestação. As categorias temáticas levaram à construção da representação social do diabetes como doença que traz culpa, sofrimento, preocupação, risco e possibilidade de prejuízo à saúde do bebê.

O terceiro manuscrito objetivou conhecer as representações sociais do cuidado na ótica de gestantes com diabetes e suas interfaces no cotidiano de cuidado em enfermagem e saúde. Os resultados revelam que as representações sociais das gestantes se ancoram nas vivências e nos significados atribuídos ao processo de vivenciar a gravidez tendo diabetes, determinando necessidade de cuidados voltados para a doença na gestação, a adoção e desenvolvimento de cuidados especializados, conhecimento e desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado e conscientização por parte da equipe interdisciplinar no repensar a prática do cuidado em enfermagem e saúde das gestantes diabéticas.

O cotidiano das gestantes que convivem com a doença e perspectivas futuras após a gestação estão alicerçados no cuidado da saúde de si e do outro. Mesmo diante do risco, dos obstáculos e das dificuldades no processo de conviver com o diabetes, as gestantes procuram vivenciar a gestação focando na saúde de seu filho e na esperança de cura da doença após o parto.

A apreensão das representações sociais das gestantes acerca do diabetes pelos profissionais da enfermagem e da equipe de saúde que atuam na área da assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, é fundamental e necessária para a melhoria da qualidade e segurança da assistência de enfermagem e em saúde, de modo que as mulheres e suas famílias sintam-se acolhidas, confiantes, participantes e atendidas em suas dificuldades, possibilitando o processo de ser e de viver com o diabetes na gestação de maneira mais amena, com diminuição das dificuldades no enfrentamento desta gestação que se caracteriza como gestação de alto risco.

Também os resultados apontam para a necessidade de compreender e de considerar os sentimentos e percepções das gestantes frente ao diagnóstico, de ter e de conviver com diabetes serem

entendidos e trabalhados pelos profissionais da equipe de enfermagem e de saúde.

As representações sociais do diabetes durante a gestação apontam para uma perspectiva ligada ao difícil controle da doença quando a doença já existia antes da gestação, ao tratamento pautado pela necessidade de mudanças no cotidiano de vida cercado por restrições, controles e, sobretudo, pela marcante preocupação da mulher gestante com o outro, no caso seu(s) filho(s).

Por conta disso, o seguimento do tratamento é difícil e impõe mudanças no estilo de vida principalmente nos hábitos alimentares, a adesão a esse aspecto na gestação é perceptível e observada. A característica assintomática presente na maioria das gestações pode ser considerada um dos fatores que também contribui para a descoberta tardia e as dificuldades na adesão ao tratamento.

De certo modo, as gestantes passam a se anularem e pensar tão somente no bem estar e no sentido de não causar nenhum dano à saúde do bebê.

Esta pesquisa possibilita apreender as representações sociais das mulheres gestantes sobre o processo de ter e conviver com o DM durante o processo gestacional o cotidiano vivido, sofrido, pontuado por muitas visões, angústias, apreensões, o universo de cuidado, os obstáculos, as dificuldades enfrentadas, atitudes e crenças, um mundo de significados e de desafios imposto pelo diabetes em plena gravidez e a interface de todos esses aspectos com o cuidado em Enfermagem e Saúde, permitindo o resgate do saber do senso comum com a evidência das diferentes concepções, crenças, sentimentos e atributos que permeou toda a construção deste conhecimento.

No momento em que são diagnosticadas com DM na gravidez, as gestantes percebem uma ambivalência entre sentimentos negativos como medo, tristeza, insegurança, surpresa, não aceitação do diagnóstico, negação, mudança de comportamento, e, por outro lado, exprimem sentimentos positivos desencadeados pelo DM que impõe uma condição percebida como cuidadosa, face aos cuidados impostos pela doença.

As representações sociais do DM na ótica das gestantes estão intrinsicamente relacionadas com as questões acerca do cuidado em Enfermagem e em saúde, sendo essas questões complexas, dinâmicas, possibilitando o desenvolvimento de novos estudos em várias dimensões. Este estudo traz algumas contribuições acerca do cuidado às gestantes portadoras de diabetes, baseado em suas percepções, sentimentos relacionados ao cuidado recebido e ser cuidada.

Para essas gestantes, o fenômeno de cuidar/ cuidado é percebido como presença da família, presença profissional, receber atenção, presteza, empatia, humanidade, e preocupação, o que evidencia que cuidar de pacientes portadores de patologias crônicas é, principalmente, estar junto, preocupar-se, envolver-se, estar disponível, disponibilizar seu saber de forma a favorecer a instrumentalização para o autocuidado, bem como disponibilizar o seu tempo para priorizar o atendimento de suas necessidades.

Segundo a percepção das gestantes diabéticas, ser cuidada é ser ouvida, receber apoio, ser levada a sério, sentir-se protegida. Na ótica dessas gestantes, receber uma palavra quando não se está bem, sendo que uma simples palavra é capaz de modificar esse momento também é um cuidado. Esse cuidado transpõe o cuidado “tecnicista” (de procedimentos), cuidado que implica em acesso a informações, divulgação de conhecimentos, compartilhamento de vivências e de saberes, ações educativas, de respeito e de autonomia do ser humano.

A equipe interdisciplinar de saúde possui responsabilidades que vão muito além da realização de procedimentos técnicos e, particularmente, esse fato se aplica à equipe de Enfermagem. Cabe às enfermeiras e enfermeiros determinar a amplitude da ação e conscientizar-se de que sua atuação deve ser centrada nos processos complexos do cuidar, os quais pressupõem alterações fisiológicas para prevenção e promoção à saúde, bem como outros procedimentos compreendidos enquanto cuidados subsidiados pelo conhecimento científico. Nessa ação, o cuidar subentende ampla dimensão, na qual o emocional e o espiritual contribuem significativamente no processo de cura das clientes. A âncora humana é o amor, e quem ama cuida, sendo que o ato de cuidar é amplo e abarca em seu sentido todos os sentimentos que temos, enquanto pessoas.

Os resultados obtidos na presente pesquisa consideram como grande desafio a adesão e adoção às mudanças no estilo de vida que o DM impõe, tais como os diversos controles, restrições, resultando na percepção de ter DM significa ter uma vida controlada, limitativa, expressa nas dificuldades de adesão à dieta, aos tratamentos, ainda com predomínio da utilização da insulino terapia, terapia percebida como desagradável e dolorosa, controles glicêmicos, o conviver com uma doença crônico-degenerativa, sem perspectiva de cura até o presente. O grande obstáculo é a forma impositiva, fria, ameaçadora e desumana como este “*modus operandi*” é realizado.

Também é observado certa imposição de saberes e de informações nas falas de algumas entrevistadas, o que compromete a qualidade não só da assistência, mas compromete o ser humano em sua essência. A ausência de espaços de escuta, grupos de apoio, assistência ainda realizada de forma multidisciplinar de saúde são necessidades percebidas nesse estudo.

As gestantes portadoras de DM pré-existente, sobretudo, as gestantes portadoras de DM 1 evidenciam o pouco conhecimento por parte dos profissionais, ao mesmo tempo, apontando para a necessidade urgente de novas pesquisas, sobretudo na terapia medicamentosa do diabetes, dolorosa, e considerada ultrapassada numa geração digital.

São percebidas lacunas acerca do conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nesta área sobre as especificidades dos cuidados durante a gestação de mulheres que vivenciam a gravidez tanto com DMG, mas, principalmente, daquelas portadoras de DM pré-existente, frente às novas tecnologias disponíveis como bombas insulínicas, transplantes de pâncreas e de células-tronco, novas insulinas não injetáveis, novos dispositivos e aplicativos, que podem ser disponibilizados, questionamentos esses que ficam como sugestões para o desenvolvimento de estudos futuros.

O estudo coloca em destaque o fato das gestantes necessitarem de um cuidado especializado, com necessidade de desenvolvimento e de oferta de novas tecnologias de cuidado às gestantes e seus bebês. Além disso, percebe-se a necessidade de desenvolvimento de cuidados extensivos também à saúde de crianças e de adolescentes, que são mais vulneráveis ao desenvolvimento do DM.

Tanto na assistência pré-natal como na assistência hospitalar, é possível identificar deficiência/ inexistência de um protocolo de cuidados de enfermagem às gestantes que vivenciam a gravidez tendo qualquer forma de diabetes, além de protocolos de assistência pré-concepcional às mulheres que já possuem diabetes prévios e aquelas que já tiveram o diabetes mellitus gestacional.

Diante do exposto, sugiro recomendações direcionadas tanto para as mulheres que desenvolvem DM na gestação ou aquelas que já possuíam a doença, como para os profissionais da Enfermagem e da Saúde que trabalham com gestantes de alto risco.

Em relação às mulheres com DM pré-existente à gestação, quando gestações ocorrem sem um planejamento, despontam-se as lacunas dos cuidados clínicos como educativos, voltados para o período pré-concepcional. Essas mulheres necessitam receber informações e

incentivo para exercer o autocuidado, além da orientação de planejarem suas gestações para que essas ocorram somente quando houver um controle metabólico adequado, uma vez que a gestação tende a descompensar o quadro de DM.

No caso particular do DMG, apesar de seu caráter aparentemente transitório, ou seja, que pode desaparecer após a gestação, sendo percebida por gestantes e profissionais como “doença passageira”, constata-se, mediante produção do conhecimento, que a doença tende a retornar em gestações futuras e, posteriormente, se instalar em definitivo, levando a transformações e modificações na vida dessas mulheres, evidenciando também para a necessidade de implementação de processos e de programas educativos de forma a incutir nessas mulheres a necessidade de adesão às medidas de controle e de prevenção da doença, posteriormente à gestação.

Planejar e implementar estratégias adequadas capazes de ajudar as mulheres a vivenciar experiências, bem como diminuir os índices de medo e ansiedade, ao utilizar mecanismos de enfrentamento de gestação que nesta situação de presença de DM, que, independente do tipo da doença, caracteriza-se como sendo gestação de risco representa outra necessidade percebida. Este estudo contribui para uma nova perspectiva de cuidar/ assistir pautada na humanização da assistência obstétrica e perinatal, contemplando a família que deve ser foco deste cuidar.

Recomendo a criação de grupos de apoio para mulheres que vivenciam gestação de risco e seus familiares. Estes grupos devem ser um espaço de escuta sensível, com a participação dos profissionais da equipe interdisciplinar de saúde, tornando-se, também, um espaço onde se possam discutir questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, a fim de subsidiar escolhas conscientes no âmbito reprodutivo.

O plano terapêutico deve incluir programas educativos, os quais devem incluir mudanças no estilo de vida, porém, a forma como estes programas educativos têm sido trabalhados constitui uma crítica importante, que é apontada como uma das causas da baixa adesão dos portadores de DM a essas mudanças. Não adianta impor mudanças, dizer por exemplo, que o portador tem que seguir dieta, quando a família não é trabalhada frente a essa questão. As mudanças devem ser realizadas com consciência e guiadas pelos portadores da doença. Na gestação, essa questão ainda é mais complexa. O estudo permitiu identificar deficiências no processo educativo em saúde, evidenciado nas falas das entrevistadas.

A presente pesquisa propõe investir-se em grupos educativos para gestantes e familiares, com adoção do modelo pedagógico libertador, deixando evidente que essa gestante é a protagonista deste processo de ensino-aprendizagem e não sendo receptora passiva de informações muitas vezes não compreendidas. Dentre as informações, deve-se focar questões para o cuidado com o DM, não somente na gestação, mas em todo o ciclo gravídico-puerperal. A educação em saúde deverá realizar uma articulação entre as representações sociais identificadas e a experiência da doença.

Com relação aos profissionais das equipes da saúde, a primeira recomendação é pautada na mudança do paradigma do processo de trabalho: faz-se necessário trabalhar no âmbito da interdisciplinaridade e não de forma fragmentada como tem sido observado em diferentes instituições de saúde. É necessária a ruptura do modelo biomédico, que encontra-se centrado na doença e não no ser humano.

É necessário conhecer, apreender e compreender as representações sociais destas mulheres para que se construam novas diretrizes capazes de considerar, não somente aspectos fisiopatológicos, terapêutica medicamentosa e dietoterápica, consequências negativas para o binômio mulher/ recém-nascido, mas, que sejam considerados aspectos positivos, que contemplem a mulher como um ser humano dotado de sentimentos, de expectativas, de percepções, bem como o ser humano pai e a família.

Os profissionais das equipes de enfermagem e saúde precisam ser capacitados de maneira a ampliar o olhar para além dos aspectos biológicos do ciclo gravídico-puerperal, compreendendo os significados que o nascimento de um novo ser tem para o desenvolvimento de uma família, ainda mais nos casos em que este ser é gerado e gestado em um contexto de alto risco.

Faz-se necessário realizar educação permanente entre os membros da equipe de enfermagem e de saúde, não somente focada em cuidados técnicos, mas também quanto às questões de humanização da assistência.

Os modelos de atenção à saúde obstétrica e neonatal necessitam ser reformulados no sentido de abranger as necessidades do homem enquanto pai e da família. Ampliar o conhecimento dos profissionais reconhecendo novos arranjos familiares, fatores de risco e de proteção propondo reorganização dos serviços de saúde de forma a ampliar o foco de cuidado, não se restringindo ao cuidado do binômio mãe-bebê. Há necessidade de reorganização da atenção perinatal, ampliando o escopo das ações além das unidades hospitalares e avançando até a

assistência básica.

Outra recomendação é promover maior envolvimento dos profissionais de saúde para garantir a proposta de integralidade das ações de saúde para a gestante e seus familiares, principalmente quando se trata de uma gestação de alto risco.

Ainda, há necessidade quanto à reformulação de protocolos, guidelines e diretrizes elaborados por expertises na temática que levem também em consideração aspectos culturais e também o acompanhamento psicológico e social destas clientes.

Esta pesquisa sugere novos estudos em diversas perspectivas voltadas para as mulheres, não somente em idade reprodutiva e/ou gestantes, mas também para as crianças e adolescentes e também para as mulheres que já se encontram fora da idade reprodutiva.

Sobre a construção desta presente tese, diversos sentimentos permearam a mesma, sobretudo, durante a realização das entrevistas entre as participantes: choro, tristezas, preocupações consigo e com seus filhos, distanciamento e saudades dos familiares, principalmente dos filhos. As entrevistas foram pontuadas muitas vezes por choro, pausas, silêncio, expressões como “não é verdade?”, “vamos que vamos”, “está tudo bem” (quando nada estava bem). Muitas vezes, o gravador digital teve que ser desligado para a livre expressão das emoções e sentimentos.

Diversas expressões que emergiram ao longo das entrevistas ficaram marcadas como: “Balança não mente!”, “Mãe, balança não mente!”, “Faço tudo o que falam”, “tenho medo de injeção”, “Diabético e doce não caminham juntos”.

Mas, sem dúvida, uma expressão tornou-se marcante durante a realização dessa pesquisa: “Diabético não pode ter vida social!”. Acredita-se que assim como se garante acessibilidade a portadores de deficiências físicas, e políticas de inclusão de pessoas portadoras de necessidades especiais, deveria existir a consciência de opções dietoterápicas para portadores de DM, de intolerância à lactose, à doença celíaca, entre outras.

Nas mídias e redes sociais constantemente são divulgadas informações tanto no sentido de possibilidade de vida social com qualidade como informações voltadas à prevenção dessa doença que já se tornou sinônimo de epidemia mundial.

Espera-se que o presente estudo contribua para o despertar dos profissionais da equipe de enfermagem e de saúde para o cuidado humanizado, sensível, empático, em relação ao cuidado dessas mulheres que constituem uma parcela cada vez mais crescente de portadoras do

diabetes, sobretudo, em caráter permanente, e que não se restrinja apenas a cuidados tecnicistas.

Que esta tese possa instigar a reflexão dos profissionais de saúde, essencialmente dos enfermeiros, para que esses repensem sua prática do cuidado na atenção da gestante na sua integralidade, despertando um novo olhar no tocante ao cuidado, cuidado que é a essência maior da Enfermagem que jamais deverá ser esquecido e sepultado. Que as novas gerações de Enfermeiras e Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e dos demais profissionais da saúde sintam-se motivadas a exercer o cuidado de qualidade, humano, mesmo diante de tantas facilidades tecnológicas.

Espera-se contribuir para a reestruturação da assistência em enfermagem e em saúde capaz de atender às reais necessidades do ser mulher/ parceiro/ bebê (s) e famílias e que possa propiciar o desenvolvimento de atividades educativas efetivas, não esquecendo que a gravidez e todas as modificações fisiológicas, emocionais e psicológicas ligadas a ela são vivenciadas pela mulher e sua família. Jamais se deve esquecer de que o diabetes continuará a ser a doença mais marcante desta geração, se não forem adotadas medidas saudáveis e de forma menos impositiva.

Pessoalmente, realizei essa tese em busca de novos olhares, novas perspectivas e de formas de cuidar das pessoas com diabetes. Que novos horizontes possam surgir daqui para frente e que as gerações vindouras portadoras de diabetes possam usufruir de novas tecnologias de cuidado em Enfermagem e em Saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In MOREIRA, A.S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (Orgs.), **Estudos interdisciplinares de representação social** (pp. 27-38). Goiânia: AB.2000.

ABRIC, J.C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. (Orgs.), **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376 n. 9755, p. 1861-68, nov. 2010. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61853-3/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61853-3/fulltext#article_upsell). Acesso em 18 set. 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. 2006;29 Suppl 1:S43-8.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care** 2011 Jan; 34 Suppl 1:S62-9.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2014. **Diabetes Care**. Volume 37, Supplement 1, p.514-580, January 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2015. **Diabetes Care**. Volume 38, Supplement 1, 99 p. January 2015.

ARAÚJO, M.F.M. et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 222-7.

ARRUDA, A. Representações sociais e movimentos sociais: grupos ecologistas e ecofeministas do Rio de Janeiro. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 71-86.

_____. Teoria das representações sociais e teoria do gênero. **Cad. Pesquisa**. São Paulo, v. 2 n. 117, 2002. p. 127-47. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010015742002000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 18 set. 2013.

ATHANIEL, M.A. S.; SAITO, R.X.S. Saúde do adulto, doenças e agravos não transmissíveis: hipertensão arterial e diabetes mellitus. In: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. 424 p.

BARBOSA, R.F.; DUARTE, C.A.M.; SANTOS, L.P. Psicossomática, gestação e diabetes: um estudo de caso. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2012, 32(2), 472-483.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.

_____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARSAGLINI, R.A. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes**. 2006. 308f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP. 2006.

BELLAMY, L. et al. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, Vol. 373, No. 9677, p1773–1779 Published in issue: May 23, 2009.

BERG, M.; SPARUD-LUNDIM, C. Experiences of professional support during pregnancy and childbirth – a qualitative study of women with type 1 diabetes. **BMC (Biomed Central) Pregnancy and Childbirth**, 2009, 9:27.

BERTERO, C.; HJEM, K. Social support as described by foreign-born persons diagnosed with type 2 diabetes mellitus and living in Sweden. **Nursing and Health Sciences**(2010), 12, 507–514.

BEZERRA, M.G.A.; CARVALHO, F.A.M.; SOBREIRA, T.T. Sentimentos das gestantes diabéticas. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.2, n.1, p.97-102, jan./jul./ 2001.

BIEDA J. **Perceptions of risk for the development of type 2 diabetes in african-american women with gestational diabetes**. 2009. 196 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). Nursing. The University of Michigan.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **O cuidado necessário**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BOUSFIELD, A.B.S. Divulgação do conhecimento científico sobre aids e representações sociais. 2007. 305 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2001.
Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria/GM/MS nº 371**, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2002: Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/cnhd/legislacao/port2002/port371.htm>
Acesso em: 2 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher – 2004 a 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 01 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília: [s.n.], 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 26 jun. 2013.

BROOKS, L.M. **Perceived barriers to treatment adherence among pregnant african american women with diabetes**. 2002. 134 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). Frances Payne Bolton School of Nursing. Case Western Bolton School of Nursing, Cleveland, Ohio, 2002.

BYRN, M.A. **Gestational diabetes, depression, and the impact on maternal child health outcomes**. 2011. 213 p. Thesis (Doctoral of Philosophy). Loyola University Chicago. Chicago, Illinois.

CAMARGO, B. V. **A noção de representação social e sua contribuição para pesquisas na área da saúde.** Porto Alegre: UFRGS, 1998, (Anotações do curso ministrado na Escola de Enfermagem da UFRGS).

CAMARGO, B.V. et al. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia*. 2011, Vol. 9, n. 1, 179-192.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.** [online]. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

CASTILLO, C.A.G.; VÁSQUEZ, M.L. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una vía para asegurar un hijo sano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 74-81.

CERQUEIRA, M. T. Bridging the knowledge-action gap in diabetes along the U.S.-Mexico border. **Rev Panam Salud Publica**28(3), 2010.

COFFMAN, S.; RAY, M.A. African american women describe support processes during high-risk pregnancy and postpartum. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN)**, volume 31, N.5, 2002. 536-544.

COSTA, V.T.; ALVES, P.C.; LUNARDI, V.L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **R Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):27-31.

COUTINHO, T. et al. Diabetes gestacional: como devo tratar? **FEMINA**. Outubro, 2010, vol. 38, nº 10.

DELLA VECHIA, F.; LISBOA, M. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. Disponível em <<http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-08.html>>Acesso em 16 jun. 2014. [s.d.]

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento da pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques**

epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 127-54.

DHULKOTIA, J.S. et al. Oral hypoglycemic agents vs insulin in management of gestational diabetes: a systematic review and metaanalysis. **Am J Obstet Gynecol** 2010; 203:457.

DODE, M.A.S.O.; SANTOS, I.S. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1141-1152, mai, 2009

DOISE, W. Les représentations sociales: définition d'un concept. *Connexions*, 45, 243-253. 1985.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. 187-200.

DOURADO, V.G.; PELLOSO, S.M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm**2007;20(1):69-74.

DUARTE, N.E.; FERREIRA, M.A.; LISBOA, M.T.L. Dimensão prática do cuidado e representações sociais. **Esc Anna Nery** (impr.)2012 abr-jun; 16 (2):227- 233

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v46, p. 126-34, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 20 set. 2013.

DUVEEN, G. Introdução: o poder das ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p.7-28.

EVANS, M.K. **Gestational diabetes: the meaning of an “at risk” pregnancy**. 2003. 221 f. Thesis (Doctoral of Philosophy).University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada.

EVANS, M.K.; O'BRIEN, B. Gestational diabetes: The meaning of an at-risk pregnancy. **Qual Health Res**, v.15 n.1, p. 66-81,2005. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/content/15/1/66.full.pdf+html>>. Acesso em 20 set. 2013.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2008.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. **Rev. Linguagem**.v. 18, p.01-052012. Disponível em: <<http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos.php>> Acesso em: 07 jul. 2014.

FARRIS, C. Diagnóstico e rastreamento do diabete melito gestacional. **Arq. Catarin. Med.** 2012; 41(1): 68-71.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes Ltda, 1994. p. 31-59.

FAVORETO, C.A.O.; CABRAL, C.C. Narrativas sobre processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface Comun Saúde Educ.** 2008;13(28):7-18.

FEITOSA, A.C.R. et al. Frequência de medo de agulhas e impacto de uma abordagem educacional multidisciplinar em gestantes com diabetes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2013, vol.35, n.3, pp. 111-116.

FERNANDES, R.S.R. et al. Prognóstico obstétrico de pacientes portadoras de diabetes mellitus pré-gestacional. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34 n. 11, p. 494-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 20 set. 2013.

FIGUEIREDO, K.C. **Representações sociais de violência: a visão da criança e do adolescente**. 2000. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2000.

FLAMENT, C. Estrutura dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p, 17-27, jan, 2008.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. FDA approves Afrezza to treat diabetes.
<http://www.fda.gov/newsevents/newsroom/comunicadosdeprensa/ucm403113.htm> Acesso em 27 jun. 2014.

FRASER, D.M.; COOPER, M.A. **Assistência obstétrica: um guia prático**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FREITAS, F. et al (orgs.). **Rotinas em obstetrícia**. 5ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2006.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health** v10 n1 p 1-11 fev 1987.

GAZZINELLI, M.F. *et al*. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**,, v.21,n.1 p.200-206, 2005.

GHIGLIONE, R., MATALON, B., **O inquérito - Teoria e prática**. Oeiras, Celta, 1992, pp. 179-230.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M.A.A.Diabetes melito Tipo 1 e gestação. **Arq Bras Endocrinol Metab**2008;52/2.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev Latinoam Enfermagem** 2001 julho; 9(4):62-7

GOMES, A.M.T.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces

cotidianas. Revista Latino-Americana de Enfermagem [On-line] 2011, 19 (Junio-Sin mes): [Data de consulta: 19 out 2014] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421956006>> ISSN 0104-1169.

GROSSI, S.A.A.; PASCALI, P.M. **Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus**: manual de enfermagem. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTCH, S. **Textos em representações sociais**. 12.ed. RJ: Vozes, 2011.

GUERRA, C.A. et al. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. **Texto Contexto Enferm** 2005 Abr-Jun; 14(2):159-66.

GUERRA, L.F. Diabetes: da negação à aceitação. Portal Diabetes, 2010. Disponível em <<http://www.portaldiabetes.com.br/novidades-artigos/diabetes-artigos/diabetes-negacao-aceitacao/>> Acesso em 10 dez. 2014.

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

HJELM, K. et al. Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review. 2003 Blackwell Publishing Ltd, **Journal of Advanced Nursing**, 41(5), 424–434.

HJELM, K. et al. Swedish and middle-eastern-born women's beliefs about gestational diabetes. **Midwifery** (2005) 21, 44-60.

HJELM, K. et al. Beliefs about health and illness in women managed for gestational diabetes in two organizations. **Midwifery** (2008) 24, 168-182.

HJELM, K. et al. Beliefs about health and illness postpartum in women born in Sweden and the middle east. **Midwifery** (2009) 25, 564-575.

HJELM, K.; BERNTORP, K.; APELQVIST, J. Beliefs about health and illness in Swedish and African-born women with gestational diabetes living in Sweden. **Journal of Clinical Nursing**, 21, 1374–1386, 2011.

HOFFMAN, A. Universal principles for culturally sensitive diabetic education. *JCN/October-December 2010*.294-299.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 6^a ed. Disponível em http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf. Acesso em 14 nov. 2014.

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**, v. 33, n.3, p.676-682, 2010. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/33/3/676.full>>. Acesso em 20 set. 2013.

JODELET, D. *Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie*. In: **Psychologie sociale**. Paris: PUF, 1990.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 17-44.

_____. *Loucura e representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica. **Temas psicol.** [online]. 2011, vol.19, n.1, pp. 19-26. ISSN 1413-389X. Acesso em 18 jul. 2014.

KIM, C.; FERRARA, A. (orgs). **Gestational diabetes during and after pregnancy**. New York: Springer, 2010.

KIM, C. et al. Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Volume 30, Number 9, September 2007.

LANDIM, C.A.P.; MILOMENS, K.M.P.; DIÓGENES, M.A.R. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2008 set; 29(3): 374-81.

LAVENDER, T. et al. Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes. **Midwifery** 26 (2010) 589-595.

LAWRENCE, J.M. Women with diabetes in pregnancy: different perceptions and expectations. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology** 25 (2011) 15–24.

LOPEZ, T. M. T. **Sangre y azúcar**: representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos em um barrio de Guadalajara, México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2004.

LUBKIN, I.M.; LARSEN, P.D. **Chronic illness**: impact and interventions. 5th ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2002, 609p.

MALTA, D.C.; SILVA JÚNIOR, J.B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(1):151-164, jan-mar 2013.

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, 18(1), pp.72-77.

MARTIRE, L.M. et al. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. **Health Psychol**, v 23 n 6, p. 599-611, nov 2009. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/journals/hea/23/6/599/>>. Acesso em 20 set. 2013.

MARTINS, E.A.; SOUZA, S.R.; TOCANTINS, F.R. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. **Invest Educ Enferm**. 2012; 30(1):101-107.

MATTAR, R. et al. Como deve ser o rastreamento e o diagnóstico do diabetes *mellitus* gestacional? **FEMINA**. Janeiro, 2011, vol 39, nº 01.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde

da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

METZGER, E. B. et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care** July 2007 vol. 30 n. 30.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26ª ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MIRANDA, P.A.C.; REIS, R. **Diabetes mellitus gestacional**. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Diabetologia. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(6): 471-86.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J.R. **Rezende, Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2008.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORRISON, M.K.; LOWE, J.M.; COLLINST, C.E. Perceived risk of type 2 diabetes in australian women with a recent history of gestational diabetes mellitus. **Diabetic Medicine**, UK, 27, 882-886 (2010).

MOSCOVICI, S. **Apresentação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Investigações em psicologia social**. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

_____. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Crônica dos anos errantes: narrativa autobiográfica**. Rio de Janeiro: Mauad, 2005.

_____. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012a.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público.** Petrópolis: Vozes, 2012b

MOURA, E.R.F.; EVANGELISYA, D.R.; DAMASCENO, A.K.C. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(1):22-9.

MUNDIM, R.A.S. et al. Sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras de diabetes mellitus. **Revista de Biotecnologia & Ciência** Vol. 2, Nº. 1, Ano 2011 p. 62-82.

NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia da SBP.** 2000. Vol. 8. n.3, 287-299.

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

OLIVEIRA, D.C. Prioridades de pesquisa em enfermagem e as linhas de pesquisa: dando continuidade ao debate. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):712-6.

_____. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

OLIVEIRA, V.J. **Vivenciando a gravidez de alto risco:** entre a luz e a escuridão. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belo Horizonte-MG: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes. AC Farmacêutica, 2014. Disponível em

<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>. Acesso em 18 jul. 2014.

OLOHAN, K. Diabetes under control: improving hospital care for patients with diabetes routine hemoglobin A1c testing can guide postoperative care and discharge planning. *AJN* June 2010 Vol. 110, No. 6 65-69.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003, 105 p. Relatório Mundial.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) **Objetivos do milênio**. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br>>. Acesso em 12 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf. Acesso em 12 mar. 2012

PADILHA, M.I.C.S.; SILVA, D.G.V.; COELHO, M.S. Aspectos teórico-metodológicos das representações sociais e seu uso na enfermagem. **OBJN**.v.6, n.2, 2007.

PATRICK, L.J. **The meaning of type 2 diabetes for women with previous gestational diabetes mellitus**. 2005. 179 p. Thesis. (Doctoral of Philosophy Nursing). McMaster University Hamilton, Ontario, Canada.

PEREIRA, M.G.; PEDRAS, S.; MACHADO, J.C. Validação do questionário crenças acerca da medicação em pacientes diabéticos Tipo 2. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Abr-Jun 2013, Vol. 29 n. 2, pp. 229-236.

PESSOA, S.M.F. **O significado do diagnóstico do diabetes mellitus gestacional na perspectiva de um grupo de grávidas hospitalizadas**. 2008. 254 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.

PESSOA, S.M.F.; PAGLIUCA, L.M.F.; DAMASCENO, M.M.C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 jul/set: 14(3):87-92.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEVEDO, M.P.; LOPES, C.M.C.; LEFÈVRE, F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2006;16 (1):12-21.

QUEVEDO, M.P. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. 2010. 211 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo.

RICCI, S.S. (org.) **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Tradução Roxane dos Santos Jacobson. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2008.

RUMBOLD, A.R.; CROWTHER, C.A. Women's experiences of being screened for gestational diabetes mellitus. **Austr N Z J Obstet Gynaecol** (The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology) 2002; 42 2: 131.

RUMMLER, G.; SPÍNOLA, A.W. Tendências temáticoprofissionais da pesquisa brasileira com representações sociais em Saúde. **O Mundo da Saúde**, 2005. 29 (2), 129-134.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 19-45.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SAAB NETO, J.A.; SILVEIRA, S.K.; VITORELLO, D.A. (orgs.). **Manual de rotinas de ginecologia e obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra**. Florianópolis: Centro de Estudos Dr. José de Patta, MCD, 2012. 434p.

SALOMON, I.M.M.; SOARES, S.M. Compreendendo o impacto do diagnóstico de diabetes gestacional. **REME. Rev. Min. Enf**; 8(3):349-357, jul/set, 2004.

SALOMON, I.M.M. **Convivendo com o diabetes gestacional: implicações no cotidiano de mulheres assistidas em um Hospital Universitário de Belo Horizonte/ MG**. 2004. 138 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Mortalidade em Santa Catarina por diabetes mellitus**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloC.pdf>>. Data de acesso 28 jul. 2013.

SANTOS, P. B. **Maternidade ameaçada: vivências psíquicas em gestantes de alto risco**. 2005. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Núcleo de Psicologia Hospitalar e Psicossomática da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

SCHIRMER, J. **Fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus e tolerância à glicose diminuída em mulheres após diabetes diagnosticado na gravidez**. 1995. 120p. Tese (Doutorado em Enfermagem Materno-Infantil) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo. 1995.

SCHMALFUSS, J. M. et al. Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. **Cogitare Enferm**. 2014 Out/Dez; 19(4):815-22.

SCHMIDT, M.I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Série Saúde no Brasil. Saúde no Brasil 4. The Lancet. 2011.

SEATON, F.M. **Development of a culturally appropriate nursing best practice guideline for an aboriginal community: the case of gestational**

diabetes. Thesis (Master of Science). 2006. 192 p. Queen's University Kingston, Ontario, Canada.

SÊGA, R.A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. Anos 90, Porto Alegre, n.13, julho de 2000. Disponível em <www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf> Data de acesso em 30 Set 2014.

SHEFFER, C.J. **The lived experience of pregnancy for women with pre-existing insulin dependent diabetes**. 2000. 134 p. Thesis of Master. Dalhousie University: Halifax, Nova Scotia, Canada. 2000.

SILVA JUNIOR, J.B. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SILVA, L.; SANTOS, R.C.; PARADA, C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

SILVA, D.G.V. da et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Rev. bras. enferm.** 2006, vol.59, n.3, pp. 297-302.

SILVA, J.C. et al. Tratamento do *diabetes mellitus* gestacional com glibenclamida – fatores de sucesso e resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2007; 29(11):555-60.

SILVA, J.C. et al. Hipoglicemiantes orais na gestação: metformina *versus* glibenclamida. **Femina**, v. 37 n. 12, p. 667-70, dez. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2009/v37n12/a005.pdf>>. Acesso em 20 set. 2013.

SILVA, A. M. F. **Representações sociais da família sobre a deficiência física da criança e suas implicações no cotidiano**. 2011. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/** Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: **AC Farmacêutica**, 2014. Disponível em <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>> Acesso em 18 jul. 2014.

SOPAJAREE, C. **Women with high-risk pregnancies: maternal anxiety and its relationship to infant health status.** 2000. 149 p. Doctoral of Philosophy. Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, U.S.A. (Health Sciences).

SPINK, M.J. O conceito de representacao social na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Publ., Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/set. 1993.

STUHLER, G.D. **Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** 2012. 189 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2012.

STUHLER, G.D.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva** v. 6, n. 3 2012.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

UK. Prospective diabetes study group. Intensive blood glucose control with sulfonylurea or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in type 2 diabetes mellitus (UKPDS 33). **Lancet**, n. 352, p. 837-53. 1998.

VICTORA, C.G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Série Saúde no Brasil. **The Lancet**. 2011 a.

VICTORA, C.G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Série Saúde no Brasil. **The Lancet**. 2011 b.

WACHELKE, J.F.R.; CAMARGO, B.V. Representações Sociais, representações individuais e comportamento. **Rev. Interamericana de Psicologia**. 41(3), 379-390. 2007.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. de Oliveira. (Orgs.), **Estudos interdisciplinares de representação social** (pp. 3-25). Goiânia: AB. 1998.

WALDOW, V.R. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **R Enferm. UERJ** 2001; 9:284-93.

WEINERT, L.S. et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 55 n.7, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302011000700002&script=sci_arttext>. Acesso em 19 set. 2013.

WENDLAND, E.M. et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. **BMC Pregnancy and Childbirth** 2012, 12:23.

WORLD ECONOMIC FORUM (WEF). **The Global Agenda 2009**. Genebra, Switzerland. Disponível em: <http://www.weforum.org/pdf/globalagenda.pdf> Data de acesso 10 jul. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2010**. Genebra: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diabetes. Fact sheet N°312. September 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes. **Fact sheet N°312**. Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>>. Acesso em 19 set. 2013.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa de literatura, 2005. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

YOUNGBLOOD, N.M.; HINES, J. The influence of the family's perceptions of disability on rehabilitation outcomes. **Rehabil Nurs**. Glenview, v. 17 n. 6, p.323-326, 1992. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2048-7940.1992.tb01268.x/abstract>>. Acesso em 19 set. 2013.

ZAMPIERI, M.F.M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.140-166, jan. 2001.

ZUGAIB, M. (org.) **Zugaib Obstetrícia**. 1ª ed. Barueri-SP: Ed. Manole, 2008.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA



PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUE GESTAM COM DIABETES RECURSOS HUMANOS

Dda. Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias¹, Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos² Bibliotecária Ms. Maria Gorete Monteguti Savi³

1. PARTICIPAÇÃO DAS PESQUISADORAS

- Elaboração protocolo: 1, 2, 3
- Avaliação do protocolo: 2,3
- Coleta de dados: 1,3
- Seleção dos estudos: 1
- Checagem dos dados coletados: 1,2,3
- Avaliação crítica dos estudos: 1
- Síntese dos dados: 1
- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1,2
- Apreciação final, avaliação e sugestões: 1,2,3
- Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1
- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2, 3

* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.

3. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:

Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos² Bibliotecária Ms. Maria Gorete Monteguti Savi³

4. PERGUNTA:

De que forma as mulheres gestantes diabéticas constroem as representações sociais? Segunda opção

Quais são as representações sociais das mulheres que gestam com Diabetes?

5. OBJETIVO:

Conhecer e perceber como são construídas as representações sociais de mulheres gestantes diabéticas.

Identificar como as representações sociais destas mulheres influenciam no cuidado de enfermagem.

6. DESENHO DO ESTUDO:

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. As etapas serão conduzidas a partir:

- 1) Identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa;
- 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos;
- 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
- 4) Seleção da amostra;
- 5) Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Excel, organizados por ano;
- 6) Avaliação dos estudos incluídos;
- 7) Discussão e Análise dos resultados;
- 8) Apresentação da Revisão;
- 9) Escolha de periódico e encaminhamento para publicação.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Artigos (originais ou revisão integrativa de literatura), teses e dissertações, que contenham as palavras chave e/ou descritores listados neste protocolo, identificados nos campos de busca: resumo, título e descritores quando disponíveis e que estejam publicados nos idiomas

inglês, espanhol e português, no período de 2000 a 2012 (até março de 2012 - data de pesquisa nas bases de dados), nas seguintes bases de dados: PUBMED/MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, SCIENCE DIRECT, LILACS, BDNF, SCIELO, Banco de Teses da CAPES, ProQuest Dissertations & Theses (PQDT)

8. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaios; Publicações duplicadas; Dossiês, TCC; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência.

9. BASES DE DADOS

PubMed/MEDLINE (Medical Literature and Retrieval System on Line), CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), SCIENCE DIRECT, SCOPUS, LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Banco de Dados da Enfermagem), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Banco de Teses da CAPES, ProQuest Dissertations & Theses (PQDT).

9.1 Descrição das bases de dados

PubMed/MEDLINE: Serviço da U.S. National Library of Medicine (NLM) que indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública, tendo a base de dados MEDLINE como principal fonte de informação integrante do serviço. MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM e que contém referências bibliográficas e resumos de aproximadamente 5.600 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países.

CINAHL: Indexa periódicos científicos estrangeiros sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde.

SCIENCE DIRECT é uma base de dados com cerca de 1.800 periódicos em texto completo publicados pela Elsevier em todas as áreas do conhecimento, mas com foco nas áreas de ciências, tecnologia e medicina. A cobertura de texto completo dos periódicos da coleção está disponível desde 1995 até o presente.

SCOPUS é uma base de dados referencial da editora Elsevier nas áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Físicas e Ciências Sociais. Cobre a literatura desde 1823 até o presente.

SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos on-line. Base de dados que permite a busca integrada de artigos dos periódicos da rede Scielo: Africa do Sul, Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Espanha, México, Portugal, Venezuela, Saúde Pública, *Social Sciences*.

LILACS representa base de dados relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede BVS, coordenado pela BIREME.

BDENF consiste em fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da UFMG e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem.

Banco de Teses da CAPES representa base de dados de teses e dissertações defendidas desde 1987 com as informações fornecidas pelos programas de pós-graduação, que se responsabilizam pela veracidade dos dados.

ProQuest Dissertations & Theses é uma base de dados de dissertações e teses cobrindo trabalhos universais desde 1861 até o presente e oferecendo textos completos para a maioria das dissertações adicionadas desde 1997.

10. ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Utilizado palavras chave e descritores (DeCS/ MeSH)

10.1 Conjunto de Palavras chave:

Gestação OR gestante\$ OR gravidez OR grávida\$

Diabetes OR diabética\$

Representaç\$ OR percepç\$ OR significado\$

Enfermagem OR enfermeiro\$ OR enfermeira\$

Cuidado OR assistência

10.2 Descritores DECS/MESH:

Gravidez,

Gestantes,
Percepção Social,
Diabetes Gestacional,
Gravidez em Diabéticas,
Cuidados de Enfermagem,
Enfermagem

Descritor <i>Inglês</i> :	Pregnancy
Descritor <i>Espanhol</i> :	Embarazo
Descritor <i>Português</i> :	Gravidez
Sinônimos <i>Português</i> :	Gestação

Descritor <i>Inglês</i> :	Pregnant Women
Descritor <i>Espanhol</i> :	Mujeres Embarazadas
Descritor <i>Português</i> :	Gestantes
Sinônimos <i>Português</i> :	Mulheres Grávidas Mulher Grávida

Descritor <i>Inglês</i> :	Social Perception
Descritor <i>Espanhol</i> :	Percepción Social
Descritor <i>Português</i> :	Percepção Social
Definição <i>Português</i> :	a <u>percepção</u> dos atributos, características e comportamentos dos próprios colegas ou <u>grupo social</u>

Descritor <i>Inglês</i> :	Diabetes, Gestational
Descritor <i>Espanhol</i> :	Diabetes Gestacional
Descritor <i>Português</i> :	Diabetes Gestacional
Sinônimos <i>Português</i> :	Diabetes Mellitus Gestacional Diabetes Induzida pela Gravidez Diabetes Induzida por Gravidez

Descritor <i>Inglês</i> :	Pregnancy in Diabetics
Descritor <i>Espanhol</i> :	Embarazo en Diabéticas
Descritor <i>Português</i> :	Gravidez em Diabéticas
Descritor <i>Inglês</i> :	Nursing Care

Descritor <i>Espanhol</i> :	Atención de Enfermería
Descritor <i>Português</i> :	Cuidados de Enfermagem
Sinônimos <i>Português</i> :	Assistência de Enfermagem Atendimento de Enfermagem

Descritor <i>Inglês</i> :	Nursing
Descritor <i>Espanhol</i> :	Enfermería
Descritor <i>Português</i> :	Enfermagem

10.3 Estratégias de busca possíveis

LILACS e BDEF

- Gestação OR gestantes OR gestante OR gravidez OR grávida\$ [Palavras] and Diabetes OR diabética\$ [Palavras] and Representaç\$ OR percepç\$ OR significado\$ [Palavras]
- Gestação OR gestantes OR gestante OR gravidez OR grávida\$ [Palavras] and Diabetes OR diabética\$ [Palavras] and Enfermagem OR enfermeir\$ [Palavras]

SCIELO

- pregnancy OR embarazo OR gravidez OR gestação OR gestante OR gestantes OR pregnant OR embarazadas OR embarazada) AND (diabetes)
- (pregnancy OR embarazo OR gravidez OR gestação OR gestante OR gestantes OR pregnant OR embarazadas OR embarazada) AND (diabetes) AND (nursing OR enfermagem OR enfermeria OR nurse OR nurses OR enfermeiro OR enfermeiros OR enfermeira OR enfermeiras OR enfermeros OR enfermeiro OR enfermera OR enfermeiras)

PubMed/Medline

- ((Pregnancy in Diabetics AND (Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang])) AND ("2000"[PDat] : "2012"[PDat]))) AND (nursing OR nurse OR nurses AND (Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang])) AND ("2000"[PDat] : "2012"[PDat]))) = 95 artigos
- (((Diabetes, Gestational AND (Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang])) AND ("2000"[PDat] : "2012"[PDat]))) OR (Pregnancy in Diabetics AND (Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang])) AND

("2000"[PDat] : "2012"[PDat])) AND (Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND ("2000"[PDat] : "2012"[PDat])))) AND (("social representation" OR perception OR meaning) AND (Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND ("2000"[PDat] : "2012"[PDat])))= 21 artigos

CINAHL

- (MH "Diabetes Mellitus, Gestational") AND (nursing OR nurse OR nurses)
- (((Pregnant OR pregnancy) AND diabetes) OR (MH "Pregnancy in Diabetes" OR MH "Diabetes Mellitus, Gestational")) AND (nursing OR nurse OR nurses)
- (representation OR perception OR meaning) AND (((Pregnant OR pregnancy) AND diabetes) OR (MH "Pregnancy in Diabetes" OR MH "Diabetes Mellitus, Gestational"))

Banco de Teses da CAPES

- diabetes gestação
- gravidez diabetes
- diabetes gestacional

Todos os termos acima foram relacionados individualmente com:

- Representações
- Percepções.

ProQuest Dissertations& Theses (PQDT)

- all("Pregnancy in Diabetes" OR "Gestational diabetes") AND all(nursing OR nurse OR nurses) = 24
- all((Pregnant OR pregnancy) AND diabetes) AND all(nursing OR nurse OR nurses) = 30
-
- all((Pregnant OR pregnancy) AND diabetes) AND all(representation OR perception)

Science Direct

TITLE-ABSTR-KEY(nursing OR nurse OR nurses) and TITLE-ABSTR-KEY(diabetes AND (gestation OR gestational OR pregnancy))

TITLE-ABSTR-KEY(nursing OR nurse OR nurses) and TITLE-ABSTR-KEY("Pregnancy in Diabetes" OR "Gestational diabetes")

TITLE-ABSTR-KEY((gestation OR gestational OR pregnancy) AND diabetes) and TITLE-ABSTR-KEY(representation OR perception)

SCOPUS

(TITLE-ABS-KEY(((gestation OR gestational OR pregnancy) AND diabetes)) AND TITLE-ABS-KEY((representation OR perception)))

10. COLETA DOS DADOS

Buscas com os descritores e palavras chave destacados nas bases de dados listadas.

11. CAPTAÇÃO DOS TRABALHOS

Após a inserção do termo chave e/ou descritores dos artigos nas bases de dados, será feita a leitura do título e do resumo dos estudos que emergirem. Os trabalhos que atenderem os objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

12. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos será realizada a leitura dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo do estudo. Em afirmativo, serão extraídas as informações necessárias e os achados serão organizados em uma tabela no Microsoft Excel de onde serão analisados a partir das categorias de afinidade que porventura venham a surgir.

13. INFORMAÇÕES A SER EM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Título
- Autor (es)
- Periódico
- Ano
- País de Origem
- Tipo de pesquisa
- Objetivos
- Referencial teórico-filosófico

- Referencial metodológico
- Principais resultados/ desfechos (quanti)/ categorias (quali)
- Sugestões de aprofundamentos ou novos estudos

14. DIVULGAÇÃO

Publicação dos achados deste estudo em periódico QUALIS A1 ou A2

Publicação dos achados deste estudo em periódico QUALIS A1 ou A2

15. CRONOGRAMA

Atividade	Período				
	DEZEMBRO 2011	JANEIRO A JULHO 2012	AGOSTO A DEZEMBRO 2012	MARÇO A MAIO 2013	
Elaboração protocolo	X				
Validação protocolo		X			
Busca dos estudos		X			
Seleção dos estudos		X			
Organização dos estudos em tabela		X			
Avaliação crítica dos estudos			X		
Análise dos dados coletados			X		
Discussão e Conclusões			X		
Elaboração manuscrito Literatura			X		X
Revisão					
Finalização do manuscrito					X
Encaminhamento do manuscrito para periódico					X

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



1ª via Participante 2ª via Pesquisador
 2ª via Pesquisadora 2ª via Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que possui como título “Representações Sociais do Diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação: Contribuições para o cuidado em Enfermagem e Saúde” que tem como objetivo conhecer as representações sociais do diabetes para as mulheres que o vivenciam na gestação. Esta pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias, orientada pela Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos. O estudo justifica-se pelo crescente aumento do diabetes em todas as partes do mundo, sendo que no Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência, com maior incidência em mulheres, considerando que a gestação aumenta o risco metabólico para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus Gestacional, o qual poderá desencadear danos à saúde da gestante e do(s) bebê(s), representando uma das principais causas de internações obstétricas e, ainda, que a gestação possibilita o agravamento da doença em mulheres portadoras de diabetes prévio à gestação em razão das alterações metabólicas que ocorrem durante a mesma.

A coleta de dados será por meio de uma entrevista, o que será necessário com sua prévia autorização, o uso de um gravador, a qual será transcrita e mostrada a você, e após sua concordância acerca do conteúdo é que utilizaremos no estudo.

Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos, tais como desconfortos relacionados a abordagem do tema e por despertar lembranças acerca do que você viveu ou está vivendo

agora, ou mesmo o constrangimento em responder alguma pergunta. Pode ser que também você esteja vivenciando algum processo doloroso do ponto de vista físico. A fim de minimizar o desconforto físico, a entrevista será realizada apenas quando seu quadro clínico estiver estabilizado e houver segurança. Comprometemo-nos em interromper a coleta de dados e ouvi-la com atenção aguardando a sua melhora e/ou encaminhá-la para profissionais da equipe de saúde, caso necessário.

No entanto sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões caso não se sinta a vontade ou a considere muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto. Caso ocorra necessidade, você será assistido e acompanhado pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, você estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar em enfermagem e saúde do ser mulher que vivencia a gestação tendo/ desenvolvendo diabetes em dois hospitais de referência no atendimento às mulheres com gestação de risco obstétrico no município de Florianópolis-SC. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios da pesquisa, inclusive para esclarecer dúvidas antes, durante e após a pesquisa, por um período de até cinco anos. Este termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao final.

INFORMAÇÕES DOS DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESSA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:

Pesquisadora: Doutoranda Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias - RG 1.966.972 SSP/SC

Endereço: Rua Vidal Ramos, n.224, Centro, Florianópolis, SC, CEP: 88.010-320, TEL (48) 9983-5616 (celular) Tel/FAX: (48) 37219480

E-mail: helodias@terra.com.br

Orientadora: Prof^a. Dr^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Endereço: Rua Presidente Coutinho 264, Centro, Florianópolis, SC,
CEP:

88.015-230. TEL: (48) 99690135 (celular) Tel/FAX: (48) 37219480
E-mail: gregos@matrix.com

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, CEP 88040900. Florianópolis, SC, Tel: (48) 3721-9206; E-mail: cep@reitoria.ufsc.br.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Carmela Dutra Rua Irmã Benwarda, 208, Centro, Florianópolis, SC, Tel (48) 3251-7500; E-mail: cep_mcd@hotmail.com

Observação: A qualquer momento você que participa de uma pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra 3º e 5º feiras das 8:00 às 12:00hs, por telefone/fax 3251-7500 ou email: cep_mcd@saude.sc.gov.br

Consentimento após informações

Eu, (nome completo da participante) -----, fui esclarecida sobre a pesquisa e aceito a participar desde que respeitadas às condições antes referidas.

Florianópolis/SC, _____ de _____ de 201__.

Ass. do Participante ou impressão digital

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Eu _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa, científico, médico e educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

Nome do paciente/indivíduo: _____

Assinatura: _____

Nome dos pais ou responsável: _____

Assinatura: _____

Se o indivíduo é menor de 18 anos de idade, ou é incapaz, por qualquer razão de assinar, o Consentimento deve ser obtido e assinado por um dos pais ou representante legal.

Nome do pesquisador responsável: _____

Nome do pesquisador: _____

Data e Local onde será realizado o projeto: _____

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA E DE OBSERVAÇÃO

Nº da observação

Local

Data

Hora

Duração

Caracterização da participante

Pseudônimo

- 1. Qual é a sua idade?**
- 2. Qual o seu estado civil?**
- 3. Há quanto tempo está com o atual companheiro?**
- 4. Até que série você estudou? E o seu companheiro?**
- 5. Você trabalha?**
- 6. Qual a sua ocupação/profissão?**
- 7. Qual a ocupação/profissão do seu companheiro?**
- 8. Onde você nasceu?**
- 9. Onde você reside e há quanto tempo?**
- 10. Quantas gestações você já teve?**
- 11. Teve algum aborto?**
- 12. Quantos filhos você tem?**
- 13. Qual a idade dos seus filhos?**
- 14. Qual a via de parto que cada um nasceu?**
- 15. Você possui uma religião? Qual? É praticante?**
- 16. Quantas pessoas moram na sua casa e qual o parentesco?**
- 17. Qual a renda mensal aproximada de sua família?**
- 18. Qual o tipo de Diabetes você tem?**
- 19. Há quanto tempo e como foi diagnosticado?**
- 20. Possui algum familiar com Diabetes?**
- 21. Sabe informar qual o tipo de Diabetes que este(s) familiar(es) possui/ possuem?**

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1. Conte-me sobre a sua experiência sobre ter e conviver com o diabetes durante a gravidez.**

- 2. Conte-me sobre seus sentimentos quando você descobriu que tinha diabetes.**
- 3. Quais foram suas percepções sobre algo não estava bem na gravidez?**
- 4. Quais foram as suas atitudes ou ações em relação ao diagnóstico do diabetes?**
- 5. Você possui alguma prática religiosa em relação ao diabetes? Quais são?**
- 6. Você tem enfrentado alguma dificuldade no sentido de controlar o diabetes na gestação? Quais foram as dificuldades?**
- 7. Como denomina sua condição de saúde frente ao diabetes?**
- 8. Qual a percepção que você tem de sua família em relação ao modo como ela encara sua condição de ser portadora de diabetes?**
- 9. Como é a participação dos familiares e amigos no seu processo de vivência do diabetes?**
- 10. Quais foram orientações recebidas dos profissionais durante as consultas e internações?**
- 11. Como se cuida/trata atualmente?**
- 12. Quais as formas de enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cuidado de si?**
- 13. Quais foram as suas percepções sobre o atendimento que recebeu no ambulatório e hospital?**
- 14. Quais foram ou tem sido as dificuldades enfrentadas durante a gestação relacionadas ao cotidiano?**
- 15. Quais foram as orientações e informações que você recebeu sobre o diabetes durante a gravidez?**

16. Como você está tratando seu diabetes? O que funcionou?

17. Que recomendações você recebeu para a sua diabetes na gravidez?

Questões 18 e 19 somente para as mulheres que desenvolveram o Diabetes Mellitus Gestacional:

18. O que você sentiu quando foi diagnosticado diabetes nesta gestação (diabetes gestacional)?

19. Você acredita em alguma possibilidade de desenvolver diabetes no futuro?

20. Quais são as expectativas sobre sua condição de saúde?

ANEXO A– PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFSC - Parecer de Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais do Diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação: contribuições para o cuidado em Enfermagem e Saúde

Pesquisador: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24959913.6.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: TCLE

Justificativa: Tais documentos visam atender as exigencias do Comitê de Ética da Maternidade

Data do Envio: 16/01/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 550.604

Data da Relatoria: 10/03/2014

Apresentação da Notificação:

Trata-se reapresentação de projeto de Doutorado de autoria de HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS, orientado por

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos e apresentado à Banca de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Objetivo da Notificação:

Conhecer as representações sociais do Diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação e suas contribuições para o cuidado em enfermagem e saúde.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **Município:** FLORIANÓPOLIS **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Telefone:** (48)3721-9208 **Fax:** (48)3721-9090 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 550.604

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora, "os riscos envolvidos com a participação na pesquisa serão mínimos, tais como desconfortos relacionados a abordagem do tema e por despertar lembranças acerca do que as participantes vivenciaram ou estão vivendo agora, ou mesmo, o constrangimento em responder alguma pergunta. Pode ser que também as participantes estejam vivenciando algum processo doloroso do ponto de vista físico. A fim de minimizar o desconforto físico, a entrevista será realizada apenas quando o quadro clínico estiver estabilizado e houver segurança. Comprometemos-nos em interromper a coleta de dados e ouvi-las com atenção aguardando a sua melhora e/ou encaminhá-la para profissionais da equipe de saúde, caso necessário. No entanto, a participação é voluntária, o que significa que as participantes poderão desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhes traga nenhum prejuízo ou penalidade. As participantes também têm o direito de não responder a questões caso não se sintam à vontade ou a considerem muito pessoal ou lhe causem incômodo falar sobre o assunto. Entretanto caso ocorra necessidade, as participantes serão assistidas e acompanhadas pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa. Como benefícios, aponta que, "embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, as participantes estarão contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar do ser mulher que vivencia a gestação tendo Diabetes, visando melhorar a qualidade deste processo de cuidar/cuidado."

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo descritivo de natureza qualitativa, utilizando como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais, definida como uma forma de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: oep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 550.604

conhecimento

socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que seguirá os pressupostos da Teoria das Representações Sociais, a ser realizada em duas maternidades referencias no atendimento a gestacao de risco obstetrico, ambas situadas no município de Florianópolis-SC. A coleta de dados será realizada mediante entrevista com mulheres que estão vivenciando a gestação atual, tendo qualquer forma de Diabetes (prévio à gestação ou desenvolvido na gestação atual, denominado de Diabetes Gestacional), maiores de dezoito anos, independente da escolaridade, condição socioeconômica, número de filhos, origem étnica, religião e que aceitem participar do estudo. Para o registro das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa, pediremos a permissão para gravar a entrevista, das quais resguardaremos o sigilo e anonimato. Após a organização das entrevistas e leitura exaustiva do material, o estudo constará de duas etapas: a primeira realizar-se-á a busca da análise temática das descrições experienciais e em seguida, procuremos identificar as unidades de significado e os temas essenciais do conjunto de dados. O passo seguinte será a reflexão embasada na Teoria das Representações Sociais e a parto. Porém, uma parcela considerável de mulheres poderão desenvolver posteriormente o Diabetes Mellitus Tipo 2.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora fez as modificações sugeridas no TCLE.

Recomendações:

Não ha.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9096 E-mail: oep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 550.604

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não ha.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 10 de Março de 2014

Assinador por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP MATERNIDADE CARMELA DUTRA - Parecer de Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais do Diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação: contribuições para o cuidado em Enfermagem e Saúde

Pesquisador: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24959913.6.3001.0114

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 605.218-0

Data da Relatoria: 17/01/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de Doutorado de autoria de HELOISA HELENA ZIMMER RIBAS DIAS, em busca de respostas à questão norteadora proposta ¿Quais as representações sociais do Diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação e suas contribuições para o cuidado em Enfermagem e Saúde?¿. Assim sendo, o presente estudo, poderá possibilitar reflexões e mudanças nas práticas do cuidado, identificando as barreiras que dificultam a comunicação dos profissionais com estas gestantes, contribuindo no cuidado especializado e na prevenção de possíveis complicações à mulher e ao(s) seu(s) bebê(s).

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as representações sociais do Diabetes para mulheres que o vivenciam na gestação e suas contribuições para o cuidado em enfermagem e saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos com a participação na pesquisa serão mínimos, tais como desconfortos relacionados a abordagem do tema e por despertar lembranças acerca do que as participantes vivenciaram ou estão vivendo agora, ou mesmo, o constrangimento em responder alguma pergunta. Pode ser que também que as participantes estejam vivenciando algum processo

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208		CEP: 88.015-270
Bairro: Centro		
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS	
Telefone: (48)3251-7626	Fax: (48)3251-7626	E-mail: oep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 605.218-0

doloroso do ponto de vista físico. A fim de minimizar o desconforto físico, a entrevista será realizada apenas quando o quadro clínico estiver estabilizado e houver segurança. A pesquisadora compromete-se em interromper a coleta de dados e ouvi-las com atenção aguardando a sua melhora e/ou encaminhá-la para profissionais da equipe de saúde, caso necessário. No entanto, a participação é voluntária, o que significa que as participantes poderão desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhes traga nenhum prejuízo ou penalidade. As participantes também têm o direito de não responder a questões caso não se sintam à vontade ou a considerem muito pessoal ou lhe causem incômodo falar sobre o assunto. Caso ocorra necessidade, as participantes serão assistidas e acompanhadas pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa. Como benefícios, a pesquisadora aponta que, "embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, as participantes estarão contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar do ser mulher que vivencia a gestação tendo Diabetes, visando melhorar a qualidade deste processo de cuidar/cuidado."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo descritivo de natureza qualitativa, na perspectiva do método exploratório-descritivo. Trata-se de uma pesquisa que seguirá os pressupostos da Teoria das Representações Sociais. Neste estudo sobre representações sociais de mulheres que vivenciam a gestação com DM (prévio ou não), o foco reside na aproximação com essas mulheres, buscando conhecer o que elas pensam, sentem e que ações desenvolvem na relação com o DM. Esse conhecimento se dá pela exploração das suas representações sociais e do contexto de produção e comunicação delas. A pesquisa será desenvolvida em duas instituições públicas, uma federal (UFSC) e outra estadual (MCD), que prestam assistência ambulatorial e de internação hospitalar, a gestantes de alto risco. Obedecendo a critérios de inclusão do estudo, as participantes do estudo serão gestantes com qualquer forma clínica de diabetes prévios à gestação e de mulheres com diagnóstico de DMG na gestação atual, independente do tempo de diagnóstico da doença em ambas as situações, com idade igual ou superior a 18 anos, internadas ou não, gestantes que frequentem o ambulatório de gestação de alto risco nas instituições hospitalares do contexto, e que concordarem em participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre

Endereço: Rua Imã Benwarda 208
Bairro: Centro CEP: 88.015-270
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-7626 Fax: (48)3251-7626 E-mail: oep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 605.218-0

e esclarecido o TCLE. Como critérios de exclusão, serão excluídas do estudo as gestantes menores de dezoito anos em razão do aspecto jurídico-legal e aquelas gestantes que não desejarem participar do estudo. Como a entrevista semiestruturada requer um tempo maior, tanto para a coleta quanto para a análise de dados, a pesquisadora argumenta que não é necessária a definição amostral prévia, visto que a representação manifestada por certo número de sujeitos poderia ser a mesma para um número maior (SÁ, 1998). Portanto, a pesquisadora chegará a um número-limite de participantes, quando houver saturação dos dados, ou seja, os temas se repetem. Isso significa que entrevistar mais sujeitos pouco acrescentaria de significado ao conteúdo da representação (SÁ, 1998). A coleta de dados tem previsão de início para o primeiro semestre de 2014, tendo seu término previsto para o final do mesmo, mediante a utilização da técnica de entrevista semiestruturada gravada conforme roteiro e guia previamente estabelecido (Apêndice A) para conduzir a entrevista, a qual será gravada em sua íntegra e transcrita para avaliação posterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Termo de Autorização da Direção.

Apresenta o TCLE.

Falta o Termo de Consentimento / Autorização das chefias onde será desenvolvida a pesquisa.

Recomendações:

Acatamos a recomendação do Comitê de ética da UFSC da pesquisadora de que a justificativa da pesquisa apresentada no TCLE, não precisa ser tão longa, uma vez que a metodologia, riscos e benefícios estão apresentados.

Sugerimos que o questionário seja aplicado no puerpério, pois neste momento as pacientes recebem todas as orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7826

Fax: (48)3251-7826

E-mail: cep_mod@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 605.218-0

FLORIANOPOLIS, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
Adriana Heberle
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 605218 gerado na data 27/01/2014 17:03:49, onde o número CAAE foi alterado de 24959913.6.0000.0121 para 24959913.6.3001.0114.

Endereço: Rua Imã Benwarda 208
Bairro: Centro CEP: 88.015-270
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-7626 Fax: (48)3251-7626 E-mail: oep_mod@hotmail.com

ANEXO C - INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011, DE 15 DE JUNHO DE 2011



Programa de
Pós-Graduação
em Enfermagem

Instrução Normativa 10/PEN/2011 Florianópolis, 15 de junho de 2011.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais

- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011