UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

LUCIANA FERREIRA KARSTEN

INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELITO GESTACIONAL NA QUALIDADE DE VIDA DA GESTANTE

LUCIANA FERREIRA KARSTEN

INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELITO GESTACIONAL NA QUALIDADE DE VIDA DA GESTANTE

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, na Universidade da Região de Joinville. Orientador: Jean Carl Silva

Catalogação na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

Karsten, Luciana Ferreira

Influência do diagnóstico de diabetes melito gestacional na qualidade de vida da gestante /Karsten, Luciana Ferreira; orientador Dr. Jean Carl Silva–Joinville:UNIVILLE, 2015.

64f. : il. ; 30 cm

K18i

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)

1. Diabetes. 2.Diabetes gestacional. 3. Mulheres grávidas.4. Qualidade de vida. I.Silva, Jean Carl. II. Título.

CDD 616.46209

Termo de Aprovação

"Influência do Diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional na Qualidade de Vida da Gestante"

por

Luciana Ferreira Karsten

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.

Prof. Dr. Jean Carl Silva

Orientador (UNIVILLE)

Profa. Dra/ Therezinha Maria Novais de Oliveira

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:

Prof Dr. Jean Carl Silva Orientador (UNIVILLE)

Prof. Dr. Murillo Ronald Capella (UNISUL)

Profa. Dra. Selma Cristina Franco

(UNIVILLE)

Joinville, 02 de abril de 2015

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir mais essa grande realização na minha carreira de docência.

Ao meu esposo por estar ao meu lado em todos os momentos e me incentivar a ter persistência e perseverança durante essa jornada.

Ao meu orientador, Dr. Jean Carl Silva, que ao me selecionar proporcionou uma nova fase de conhecimentos e mudanças na minha vida pessoal e profissional. Pessoa pela qual tenho profunda admiração e que foi excepcional em todos os momentos que precisei de orientação. Muito obrigada!

RESUMO

Objetivo: Como objetivo da pesquisa buscou-se identificar a influência do diagnóstico de Diabetes na qualidade de vida da gestante. Métodos: Estudo quantitativo, observacional, que entrevistou 127 gestantes com diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional no período de março a julho de 2014. As entrevistas foram realizadas individualmente, com o questionário de Ferrans & Powers (dividido em duas partes que coletavam o grau de satisfação e a importância da qualidade de vida) e coleta de dados maternos. Resultados: As médias e desvio padrão das características da casuística foram: 29,8 (DP: 7,0) anos na idade das gestantes; 2,7 (DP: 1,6) gestações prévias; IMC de 31,8 kg/m² (DP: 5,7); a confirmação da doença aconteceu com 24,6 (DP: 8,5) semanas e, as coletas dos dados em 32,5 (DP: 4,8) semanas de gestação; tempo de tratamento foi de 61,1 (DP: 64,7) dias; 71 gestantes (55,9%) utilizavam exclusivamente a dieta para controle glicêmico; 39,6% das entrevistadas possuiam renda familiar de 2 a 3 salários mínimos mensais; 24 (18,9%) gestante possuiam DMG prévia. A satisfação da QV observou-se no escore total de QV onde apresentou queda (26,7 vs 25,3; DP: 2,0 vs 2,3; p<0,01) e IQV saúde/funcionamento (26,8 vs 24,1; DP: 2,4 vs 3,4; p<0,01). Na satisfação em relação a importância da QV observou-se queda nos escores: IQV geral (27.0 vs 26,5; DP: 1,9 vs 2,4; p=0,07); IQV saúde/funcionamento (27,0 vs 25,9; DP: 2,5 vs 3,7; p<0,01); e, IQV socio-econômico (27,3 vs26,8; DP: 2,5 vs 2,7; p=0,14). Conclusões: Nossos dados demonstraram que houve queda na qualidade de vida das gestantes em relação antes e após o diagnóstico de DMG.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Gravidez. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Aim: As objective of the research looked for to identify the influence of the diagnosis of diabetes in the pregnant woman's quality of life. Methods: A quantitative, observational study, which interviewed 127 pregnant women diagnosed with Gestational Diabetes Mellitus in the period from March to July 2014. The interviews were carried out individually, with the questionnaire of Ferrans & Powers (divided into two parts that collected the degree of satisfaction and the importance of quality of life) and maternal data collection. Results: the average and standard deviation of the sample characteristics were: 29.8 (SD = 7.0) years at the age of pregnant women; 2.7 (SD: 1.6) previous pregnancies; BMI of 31.8 kg/m² (SD: 5.7); the confirmation of the disease happened to 24.6 (SD: 8.5) weeks and data collections at 32.5 (SD: 4.8) weeks; Treatment time was 61.1 (SD: 64.7) days; 71 patients (55.9%) used exclusively for the diet glycemic control; 39.6% of respondents possessed family income 2-3 times the minimum wage; 24 (18.9%) pregnant woman possessed prior GDM. The satisfaction of QOL was observed in the total score of QOL which fell (26.7 vs 25.3; SD: 2.0 vs 2.3; p<0.01) and IQV health/functioning (26.8 vs 24.1; SD: 2.4 vs 3.4; p<0.01). In satisfaction with the importance of QOL was observed drop in scores: overall QLI (27.0 vs 26.5; SD: 1.9 vs 2.4; p= 0.07); IQV health/functioning (27.0 vs 25.9; SD: 2.5 vs 3.7; p<0.01); and socio-economic QLI (27.3 vs 26.8; SD: 2.5 vs 2.7; p= 0.14) .Conclusions: Our data demonstrated that there was a decline in the quality of life of pregnant women compared before and after diagnosis of GDM.

Keywords: Diabetes Mellitu. Pregnancy. Quality of life.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Instrumentos medidores de Qualidade de Vida	12
Quadro 2. Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes	16
Quadro 3. Grupo de fatores de risco durante a gestação	17
Quadro 4. Classificação etiológica do Diabetes Mellitus	. 21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características maternas de 127 pacientes com DMG acompa	anhadas no
ambulatório da Maternidade Darcy Vargas. Joinville-SC, 2014	29
Tabela 2. Média e Desvio Padrão dos escores do Índice de Qualidade	de Vida em
gestantes com DMG acompanhadas no ambulatório da Maternidade Da	arcy Vargas.
Joinville-SC, 2014	30

LISTA DE SIGLAS

ADA American Diabetes Association

AQOLQ AsthmaQualityof Life Questionnaire

DMG Diabetes Mellitus Gestacional

DP Desvio Padrão

EORTC QLQ-C30 European Organization for Research and Treatment of Cancer,

FAMS Functional assessment of multiplesclerosis

HPL Hormônio Lactogênico Placentário

IG Idade Gestacional

IMC Índice de Massa Corporal

IOM Institute of Medicine

IQV Índice de Qualidade de Vida

LSQ Life Satisfaction Questionnaire

OMS Organização Mundial de Saúde

QV Qualidade de Vida

SF-36 The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TTOG Teste de Tolerância Oral à Glicose

UNICEF United Nations Children's Fund

WHOQOL World Health Organization to Access Quality of Life Group for

Researchin Quality of Life

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
1 OBJETIVOS	6
1.1 Objetivo Geral	6
1.2 Objetivos Específicos	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 Qualidade de vida	7
2.1.1 Instrumentos para medição da Qualidade de Vida	10
2.2 Gestação e Qualidade de Vida	14
2.3 Diabetes Mellitus e Qualidade de Vida	18
3 MÉTODOS	24
3.1 Delineamento	24
3.2 Critérios de inclusão e exclusão	25
3.3 Coleta de dados	25
3.4 Procedimento de análise dos dados estatísticos	27
3.5 Aspectos éticos	28
4 RESULTADOS	29
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	42
Anexo 1. Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos	43

Anexo 2. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos	da
Universidade da Região de Joinville	. 44
Anexo 3. Declaração de Anuência de Instituição co-participante	. 46
Anexo 4. Declaração de Exequibilidade de projeto de pesquisa	. 47
Anexo 5. Questionário de coleta de dados Ferrans & Powers	. 48
APÊNDICES	. 50
Apêndice 1.Coleta de dados maternos	51
Apêndice 2.Termo de consentimento livre e esclarecido	52
Apêndice 3. Artigo enviado para publicação cientifica	. 53

INTRODUÇÃO

A urbanização, o estresse diário, os afazeres do cotidiano, duplas e triplas jornadas de trabalho, fast food, falta de exercícios físicos geram em um grande número de indivíduos, doenças crônicas que podem acarretar um prejuízo na sua qualidade de vida. Independente do gênero sexual das pessoas, essas enfermidades podem prejudicar desde o convívio social à realização de tarefas simples de forma autônoma, ou em outros casos, como na gestante, trazer consequências para o feto. Esse cenário está intimamente interligado quando se leva em consideração que qualidade de vida está relacionada a fatores ambientais, econômicos, fisiológicos е culturais (MINAYO; HARTZ; BUSS, sociais. 2000;MORATO; KAWAKUBO; LUCHIARI, 2003).

As mulheres com o passar dos séculos conquistaram espaço na sociedade mundial através de dedicação e desenvolvimento do seu conhecimento a trabalhos que até então eram realizados por homens. Entretanto, juntamente dessa conquista a mulher também pode apresentar detrimento de sua qualidade de vida, pois, realiza trabalhos extenuantes, possui novas preocupações, é mãe, desenvolve trabalhos domésticos, estuda, aprimora-se, enfim, diariamente agregam-se em sua vida novos desafios e comprometimentos. Quando essa mulher inicia uma gestação, ela precisa adaptar-se de forma psicológica e fisiológica à nova fase (GOMES et al, 2008).

A gestante passa por alterações fisiológicas no seu organismo, necessárias para manter a nova vida e, para isso, umas das modificações que ocorre é o aumento da taxa de glicose circulante, a qual a priori, deveria ser metabolizada através da insulina que o pâncreas deveria estar produzindo. No entanto, em alguns casos isso não acontece ou então, em outros episódios, a gestante possui previamente algum problema de metabolização de carboidratos, acentuando-se na gestação, desenvolvendo, dessa maneira o Diabetes Melito Gestacional (FILHO et al, 1998).

Com esse quadro da fisiologia da gravidez juntamente com o aparecimento da doença crônica poderá haver a possibilidade dessa moléstia torna-se permanente, desde que não haja o comprometimento adequado da gestante em

relação ao tratamento. Dessa maneira, é indispensável que essa mulher conscientize-se do diagnóstico, bem como, adira ao tratamento e a seu auto cuidado (LANDIN; MILOMENS; DIÓGENES; 2008; ZANETTI et al, 2008). Frente à elevada taxa de pacientes diabéticos, especificamente, as gestantes diabéticas e a correlação desse tema com a influência do meio ambiente sobre a qualidade de vida do portador se fazem necessário aprofundar esse tema. Pois, essas relações podem influenciar o andamento do tratamento, devido as modificações que a doença acarreta sobre os domínios fisiológicos, socioeconômico e psicológico das gestantes.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Verificar a influência do diagnóstico de Diabetes na qualidade de vida da gestante.

1.2 Objetivos específicos

- Comparar a qualidade de vida das gestantes antes e após o diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional;
- Traçar o perfil das gestantes portadoras de Diabetes Melito Gestacional acompanhadas em um ambulatório de alto risco de maternidade pública.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade de vida

Ao longo dos anos a medicina sofreu inúmeras modificações e evoluções que avanços proporcionaram melhora na prevenção e tratamento de doenças, dessa forma, ocorrendo a cura para diversas enfermidades que anteriormente eram letais. No entanto, outras várias moléstias modificaram-se e constantemente continuam sendo estudadas e analisadas com o intuito de promover um melhor convívio com o seu portador, ou seja, para que esse indivíduo consiga uma qualidade de vida considerada adequada a ele (BUSS, 2000).

Nesse contexto, a qualidade de vida é um tema de suma relevância, vinculando-se as doenças que aparecem na sociedade e essa por sua vez sendo composta por diferentes pessoas, cada uma com suas virtudes e valores e, portanto com crenças ou saberes diferenciados sobre qualidade de vida e doença. Esses domínios, qualidade de vida, virtudes e valores são amplos e individuais de cada ser humano, porém, refletem-se sobre a sociedade em geral, afetando a compreensão de doença crônica e qualidade de vida (LIMONGI, 2006).

Na medida em que aumenta a longevidade, a qualidade de vida passa a ser estudada e interpretada de maneira abrangente, pois esse tema pode embasar ações terapêuticas, como por exemplo, auxilio no emagrecimento, educação voltada a prevenção e auxilio na interpretação e convívio de doenças crônicas e levantar dados comparativos entre o início e término de um tratamento. Isso é tanto verdadeiro, que é comum na prática da medicina desenvolver estudos que elenquem uma base de dados referentes a uma doença específica e seu impacto sobre a saúde e qualidade de vida do indivíduo e/ou população. É através de estudos na área da medicina que surgem de indicadores sobre qualidade de vida que podem

proporcionar auxilio para a indicação do melhor tratamento e acompanhamento médico ao paciente (SEIDL; ZANNON, 2004).

Assim, informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995).

Sendo implantado em uma conjuntura dinâmica e complexa, o termo Qualidade de Vida (QV) modificou-se e está constantemente sofrendo alterações, pois ele molda-se conforme a sociedade e o momento socioeconômico. Dessa maneira, é prudente discutir os fatores que podem alterar a QV: doença *versus* saúde; acesso ou não à educação, condições de transporte e de saneamento básico. Assim sendo, ter qualidade de vida depende do que o indivíduo considera importante a ele (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Observa-se uma visão polissêmica que conduz uma tentativa de hegemonia do seu conceito principalmente no mundo ocidental, onde as grandes cidades urbanizadas e com valores prédeterminados arrisca uniformizar e engessar a Qualidade de Vida e, principalmente quantificá-la. No entanto, pergunta-se como medir, averiguar e, principalmente, diagnosticar uma qualidade de vida adequada? E como interpretar a qualidade de vida juntamente com diagnóstico de uma doença podendo induzir a existência de alterações no padrão de vida do indivíduo? (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

De acordo com Belasco e Sesso (2006, p. 02), a ênfase atual da qualidade de vida é atribuída à degradação ambiental e do bem-estar humano, que provocam "o empobrecimento crítico das populações, a marginalização dos circuitos de produção e consumo e a marginalização cultural". Na perspectiva apresentada, a qualidade devida objetiva:

[...] ampliar perspectivas para a equidade social e diversidade ecológica e cultural, redimensionando as categorias qualitativas e reavaliando o estilo de vida urbano e a qualidade do consumo do trabalho, da distribuição de riquezas e do acesso aos bens e serviços (BELASCO; SESSO, 2006, p. 02).

Ininterruptamente a QV é deteriorada pelo consumismo exacerbado da sociedade ocidental, onde não compreende que a QV não é apenas um estado

momentâneo ou passageiro e, sim algo que está intrinsecamente ligado ao seu estilo de vida diário e ao longo dos anos sofrerá várias alterações. Continuamente, estudiosos lembram que ao conceito que QV devem-se agregar os valores materiais e não materiais, por exemplo: além de saneamento básico, educação, transporte, lazer, deve-se levar em consideração a inserção social do indivíduo, a oportunidade de amar, a sua liberdade de ir e vir, realizações pessoais e a sua própria felicidade (LALONDE, 1974).

Quando uma doença instala-se no indivíduo, indiferente se na sua forma crônica ou aguda, várias facetas são prejudicadas na vida e no cotidiano dessa pessoa, ou seja, a qualidade de vida sofre alterações em âmbitos relacionados diretamente à saúde, vida econômica, psicológica/espiritual e familiar. Pode-se observar, por exemplo, casos em que o paciente tem consciência da presença da moléstia e a necessidade de seguir o tratamento corretamente, no entanto, ele não o faz apesar de conhecer as consequências e repercussões sobre sua saúde. Visto dessa maneira, não basta apenas ter consciência da doença, porque a doença física atinge diretamente o emocional. Esses aspectos mais profundos internamente e inconscientes, podem impedir um apropriado controle da doença se esta não for internamente aceita(MARCELINO; DALVA; CARVALHO, 2005).

Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, pois as pessoas ao depararem com algo diferente e invasivo demonstram sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão (MARCELINO; DALVA; CARVALHO, 2005).

Para exemplificar o impacto de uma doença sobre a qualidade de vida do indivíduo, salienta-se um estudo realizado no Ambulatório de Clínica Médica de dois hospitais governamentais de ensino da cidade de São Paulo, onde foram entrevistados 71 pacientes de inúmeras doenças e, com estudo observou-se que as duas maiores incidências de doenças atendidas nesses estabelecimentos incluíam a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Com a pesquisa evidenciou-se que os indivíduos participantes colocaram como primeira importância na QV o bem estar material (moradia, emprego, alimentação, vestuário e segurança financeira), em seguida o bem estar físico no sentindo de ausência de doença e, por fim, o bem estar emocional. Outros aspectos como lazer/recreação, relacionamento familiar e

social e desenvolvimento pessoal, também foram mencionados, porém, em menor frequência. Essa pesquisa também conseguiu comprovar que a presença dessas doenças interferiu na qualidade de vida de forma direta ou indireta, mostrando que 67,6% dos entrevistados tiveram algum tipo de interferência em sua capacidade física, onde as limitações mais citadas foram o caminhar, realizar esforço físico, carregar peso, subir escadas e correr. Outros 64,8% mencionaram ter ocorrido interferência da doença no trabalho, estudos e atividades do lar. Além de desentendimentos familiares por alteração de humor, impaciência e desequilíbrio emocional argumentados por 32,4% dos pesquisados (MARTINS; PAULA; FRANÇA, 1996).

Para abranger a Qualidade de Vida de forma mais ampla a Organização Mundial da Saúde em 1948 redefine o conceito de saúde, levando em consideração o bem estar físico, mental e social (WHOQOL, 1995). A partir de então, a QV não é apenas a ausência de doença como anteriormente era abordada e reflete ao longo da história que todo o desenvolvimento da sociedade moderna apresenta abrangência de conceitos e interpretações sobre o processo saúde/doença e qualidade de vida (CAMPOS; NETO, 2008).

2.1.1 Instrumentos para medição da Qualidade de Vida

Anteriormente à década de 1990 eram observadas idéias confusas e dispersas sobre qualidade de vida, sendo que a partir desse período parece haver uma consolidação de dois grandes aspectos sobre a área: a subjetividade e multidimensionalidade. Ou seja, passa a ser considerado a interpretação da vivência do indivíduo e seus sentimentos relacionados a vida e sua avaliação nos vários patamares de sobrevivência (SEIDL; ZANNON, 2004). Dessa forma, para que os estudos realizados sobre QV absorvam a realidade dos entrevistados apenas o próprio indivíduo poderá responder os questionamentos propostos por cada instrumento de forma individual. Atualmente, há uma preocupação quanto ao

desenvolvimento de métodos avaliativos e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes (SEIDL; ZANNON, 2004).

Uma avaliação ideal da saúde pode incluir consequentemente, uma avaliação da saúde física, do funcionamento social e psicológico e uma mensuração da qualidade de vida do indivíduo. Tal avaliação poderia envolver aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Para conceber uma mensuração válida e confiável da qualidade de vida, vários domínios potencialmente independentes seriam necessários para abranger todos os aspectos importantes da qualidade de vida (THE WHOQOL GROUP, 1998). Na prática médica o intuito de preservar a qualidade de vida do indivíduo é possível através da prevenção, tratamento e reabilitação de enfermidades e para isso ser alcançado é comum utilizar instrumentos ou questionários que possam avaliar a eficiência e eficácia desses tratamentos sobre determinada doença (VELARDE-JURADO; AVILA-FIGUEROA, 2002). No Quadro 1 pode-se observar alguns instrumentos existentes avaliadores da qualidade de vida:

Quadro 1 – Instrumentos medidores de Qualidade de Vida.

Instrumento	Desenvolvedores	O que ele avalia
WHOQOL-100 – 1995	WHOQOL Group (World Health OrganizationQualityof Life Group) da Organização Mundial da Saúde	Avalia 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, aspectos do meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Composto de 100 questões.
WHOQOL-Bref (versão abreviada do WHOQOL- 100) - 1998	WHOQOL Group (World Health OrganizationQualityof Life Group) da Organização Mundial da Saúde	Avalia 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e aspectos do meio ambiente. Composto de 26 questões.
The Medical Outcomes Study 36- item Short Form Health Survey (Sf-36) – 1990	Estudiosos Waree Sherbourne nos Estados Unidos	Avalia capacidade funcional, aspecto físico, aspecto emocional, dor física, estado geral de saúde, vitalidade, saúde mental, aspecto social, avaliação de saúde atual e há 1 ano atrás. Composto de 36 itens.
FAMS (Functional assessmen to fmultiplesclerosis) – 1994	Publicada em 1996 por David Cella et al em Chicago	Avalia físico, emocional, social, comunicação, bem-estar e fadiga. Composto de 59 itens.
Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) – 1996		Qualidade da relação familiar, os sintomas físicos, situação socioeconômica, qualidade das atividades diárias, de impacto da doença e qualidade da relação com amigos. Composto de 34 itens.
Ferrans e Powers Índice de Qualidade de Vida (IQV) - 1984	Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers da Universidade de Ilinois em Chicago	Produz cinco pontuações: qualidade de vida em geral e em quatro domínios (saúde e funcionamento, o domínio psicológico/espiritual, o domínio econômico e social, e família).

Fonte: Do autor (2013).

Cada instrumento possui um conjunto de questões e produz dados específicos para quem o utiliza. Os questionários de qualidade de vida podem ser direcionados para a doença ou população em estudo, ou então, ser utilizado de forma geral. Dentro desse contexto podem-se classificar os instrumentos de medicação da qualidade de vida conforme o foco em genéricos, onde, são desenvolvidos com a finalidade de traduzir o impacto de uma determinada doença sobre a vida da pessoa e podem ser aplicados a qualquer população e instrumentos específicos que são capazes de avaliar de forma pontual determinados aspectos da

QV (SCATTOLIN, 2006). Além dessas classificações Duarte; Ciconelli (2006) apud Pedroso (2010, p. 07), "os instrumentos que medem a QV podem ser classificados quanto à aplicação como: avaliadores, preditivos e discriminativos [...]."

O instrumento preditivo é usado para classificar indivíduos em um conjunto de categorias de medidas pré-definidas, predizendo os resultados a partir de uma data atual. Geralmente as medidas preditivas são usadas como *screening* ou testes diagnósticos para identificar quais indivíduos têm ou desenvolverão uma condição específica no futuro. Já os instrumentos discriminativos medem diferenças entre sujeitos em um ponto no tempo. Eles podem ser usados em pesquisas para distinguir indivíduos ou grupos de acordo com sua condição de saúde (DUARTE; CICONELLI, 2006 apud PEDROSO, 2010).

Antes de escolher o instrumento a ser utilizado na pesquisa o autor necessita determinar qual será seu objetivo, após traçar as metas, escolhera-se o instrumento. No entanto, outro fator importante deve ser levado em consideração, todo instrumento deve ser validado. Segundo (RAYMUNDO, 2009, p.87):

A validade de conteúdo refere-se ao julgamento sobre o instrumento, ou seja, se ele realmente cobre os diferentes aspectos do seu objeto e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos.

Embora esses questionários sejam de fácil acesso, nem todos estão adaptados culturalmente e validados. O pesquisador pode criar e validar um instrumento para acultura em alvo seguindo as orientações específicas publicadas sobre cada etapa do processo. Porém, atualmente preconiza-se proceder com tradução e validação de um instrumento estrangeiro e não mais a construção de novos instrumentos, pois podem ser realizadas comparações interculturais de intervenções e de diferentes estados de saúde com benefícios relativos de tempo e custo (DUARTE; CICONELLI, 2006; SEIDL; ZANNON, 2004). A importância de utilizar um instrumento validado surge da necessidade de realizar um estudo que tenha comprovação, que é verdadeiro, para posteriormente, fornecer dados reais e importantes com a finalidade fornecer dados para a sociedade em geral podendo, dessa forma, auxiliar em tratamentos, diagnósticos e prognósticos, no caso de pesquisas na área da saúde. Além disso, a constatação da validade resulta do

acúmulo, por inúmeros meios, de várias provas, que correlacionadas e analisadas pronunciam escores e grau de estabilidade nas diferentes condições avaliadas no estudo (RAYMUNDO, 2009).

O pesquisador deve levar em consideração a exequibilidade do instrumento em relação à sua provável casuística, pois os diferentes níveis culturais podem alterar a confiabilidade das respostas, além de fornecer dados inespecíficos para as posteriores análises dos dados. Para tanto, é preciso que o instrumento a ser utilizado aborde de forma objetiva e de fácil entendimento os entrevistados, sendo relevante a explicação concisa do mesmo pelo pesquisador.

2.2 Gestação e qualidade de vida

Gestação normal, de alto risco e saúde da mulher estão intrinsicamente ligadas e podem influenciar a saúde da mulher, que não só se restringe à ausência de doença, mas abrange um universo muito maior. As questões de ordem interpessoal, social e econômica são as causas de suas preocupações. O processo de desenvolvimento da mulher parece ser acompanhado pelo conflito de papéis como a sobrecarga e descontinuidade de suas tarefas afetando a sua saúde física, social e mental. Para buscar uma nova maneira de viver digna e solidária, é imprescindível identificar o nível de qualidade de vida, de bem-estar e satisfação das mulheres. As políticas de saúde da mulher passaram por inúmeras modificações, pois os primeiros programas enfocavam apenas o momento da gravidez e do parto, levando a crer que o mais importante era proteger a criança ao nascer. Nos anos 80 criou-se o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) que introduz a perspectiva de atender à mulher em todas as fases de sua vida, considerando sua individualidade, necessidades e direitos, sem discriminação de raça e classe social (CARDENAS; CIANCIARULLO, 1999).

A gestação caracteriza-se pelo período de desenvolvimento do feto no útero, no qual há necessidade de nutrientes provindos da mãe que são fornecidos através dos

ajustes fisiológicos da gestante. Sendo assim, nesse período a saúde materna e fetal em harmonia é essencial para o adequado desenvolvimento desse novo ser. E, para tanto o organismo passa por inúmeras influencias de fatores genéticos, hormonais, ambientais e placentários. De acordo com o grau e o tipo de influência exercida por alguns desses fatores, detectam-se benefícios ou prejuízos no crescimento intrauterino. "É importante ressaltar que o padrão de crescimento fetal "normal", que alcança uma grande velocidade no terceiro trimestre da gestação, é bastante suscetível à influência dos fatores citados anteriormente" (FERREIRA et al, 2014, p.13).

No entanto, nem toda a gestação pode ser considerada "normal", ou seja, que está acontecendo dentro de parâmetros não patológicos para o binômio mãe e feto. Quando isso ocorre considera-se uma gestação de alto risco e, inúmeros problemas podem classificar a gestação dessa forma, sendo necessário, intervenções médicas para evitar grandes danos ou, então para prevenir maiores sequelas. Gestação de Alto Risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recémnascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (CALDEYRO-BARCIA et al, 1973).

O Ministério da Saúde determina marcadores para serem identificados e determinar se a gestação é de alto risco ou não que podem ser visualizados nos Quadros 2 e 3 (BRASIL, 2012b).

Quadro 2- Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes.

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura;
- Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis:
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida fumo e álcool:
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
- *A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Cabe salientar que, por força do Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanha mento pré-natal.

2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);

- Hemopatias;

Cont.

- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

Fonte: Brasil (2012b).

Os outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco:

Quadro 3 - Grupo de fatores de risco durante a gestação.

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos. 2.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Insuficiência istmo-cervical;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: Brasil (2012b).

Dentre os fatores de risco na gestação é mencionado o Diabetes Melito Gestacional, sendo que esse risco decorre do fato de haver uma maior morbimortalidade materna e perinatal. Uma vez identificadas, algumas condições de risco podem ser tratadas e 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 (BUCHABQUI; ABECHE; BRIETZKE apud FREITAS et al, 2002). A associação entre diabetes e gravidez é considerada condição de risco, pois se trata de doença com início insidioso, difícil controle glicêmico e que pode repercutir negativamente sobre a saúde materna e do feto (AQUINO et al, 2003).

2.3 Diabetes Mellitus e qualidade de vida

A Diabetes Mellitus é uma doença que assola a população mundialmente, sendo considerada nos dias atuais como um problema de Saúde Pública por diversos órgãos de saúde. Por ser uma síndrome metabólica importante e silenciosa que pode levar vários anos para demonstrar algum comprometimento sobre a saúde do indivíduo que a possui, a Diabetes deve ser diagnosticada o mais precocemente possível para que se possam controlar as consequências no organismo humano (BRASIL, 2006).

Fatos importantes devem ser apanhados nesse cenário de epidemia que fazem referência ao estilo de vida, ou seja, há uma metamorfose contínua deteriorante, a população mundial, através de sua modernização, ocidentalização e capitalização passaram a elevar seu grau de estresse, se exercitar menos e a alimentar-se errado. Hoje, adquirir bens materiais possui relevância importante e para isso torna-se necessário aumento da carga horária de trabalho diário, consequentemente, há intervenção na qualidade de vida do indivíduo e sua família. Exemplificando esse prognóstico, nas Américas o número de indivíduos diabéticos para o ano de 2000 chegava a uma projeção de aproximadamente 35 milhões e para o ano de 2025 estimava-se em torno de 64 milhões pessoas diabéticas (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Essa situação mundial além de trazer malefícios importantes para a qualidade de vida do indivíduo também onera os custos hospitalares que associado

a um sistema de saúde fragilizado pode tornar o tratamento disponível pouco acessível para a população. O paciente diabético quando é hospitalizado devido a complicações da doença vivencia longas permanências nas instituições hospitalares e, em muitas ocasiões apresenta acometimentos graves e irreversíveis. Sendo assim, o trabalho preventivo à ocorrência da doença é uma das soluções encontradas pela medicina para diminuir a sua incidência ou suas complicações (BRASIL, 2006).

A educação é parte integrante do tratamento, pois o controle adequado do diabetes torna-se irrealizável se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. É através da educação que os pacientes poderão melhorar sua qualidade de vida, permitindo sua plena integração na sociedade, com vantagens econômicas e sociais para ambos, o paciente e a sociedade. A maioria das internações e procura de ambulatórios para o tratamento de episódios agudos tais como: cetoacidose, hiper-hipoglicemias e infecções, poderiam ser evitados com a educação e treinamento desses pacientes. Objetivamente, a participação ativa desses indivíduos parece ser a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações secundárias (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, apesar de ser silenciosa, a Diabetes preocupa pelo alto índice de óbitos que se equipara a 50 mil ao ano, para diminuir esses números o Governo Federal desenvolve várias ações preventivas e de educação sobre a doença; anualmente ocorre o dia Mundial de prevenção da Diabetes onde as cidades no Brasil realizam atividades educativas e controladoras (BRASIL, 2012b). No último Dia Mundial do Diabetes em 2012, o Ministério da Saúde divulgou que a taxa de hospitalizações nos primeiros semestres dos últimos anos de 2010 a 2012 foram, em média, 72 mil e que essa taxa estabilizou devido a avanços nas ações desenvolvidas pelo órgão federal, entre elas, a ampliação do acesso a medicamentos gratuitos e a melhoria e expansão dos cuidados da Rede Básica de Saúde. Porém, no mesmo evento foi salientado a preocupação com a taxa de óbitos se comparados a outras doenças crônicas que mais matavam há alguns anos: em 2010, 54 mil brasileiros morreram devido ao Diabetes, ocorreram 12 mil óbitos devido ao vírus HIV e foram registrados 42 mil mortes devido a acidentes de trânsito. E, esse número pode ser ainda maior se considerado que a doença pré-dispõe ao aparecimento de outras comorbidades que também podem levar a morte (BRASIL, 2012b).

O paciente portador de Diabetes precisa compreender o que é a doença, bem como, sua origem, consequências a médio e em longo prazo e a importância da adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde vivenciam com frequência a baixa adesão dos pacientes diabéticos a esse tratamento, pois quando é preciso mudança nos hábitos alimentares e estilo de vida torna-se complexo fazer com que o paciente compreenda as possíveis consequências da negação a mudança. Nesse sentindo, a educação em saúde tem sido muito valorizada e considerada como parte integrante no tratamento de doenças crônicas. Contudo, se esses programas de saúde não levarem em consideração os aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais e as reais necessidades psicológicas da pessoa diabética eles tenderão a falha. A educação em saúde eficaz deverá considerar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam a adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos. Portanto, os pacientes devem ser considerados como seres que possuem realidades e vivências diferentes uns dos outros, pois as informações em saúde são fornecidas de maneira vertical, sem permitir maior participação dos pacientes e sem considerar o que esses já sabem e o que desejariam saber (PERES et al, 2007).

Receber o diagnóstico da doença não é algo tolerável por todo e qualquer paciente, muitas vezes, a negação do mesmo é algo que não deve ser discriminado e, sim, compreendido. O choque emocional que o indivíduo vivencia pode ser compreendido como sendo algo muitas vezes inadmissível e que não está acontecendo com ele. Nesse contexto, é imprescindível a compreensão do profissional da saúde em acolher esse paciente, porque nesse momento, ele deverá entender que possui uma doença crônica e a conviver com ela (PERES et al, 2007). As mudanças que ele deverá fazer em seu estilo de vida, em sua alimentação, a prática de exercício físico, os cuidados pessoais com roupas e higiene e, talvez o uso de medicações podem ser percebidos pelo paciente como uma incoerência e será um processo lento e inadiável (PERES et al, 2007).

A Diabetes Mellitus conforme sua ocorrência possui classificações ou tipos que podem ser divididas em quatro categorias: Tipo 1, Tipo 2, Diabetes Melito Gestacional e Outros tipos de Diabetes, além da Pré-Diabetes. Em todas as categorias caso não haja um acompanhamento adequado poderá haver danos à saúde do indivíduo. O Quadro 4 esquematiza os tipos de Diabetes:

Quadro 4 – Classificação etiológica do Diabetes Mellitus

I. Diabetes tipo 1

· destruição das células beta, usualmente levando à deficiência completa de insulina

A. Mediado imunologicamente

B. Idiopático

II. Diabetes tipo 2

• graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina

III. Outros tipos específicos

Defeitos genéticos da função da célula β (MODY, DNA mitocondrial)

Defeitos genéticos na ação da insulina (diabete lipoatrófico)

Doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, hemocromatose)

Endocrinopatias (acromegalia, síndrome de Cushing)

Induzido por drogas (glicocorticóides, tiazídicos)

Infecções (citomegalovírus, rubéola congênita)

Formas imunológicas incomuns (anticorpos contra receptor da insulina)

Outras síndromes genéticas (síndrome de Down, Turner, PraderWilli

IV. Diabetes Melito Gestacional (DMG)

Fonte: Maraschin(2010).

Frente ao conhecimento clínico da Diabetes, onde é uma doença que ainda não possui um tratamento absolutamente satisfatório, cujo principal objetivo em controlar a doença relfete-se sobre suas complicações crônicas, que possui um espectro alargado, uma vez que não existe praticamente nenhum órgão ou sistema que não possa ser afetado e dado que a prática clinica sugere que essas sequelas podem abranger um significado amplo sobre a qualidade de vida dos doentes, é natural aprofundar-se em temas que relacionem a qualidade de vida dos portadores de Diabetes Mellitus. Silva et al (2003), relatou que a investigação sobre o tema, de uma forma geral, sugere que a qualidade de vida diminui à medida que o número de complicações crônicas que o doente possui aumenta ou agrava-se. Em seu estudo, Silva et al (2003), conseguiu relacionar a queda na qualidade de vida sobre dominios funcionais de sua casuística em relação a complicações crônicas e especificas, doentes com microangiopatia, catarata e neuropatia autonômica diminuiram o funcionamento físico e de saúde dos entrevistados. Em relação a saúde sexual houve perda de qualidade de vida no dominio de saúde mental. De uma forma geral esse autor sugere que há um perda na qualidade de vida dos portadores de Diabetes em relação a parte de funcionamento físiso, mental e decréscimo na saúde (SILVA et al, 2003).

Em outro estudo recente, datado de 2011, também se avaliou a qualidade de vida em portadores de Diabetes e constatou-se que sofrimento emocional não apresentou significado importante sobre diminuição do índice de qualidade de vida, no entanto, fatores físicos apresentaram grau de relevância maior, onde o autor salienta que a sua população de entrevistados ressalta a importância da realização de atividade física (SOUZA et al, 2012).

Na Diabetes Melito Gestacional (DMG), o corpo da gestante passa por alterações metabólicas de forma benéfica para a mãe, feto e placenta. O metabolismo materno se adapta para nutrir de forma adequada a unidade feto-placentária em desenvolvimento e, quando ocorre a diabetes as alterações metabólicas tornam-se mais complexas. A gestação, por si só, é considerada uma situação diabetogênica para a mulher, pois os hormônios produzidos pela placenta tanto interferem na produção de insulina quanto modificam a utilização da glicose materna. A obesidade crescente dos últimos anos, faz com que mais mulheres em idade fértil apresentam risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 e DMG. A prevalência deste último varia de 3 a 14% dependendo da população estudada e do método utilizado para sua detecção (ABI-ABIB et al, 2014).

A DMG deve ser diagnosticada precocemente para minimizar os efeitos adversos dessa desordem metabólica sobre a mãe e o filho. As consequências para o concepto de uma gestante diabética sem tratamento estão associadas ao risco aumentado de morte fetal de causa desconhecida, tocotraumatismo, parto prematuro e parto cesáreo, macrossomia, hipoglicemia neonatal, hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia, malformações congênitas, além de poder levar a obesidade a médio e longo prazo (GROSS et al, 2002). Além dessas consequências, DMG aumenta substancialmente a chance de desenvolver diabetes após o parto, de acordo com alguns estudos mostra-se que este risco é de aproximadamente 40% após um período de seguimento de 10 anos (LAUENBORG et al, 2004).

Deitra; Shannon; Perry (2002), salientam que os avanços observados nas últimas duas décadas, nas áreas de obstetrícia e pediatria, ocorreu uma melhoria do

controle glicêmico durante a gestação levando a uma significativa diminuição da morbimortalidadeperinatal. Embora o uso da insulina nas gestantes diabéticas tenha resultado em significativo aumento da sobrevida materna, fetal e neonatal, as complicações ainda continuam presentes. Torna-se necessária uma supervisão adequada destas gestantes as quais dependerão da monitorização rígida do controle glicêmico pré e pós-concepção, cuidadosa assistência obstétrica e na maioria das vezes internação hospitalar. As gestações em mulheres com diabetes mellitus têm apresentado resultados que melhoraram dramaticamente nas últimas décadas, em razão dos progressos com a monitorização das glicemias e administração de insulina (DEITRA; SHANNON; PERRY, 2002).

Apesar da eficiência do tratamento, as gestantes diabéticas relacionam o diagnóstico e a presença da doença como algo temeroso, por não ser esperado e, ao contrário do que acontece com as mulheres que possuem diabetes prévio à gestação (DM tipo I ou II), aquelas que se descobrem diabéticas no decorrer da gravidez atual, têm o acréscimo de uma condição de risco que extrapola as peculiaridades inerentes a qualquer gestação de baixo risco. Para que o tratamento seja eficiente e haja uma vivência satisfatória da gestação, destaca-se que a gestante deve ser proativa no seu cuidado, facilitando, assim, a convivência com a condição de risco imposta pelo DMG. Para isso, ela precisa ser informada sobre os cuidados que necessita ter consigo, além de estar ciente das consequências que a negligência com o tratamento pode causar (SCHMALFUSS; PRATES; AZEVEDO, 2014). Além desse ponto primordial de auto cuidado, deve ser inserido no acompanhamento da gestante o contexto social, econômico, ambiental e familiar, prática de atividade física, controle da dieta e crenças, valores, hábitos e padrões comportamentais de cada gestante (SCHMALFUSS; PRATES; AZEVEDO, 2014). Embasado nesses pontos, a gestação de alto risco devido a DMG poderá ser menos impactante sobre a qualidade de vida da gestante e sua familia.

3 MÉTODOS

3. 1 Delineamento

Estudo quantitativo, observacional, que avaliou a qualidade de vida antes e depois do diagnóstico da Diabetes Melito Gestacional.

A amostra constou de 127 gestantes entrevistadas no Ambulatório da Maternidade Darcy Vargas de Joinville – Santa Catarina no período de março a julho de 2014.

A Maternidade Darcy Vargas (MDV) de Joinville é uma instituição hospitalar gerenciada pelo Estado de Santa Catarina que tem como missão prestar assistência segura e humanizada à saúde integral da mulher, recém-nascidos e família, observando os princípios éticos. Auxiliar na formação de profissionais nas áreas correlatas e promover o bem estar no ambiente de trabalho, educação e saúde à comunidade e preservação do meio ambiente. A MDV atende no seu ambulatório gestante com Pré-natal de Alto Risco, encaminhadas de Unidades Básicas de Saúde de Joinville e Região, além de consultórios particulares.

Foram analisados:

- Comparação da qualidade de vida das gestantes antes e após o diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional;
- Traçado o perfil das gestantes portadoras de Diabetes Melito Gestacional acompanhadas em um ambulatório de alto risco de maternidade pública.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa: gestantes maiores de 18 anos, com gestação única, diagnóstico comprovado de Diabetes Melito Gestacional conforme preconizado pela American Diabetes Association (STATEMENTS, 2012), acompanhadas no setor de Pré-Natal de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas que compareceram nas consultas no período de março a julho de 2014, não tinham enfermidade associada e sem mal formação fetal diagnosticada. Foram excluídas da amostra as pacientes que desistiram de participar do estudo durante a aplicação do questionário.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no ambulatório da Maternidade Darcy Vargas. As gestantes que realizavam o acompanhamento gestacional no Pré Natal de alto risco no ambulatório possuíam previamente o diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional, sendo provenientes da rede básica de saúde ou consultórios particulares.

Para realizar a coleta as gestantes, elas eram individualmente chamadas na sala de espera onde aguardavam para realizar consulta médica e controle de glicemia durante o pré-natal.

A gestante era encaminhada para uma sala reservada onde a pesquisadora realizava a explicação sobre a pesquisa e lhe descrevia o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), no qual a entrevistada assinava e ficava com uma cópia assinada pela pesquisadora.

Após essa assinatura, a pesquisadora iniciava o diálogo com a gestante para a coleta de dados, onde solicitava à entrevistada a sua carteira de gestante, para

coletar os dados maternos (idade, idade gestacional no diagnóstico, número de gestações, diabetes gestacional anterior, se na gestação anterior foi parto cesárea ou se houve aborto, endereço, telefone, índice de massa corpórea (SAÚDE, 2004), condições sócio-econômicas familiares, tempo e tipo de tratamento (dieta, hipoglicemiante oral e/ou insulina)). Em algumas coletas, devido ao preenchimento errôneo ou falta de dados na carteira da gestante, se fez necessário completar os dados da pesquisa através da busca ativa dos dados no prontuário das gestantes.

Após essa coleta inicial, a pesquisadora aplicava o questionário de Ferrans & Powers (ANEXO 5). O questionário sobre qualidade de vida de Ferrans & Powers – Quality of Life Index – Diabetes Version III, utilizado foi devidamente validado e traduzido, sendo desenvolvido pela enfermeira (PhD) Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers da Universidade de Illinois de Chicago (Estados Unidos) em 1984 para medir a qualidade de vida em termos de satisfação com a vida. Esse questionário é constituído por 34 questões de perguntas fechadas e com respostas que são enumeradas de 1 (sem importância) a 6 (muito importante), refletindo a satisfação com os aspectos da vida que são valorizados pelo indivíduo. O valor da importância que o entrevistado refere é sobre inúmeros questionamentos gerais sobre a qualidade de vida. Essas 34 questões são agrupadas em cincos domínios pré-estabelecidos por seus desenvolvedores: índice geral de qualidade de vida, índice de qualidade de vida socioeconômico e índice de qualidade de vida psicológico e espiritual.

No segundo momento da entrevista, a pesquisadora explicava qual a finalidade do questionário Ferrans & Powers, bem como ele era estruturado e quais as repostas que a gestante deveria fornecer (numeração e o significado que cada resposta). Era salientado a gestante que não havia questões com respostas corretas ou incorretas e que as respostas a cada questão era fruto de sua interpretação, portanto a gestante deveria pensar por alguns segundos antes de responder. Para que a gestante pudesse responder o questionário era preciso que a mesma lembrasse como eram seus hábitos antes do diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional e após esse diagnóstico. Sendo assim, as 34 perguntas foram aplicadas duas vezes na mesma entrevista, pois o questionário é dividido em duas partes, totalizando 68 respostas. A primeira parte questionava a gestante o quanto ela

estava satisfeita com sua vida; e, na segunda parte buscou apanhar quais os itens que ela considerava mais importante para sua vida.

Essas 68 respostas foram dispostas em uma planilha do programa Microsoft Excel®, pré-estabelecida na sua organização e dados calculados pelo Doutor Derek J. McEntee (responsável peloSistemas de saúde da Universidade da Carolina do Leste, do County Memorial Hospital), que fornecia um escore em cada um dos cinco domínios, para posteriormente serem analisados conforme avaliação dos dados estatísticos da pesquisadora.

Na determinação estabelecida pelos desenvolvedores, após o lançamento das respostas na planilha do programa Microsoft Excel®, cada domínio gerou um escore individual que apresenta pontuação máxima em qualidade de vida no valor de 30, abaixo desse valor, os desenvolvedores sugerem que a qualidade de vida seja avaliada conforme a perspectiva de cada estudo, ou seja, não há uma determinação especifica mencionando valores para sugerir menor ou uma média qualidade de vida do pesquisado. Dessa forma, o escore que foi resgatado com o estudo é comparado com valores de outras pesquisas.

3.4 Procedimentos de avaliação dos dados estatísticos

Após a coleta, todos os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel® e posteriormente feita análise estatística pelo programa SPSS versão 21. Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através do cálculo de médias e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas calcularam-se frequências absolutas e relativas. Para a análise da hipótese de igualdade entre a média dos dois grupos foi utilizado o teste t de Student. Quando a suposição de normalidade foi rejeitada utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

3.5 Aspectos éticos

A pesquisa respeitou o sigilo da identidade das pesquisadas conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2013) e utilizou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com a autorização das gestantes para participarem da pesquisa (APÊNDICE 2). As entrevistadas possuíam o direito de não participar do estudo sem sofrer algum tipo de penalidade.

Os dados incluídos na pesquisa foram mantidos em sigilo, sem identificação das pacientes pelos pesquisadores, sendo os riscos mínimos, pois foram usados dados secundários coletados rotineiramente no serviço de saúde.

O projeto não apresenta conflito de interesse, pois os pesquisadores não têm relação com nenhuma indústria de medicamentos, equipamentos ou materiais utilizados na pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade da Região de Joinville com número de protocolo 492.552/2013 (ANEXO 2). E após, buscou-se a autorização no Departamento de Pesquisa da Maternidade Darcy Vargas (ANEXO 3).

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 127 gestantes com diabetes gestacional, sem outras cormorbidades, maiores de 18 anos, sem gemelares ou mal formação congênita.

Deste modo abaixo segue a Tabela 1 que mostra as características dos dados maternos das entrevistadas.

Tabela 1. Características maternas de 127 pacientes com DMG^c acompanhadas no ambulatório da Maternidade Darcy Vargas. Joinville-SC, 2014.

Variável	Média (DP) ^a	Frequência (%)b
Idade	29,8 (7,0)	
Gestações totaisd	2,7 (1,6)	
IMC ^e	31,8 (5,7)	
IGf diagnóstico (semanas)	24,6 (8,5)	
IG coleta (semanas)	32,5 (4,8)	
Tempo de tratamento (dias)	61,1 (64,7)	
Tipo de Tratamento		
Sem tratamento		11 (8,7)
Dieta		71 (55,9)
Dieta e hipoglicemiante oral		28 (22,0)
Dieta, higoglicemiante oral e insuli	na	10 (7,9)
Dieta e insulina		7 (5,5)
Renda familiar (salários mínimos)		
Menos de 1		5 (3,9)
1		13 (10,2)
2 a 3		49 (38,6)
3 a 5		45 (35,4)
Mais de 5		15 (11,8)
Presença de DMG prévia		
Sim		24 (18,9)

^a Média e desvio padrão; ^b Frequência e percentil; ^c Diabetes Mellitus Gestacional; ^d número de gestações prévias; ^e índice de massa corpórea; ^f idade gestacional.

A Tabela 2 mostra as satisfações e a importância da qualidade de vida para a casuística utilizando o instrumento de Ferrans e Powers – Quality of Life Index – Diabetes Version III. Observa-se nessa tabela que houve alteração na percepção da

importância da qualidade de vida da gestante no domínio IQV geral e saúde e funcionamento com p<0,01 e uma queda no índice geral de qualidade de vida e saúde e funcionamento.

Tabela 2. Média e Desvio Padrão dos escores do Índice de Qualidade de Vida em gestantes com DMG acompanhadas no ambulatório da Maternidade Darcy Vargas. Joinville-SC, 2014.

Domínios		Antesa	Atual ^b	Valor
Dominios		N=127	N=127	p_c
IQV Geral ^d	Satisfação	26,7 (2)	25,3 (2,3)	<0,01
	Importância	27,0 (1,9)	26,5 (2,4)	0,07
IQV Saúde/Funcionamento ^e	Satisfação	26,8 (2,4)	24,1 (3,4)	<0,01
	Importância	27,0 (2,5)	25,9 (3,7)	<0,01
IQV Família ^f	Satisfação	28,1 (2,4)	28,1 (2,4)	0,986
	Importância	28,3 (2,4)	28,8 (1,9)	0,05
IQV Sócio-econômicog	Satisfação	26,8 (2,9)	26,1 (3,0)	0,078
	Importância	27,3 (2,5)	26,8 (2,7)	0,14
IQV Psicológico/Espiritualh	Satisfação	27,5 (2,9)	27, 0 (3,0)	0,196
	Importância	28,1 (2,7)	28,0 (2,7)	0,8

^a Média e desvio padrão antes do diagnóstico DMG; ^b Média e desvio padrão após o diagnóstico de DMG; ^c Valor de *p* calculado pelo Teste *t*Student; ^d Índice de qualidade de vida geral; ^e Índice de qualidade de vida sobre a saúde e funcionamento; ^f Índice de qualidade de vida familiar; ^g Índice de qualidade de vida sócio-econômico; ^h Índice de qualidade de vida psicólogico e espiritual.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a realização da coleta e a tabulação dos dados das 127 participantes do estudo que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa, foi traçado o perfil das entrevistadas os seguintes dados de média de desvio padrão: idade das gestantes de 29,8 anos (DP: 7,0), 2,7 (DP: 1,6) gestações prévias. Das 127 gestantes, 29,13% haviam apresentado duas gestações e apenas 1 gestante estava passando pela primeira gestação no ato da entrevista.

Ainda em relação aos dados maternos, o índice de massa corpórea (IMC) observado na amostra foi na média de 31,8 kg/m² (DP: 5,7), ou seja, estavam classificadas como obesidade. Segundo o Institute of Medicine (2009), os indivíduos com um IMC maior ou igual a 30 kg/m² são considerados obesos. Em nossa amostra, não há nenhuma gestante com baixo peso (com um IMC≤ 18,5 kg/m²) e 59,84% das entrevistadas estavam obesas. Em um estudo realizado por Krebs et al (2014), observa-se que 52,5% das gestantes diabéticas estavam acima do peso recomendado. A relação entre excesso de peso e diabetes está bem estabelecida na literatura (RUDRA et al, 2007; HEDDERSON; GUNDERSON; FERRARA et al, 2008). Por volta da 18ª semana de gestação, tem início a resistência à ação da insulina que progride no terceiro trimestre, onde a sensibilidade periférica a esse hormônio cai para 50% e a produção hepática aumenta para 30% em relação ao início da gestação. Sendo assim, essa resistência insulínica associada ao aumento do tecido adiposo materno e da produção placentária de hormônios diabetogênicos, incluindo hormônio do crescimento, cortisol, hormônio lactogênio placentário e progesterona, formam um círculo vicioso do DMG (ABI-ABIB et al, 2014).

Já, em relação à média da idade gestacional no diagnóstico, observou-se que a confirmação da doença aconteceu no segundo trimestre de gestação (24,6 semanas com DP: 8,5) e, as coletas dos dados foram na média em 32,5 semanas de gestação (DP: 4,8). Durante esse período, a média do tempo de tratamento foi de 61,1 dias (DP: 64,7), perfazendo aproximadamente 15 semanas de gestação.

Durante o período de tratamento, 71 gestantes (55,9%) utilizavam exclusivamente a dieta para controle glicêmico e, em segundo lugar utilizou-se a associação da dieta com o hipoglicemiante oral perfazendo 22% das entrevistadas (28 gestantes). Esses dados são igualmente comparados com estudo realizado por ABI-ABIB *et al* (2014), onde aproximadamente 50 a 80% do tratamento de DMG utilizam-se exclusivamente a dieta para controle glicêmico.

Conforme o protocolo para diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional preconizado pela American Diabetes Association (ADA) o rastreamento deve ser realizado na 24ª a 28ª semana de gestação, isso porque no primeiro no trimestre de gestação a glicemia tende a ser mais baixa e, então no segundo trimestre eleva-se esses níveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006). Conforme Moretto (2001), muitas vezes o diagnóstico de diabetes acontece tardiamente na gestação. Uma das prováveis causas desse atraso é a dificuldade de conseguir consulta de pré-natal na rede pública de saúde

A renda familiar de 49 entrevistadas (38,6%) consta de 2 a 3 salários mínimos mensais.

Outro dado que apresenta relevância, refere-se ao antecedente de Diabetes Melito Gestacional, sendo que das 127 gestantes, 24 (18,9%) apresentaram a doença em outras gestações. A prevalência de DMG varia de 1 a 14%, depende da população estudada e dos critérios de diagnóstico empregados. Em média, no Brasil 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional, resultando em mais de 200.000 casos/ano (WEINERT et al, 2011; BOLOGNANI; SOUZA; CALDERON; 2011).

Normalmente a gestação é um período que aumenta o grau de preocupações da mulher. Essas preocupações geralmente giram em torno dos diferentes momentos da gravidez nas suas vidas; das questões financeiras que a gestação e o bebê acarretarão; da relação com o marido, que poderá ficar afetada em virtude do ciúme ou alteração na sexualidade que a gestação desencadeia; do medo de gerar um bebê com problemas de saúde ou malformado; e do medo em relação ao momento do parto (ÁVILA, 1998). Estudo relata que essas preocupações acentuamse em gestantes diabéticas, devido à incerteza do prognóstico e andamento da gestação (MORETTO, 2001).

Nesse contexto, verifica-se o grau de satisfação das gestantes e ao comparar os resultados desta satisfação antes e após o diagnóstico de DMG, há referência na queda do escore total de QV. Essa queda é reflexo sobre o IQV saúde/funcionamento. Estudos demonstram que o ato de modificar a alimentação, o uso de insulina ou hipoglicemiantes orais são determinantes para a insatisfação do paciente diabético, pois além de serem hábitos culturais, muitas vezes parte do pressuposto que a dieta balanceada é obrigatoriamente entendida como um regime e, que difere essa pessoa das demais perante o seu convivio social. O ato de entender a doença e aceitá-la não é uma tarefa fácil a ser cumprida, bem como, passa por inúmeros impasses ao longo do tratamento, que podem resultar em maleficios para o binômio mãe-filho (PERES et al, 2007).

Podemos observar que o IQV psicológico/espiritual de forma geral, praticamente não apresentou alteração na avaliação das gestantes entrevistadas (a pontuação do escore geral é de 28). Apesar de outras pesquisas levantarem que o período gestacional pode diminuir o funcionamento físico, vitalidade e aspectos sociais alterando o funcionamento psicológico e espiritual da mulher. E, esses aspectos poderiam reduzir o bem-estar e qualidade de vida das gestantes (TENDAIS et al, 2011). Além disso, outros autores afirmam que o apelo religioso auxiliano enfrentamento da gestação de alto risco, pois a "fé" e a "esperança" se fazem presentes, e são imprescindíveis para o controle de seu estado emocional (DOURADO; VELOSO, 2007; REZENDE, 2012).

Na pesquisa, não houve alteração do IQV familia, sendo que nesse quesito várias pesquisas apontam que a constituição de uma familia é algo muito esperado e ocasiona várias expectativas para a gestante. Quevedo, Lopes, Lefèvre (2006) abordam que, apesar das gestantes saberem de riscos e cuidados deuma doença crônica sobre a gestação, elas, convivem com ambas, por mais que possa haver alternância no significado geral da maternidade quando associado a uma doença. Outro ponto importante relaciona-se com o alicerce indispensável que o convivio familiar traz para a gestante, pois o suporte familiar é fundamental, visto que, além do período gestacional há incluso o Diabetes Melito Gestacional, necessitando de um processo educativo de todos os envolvidos no cuidado, guiado por valores e crenças do próprio paciente e de seu núcleo familiar acerca da doença (ZANETTI et al, 2008). Ressaltamos dessa forma que a organização familiar influencia fortemente

o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona. Assim, inferese que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e alcançar as metas do seu tratamento (WRIGHT, 2002; ARMOUR, 2005; FERRAZ et al; 2000).

O IQV sócio-econômico também não apresentou valores significativos de impacto sobre os resultados gerais. Rezende (2012), em seu estudo onde pesquisou a Qualidade de Vida em gestantes de alto risco, conseguiu averiguar que a situação sócio-econômica está relacionada às condições habitacionais, de higiene e alimentares e o resultado que ela obteve não demonstrou interferência sobre a QV, pois suas entrevistadas relacionaram o ambiente familiar como grande item desencadeador para déficit em QV, devido a ausência de um relacionamento conjugal estavél, onde a mãe solteria não possui um cônjugue para dividir as despesas e sustento da familia, diminuindo sua qualidade de vida.

Os mesmos índices de QV foram novamente analisados, através do grau de importância da QV para a gestante e apresentaram queda nos escores de IQV geral antes e após o diagnóstico, de 27,0 (DP: 1,9) para 26,5 (DP: 2,4). Além do IQV saúde/funcionamento de 27,0 (DP: 2,5) para 25,9 (DP: 3,7) e, houve um terceiro escore alterado, porém de pouca relevância que é o IQV socio-econômico, onde antes do diagnóstico era de 27,3 (DP: 2,5) e após o diagnóstico é de 26,8 (DP: 2,7). Meneguin e Xavier (2013), em seu estudo obtiveram queda nesse mesmo índice de IQV, onde sua casuísta explica essa queda devido a gravidez não planejada e ao desemprego. No presente estudo não foi abordado o motivo da insatisfação do domínios acima, apresentando uma fragilidade nos resultados comparativos.

Com certeza avaliar índice de qualidade de vida não é uma tarefa fácil, pois trata-se de um dado subjetivo. No entanto, nesse estudo quantificamos esse escore para obter melhor visualização desse índice. Meneguin e Xavier (2013), salientam que apesar de seu estudo com gestantes cardiopatas não ter apresentado queda geral da QV das entrevistadas, índices isolados possuiam tendência a queda, devido ao estado socio-econômico da gestante e, a maternidade ser considerada um processo de inúmeras transformações tornando-se complexo para a mulher. Associando esse cenário a uma doença, há gradativamente o aumento das

preocupações e anseios. Parsons et al (2014), levantam a dificuldade de achar estudos específicos sobre as evidências dos efeitos metabólicos da DMG e, salientam a importância de pesquisas que tragam à tona esses efeitos.

Contudo, algumas limitações deste estudo devem ser reconhecidas. A escassez de estudos sobre a qualidade de vida em pacientes gestantes dificultou a comparação de nossos resultados; nesse estudo, foi não foi abordado os possiveis motivos da insafistação que conduz à queda da escore de qualidade de vida; e, o instrumento utilizado não possui um parâmetro específico para analisarmos o grau de qualidade de vida da casuísta. Mas, por outro lado, mostrou que futuras pesquisas certamente devem ser conduzidas nesta área.

CONCLUSÃO

A intenção deste estudo foi identificar a influência do diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional sobre a qualidade de vida da gestante e traçar o perfil das gestantes portadoras da doença. Para tanto, realizou-se um estudo comparativo entre os resultados obtidos antes e após o diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional. Considero que os objetivos foram alcançados e responde aos propósitos da Linha de Pesquisa Saúde e Meio Ambiente, pois essa doença está intrinsecamente relacionada com o meio social e ambiental da gestante.

Os achados desta pesquisa permitem afirmar que o diagnóstico de Diabetes Melito Gestacional altera a qualidade de vida da gestante, no entanto, são dados subjetivos que fornecem a perspectiva da casuística estudada.

Observou-se queda no IQV geral, sobre reflexo de queda do IQV saúde/funcionamento. Esses dados são específicos, porém não foram pesquisadas as circunstâncias que favorecem a essa queda.

Esse estudo demonstra a importância de levar em consideração a vivência das gestantes diabéticas, bem como, essas vivências assumem papéis importantes para o tratamento e andamento da gestação. No entanto, devido à escassez de outras pesquisas nesse âmbito, há dificuldades em relacionar os dados obtidos com as referências existentes. Sendo assim, torna-se essencial haver continuidade de estudos nesses patamares de conhecimento e que possibilitem a integração com o tratamento e cuidados gerais da gestante diabética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABI-ABIB, R. C. et al. Diabetes na gestação. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 40–47, 29 jul. 2014.

AQUINO, M. M. A. et al. Revendo diabetes e gravidez. **RevCiêncMéd,** Campinas, v. 12,n. 1, p. 99 – 106, jan. 2003.

ÁVILA, A .A. Socorro atrás da barriga tem gente! São Paulo: Ateneu, 1998.

BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida.** São Paulo: Manole, 2006. p. 1-10.

BOLOGNANI, C. V.; SOUZA, S. S. DE; CALDERON, I. DE M. P. Diabetes mellitus gestacional: enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Distrito Federal, v. 22, n. 1, p. 31–42, 2011.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL (ED.). **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**. 5. ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2012b.

BUCHABQUI, J. A., ABECHE, A. M., BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. In: Freitas F. et al. **Rotinas em Obstetrícia.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.23-37.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida Health promotion and quality of life. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000.

CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. Montevideo. **Centro Latinoamericanode Perinatologia y Desarrollo Humano,** n 159, 1973.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 2, n. 38, p. 232–240, maiago. 2008.

CARDENAS, A. M. C. de; CIANCIARULLO, T. I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Texto Contexto Enf**,Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 183-99, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. In: **Diário oficial da União**, Brasília, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

- DEITRA, L. L.; SHANNON, E.; PERRY, I. M. B. O Cuidado em Enfermagem Materna. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. In: MEDINA, A. M. et al. **Diabetes Mellitus Tipo 1 e sua influência na gestação.** Pelotas: UFPel, [S.d].
- DOURADO, V.G.; VELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enferm,** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-74, 2007.
- DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: PEDROSO, Bruno. **Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho.** Ponta Grossa: UTFPR, 2010. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2010.
- FERRAZ, A. E. P. et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no Ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Medicina**, v. 33, n. 2, p. 170-5,2000.
- FERREIRA, F. D. et al. Identificação de sobrepeso em gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo. **Science in Health**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 12–16, jan-abr. 2014.
- FILHO, et al. Diabetes e Gravidez: aspectos Clínicos e Perinatais Pacientes e métodos. **RGBO**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 193–198, 1998.
- GOMES, A. G. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, jan-mar. 2008.
- GROSS J. L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico, **Arq Bras Endocrinol Metab**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, fev. 2002.
- HEDDERSON, M. M.; GUNDERSON, E. P.; FERRARA, A. Gestational weight gain and risk of gestation- al diabetes mellitus. **Obstet Gynecol,**v. 115, n. 3, p. 597-604, mar. 2010.
- KAPLAN, R. M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health care crisis. In: DIMSDALE, J. E., BAUM, A. (ed). **Quality of life in behavioral medicine research.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 3-30.
- KREBS, C. DE M. et al. Fatores associados à ocorrência de diabetes mellitus gestacional e consequências para os recém-nascidos. **Arquivos Catarinense de Medicina**, Florianópolis, v. 43, n. 1, p. 21–26, jan-mar. 2014.
- LALONDE, M.**A New Perspective on the Health of Canadians:** a Work Paper, Otawa, 1974,p. 76.
- LANDIM, C.; MILOMENS, K.; DIÓGENES, M. Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 374–381, set. 2008.

LAUENBORG, J. et al. Increasing incidence of diabetes after gestational diabetes: a long-term follow-up in a danish population. **Diabetes Care**,v. 27, n. 5, p. 1194-1199, 2004.

LIMONGI, M. I. A ordem da concupiscência e a grandeza do homem em Pascal. **TransFormAcao**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45–61, 2006.

MARASCHIN, J. D. F. et al. Atualização Clínica: Classificação do Diabete Melito. **Arg. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 95, p. 40–47, 2010.

MARCELINO, D. B.; DALVA, M.; CARVALHO, D. B. Reflexões sobre o Diabetes Tipo 1 e sua Relação com o Emocional. **Psicologia: reflexões e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 72–77, 2005.

MARTINS, L. M.; PAULA, A.; FRANÇA, D. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista latino-americana**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5–18, 1996.

MENEGUIN, S.; XAVIER, C. de L. Qualidade de vida em gestantes cardiopatas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 811-818, jul-set. 2013.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MORATO, R. G.; KAWAKUBO, F. S.; LUCHIARI, A. Mapeamento da Qualidade de Vida em Áreas Urbanas: conceitos e metodologias. **Terra Livre**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 241–248, 2003.

MORETTO, V. Gestantes portadoras de diabete: características e vivências durante a gestação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

PARSONS, J. et al. Perceptions among women with gestational diabetes. **Qualitative health research**, v. 24, n. 4, p. 575–85, abr. 2014.

PERES, D. S. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 6, nov-dez. 2007.

QUEVEDO, M. P.; LOPES, C. M. C.; LEFÈVRE, F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de alto risco. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.,** São Paulo, v. 16, n. 1, p. 12-21, 2006.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86–93, jul-set. 2009.

RUDRA, C. B. et al. Weight characteristics and height in relation to risk of gestational diabetes mellitus. **Am J Epidemiol**, v. 165, n. 3, p. 302-8, fev.2007.

REZENDE, C. L. Qualidade de vida das gestantes de alto risco em centro de atendimento à mulher do município de Dourados, MS.Campo Grande: 2012.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 29–36, 2003.

SAÚDE, M. DA. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN. Brasília: [s.n.]. p. 122, 2004.

SCATTOLIN, F. A. DE A. Qualidade de vida a evolução do conceito e instrumentos de medida. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 1–5, 2006.

SCHMALFUSS, J.M.; PRATES, L. A.; AZEVEDO, M. DE. Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 19, n. 4, p. 815–822, out-dez. 2014.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580–588, mar-abr. 2004.

SILVA, I. et al. Qualidade de vida e complicações crônicas do diabetes. **Análise Psicológica**, v. 2, n. XXI, p. 185–194, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diabetes Mellitus Gestacional. **Rev Assoc Bras Med Bras**, v. 54, n. 6, p. 471-86, jun. 2008.

SOUZA, E. C. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de Diabetes utilizando a medida específica B-Paid. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v. 16, n. 4, p. 509–514, out-dez. 2012.

STATEMENTS, P. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes care**, v. 35, n. 1, p. 11–63, jan. 2012.

TENTAIS, I. et al. Atividade física, qualidade de vida e depressão durante a gravidez. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 219-228, fev. 2011.

VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública de México**, México, v. 44, n. 4, p. 349–361, jul-ago. 2002.

WEINERT, L. S. S. et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 55, n. 7, p. 435–445, 2011.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 186–192, mar-abr. 2008.

WHOQOL, Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p.1.403-1.409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL user manual.** Geneva: World Health Organization, 1998.

WRIGHT, L. M. **Enfermeiras e famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca; 2002.

FerransandPowers QUALITY OF LIFE INDEX© DIABETES VERSION – III

PART 1. Para cada um dos seguintes, por favor, escolha a resposta que melhor descreve como você está <u>satisfeito</u> com essa área de sua vida. Por favor, indique sua resposta circulando o número. Não há certo ou errado respostas.

respostas.						
QUÃO SATISFEITO VOCÊ ESTÁ COM:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Seu cuidado de saúde?	1	2	3	4	5	6
3. A quantidade de energia que você tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
4. A quantidade de energia que você tem para atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua capacidade de controlar o açúcar no sangue?	1	2	3	4	5	6
6. As mudanças que você teve que fazer na sua vida, por causa da	1	2	3	4	5	6
diabetes (tais como dieta, exercício, tomar insulina ou comprimido,						
verificação de açúcar no sangue)?						
7. A quantidade de controle que você tem sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
8. Suas chances de viver enquanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
9. Saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
10. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
11. Felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
13. Sua esposa, amante ou parceiro?	1	2	3	4	5	6
14. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de sua família?	1	2	3	4	5	6
16. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas de sua	1	2	3	4	5	6
família?						
17. Sua capacidade de cuidar-se das responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
18. Útil como você está para os outros?	1	2	3	4	5	6
19. A quantidade de preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
20. Seu bairro?	1	2	3	4	5	6
21. Sua casa, apartamento ou lugar onde você mora?	1	2	3	4	5	6
22. Seu trabalho (se empregado)?	1	2	3	4	5	6
23. Não ter um emprego (no caso de desempregados, aposentados,	1	2	3	4	5	6
ou desativado)?						
24. Sua educação?	1	2	3	4	5	6
25. Quão bem você pode cuidar de suas necessidades financeiras?	1	2	3	4	5	6
26. Coisas que você faz para se divertir?	1	2	3	4	5	6
27. Suas chances de um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
28. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
30. Sua realização de objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
	1 1					
32. Sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
32. Sua vida em geral? 33. Sua aparência pessoal?				4	5	6

PART 2. Para cada um dos seguintes, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quão <u>importante</u> é que a área desua vida para você.Por favor, indique sua resposta circulando o número.Não há respostas certas ou erradas.

erradas.		ı		1	ı	
COMO É IMPORTANTE PARA VOCÊ	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. Seu cuidado de saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Ter energia suficiente para atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
4. Cuidar de si mesmo, sem ajuda?	1	2	3	4	5	6
5. Controlar o açúcar no sangue?	1	2	3	4	5	6
6. As mudanças que você teve que fazer em sua vida por causa de	1	2	3	4	5	6
diabetes (como dieta, exercícios, tomar insulina ou pílula de						
diabetes, verificação de açúcar no sangue)?						
7. Ter controle sobre sua vida?	1	2	3	4	5	6
8. Vivendo enquanto você gostaria?	1	2	3	4	5	6
9. Saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
10. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
11. Felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
13. Sua esposa, amante ou parceiro?	1	2	3	4	5	6
14. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
15. O apoio emocional que você recebe de sua família?	1	2	3	4	5	6
16. O apoio emocional que você recebe de outras pessoas de sua	1	2	3	4	5	6
família?						
17. Cuidar-se das responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
18. Ser útil aos outros?	1	2	3	4	5	6
19. Não ter preocupações?	1	2	3	4	5	6
20. Seu bairro?	1	2	3	4	5	6
21. Sua casa, apartamento ou lugar onde você mora?	1	2	3	4	5	6
22. Seu trabalho (se empregado)?	1	2	3	4	5	6
23. Ter um trabalho (se desempregado, aposentado, ou desativado)?	1	2	3	4	5	6
24. Sua educação?	1	2	3	4	5	6
25. Ser capaz de cuidar de suas necessidades financeiras?	1	2	3	4	5	6
26. Fazer coisas para se divertir?	1	2	3	4	5	6
27. Ter um futuro feliz?	1	2	3	4	5	6
28. A paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
30. Alcançar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
32. Estar satisfeito com a vida?	1	2	3	4	5	6
33. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
34. É você para você mesmo??	1	2	3	4	5	6

APÊNDICES

APÊNDICE 1

COLETA DE DADOS MATERNOS

Nº do questionário:	Data da coleta:
Ges	tação
Idade:	IMC:
Data do diagnóstico:	
Idade gestacional no diagnóstico:	semanas
Nº de gestações:() 1-2 () 3-4	() 4 ou mais
Diabetes gestacional anterior: () Si	m () Não
Gestações anteriores: () Parto cesa	ariana () Aborto
Trata	mento
Tempo de tratamento: () Não inicio	u ainda ()Iniciou
Quanto tempo	1
Tipo de tratamento: () dieta	
() hipoglicemiante oral	
() insulina	
End	ereço
Logradouro	
Logradouro:	
Nº: Co	mplemento:
14.	implemento.
Bairro:	
Daill'o.	
Telefone:	
Condições socioeconôr	nicas familiares mensais
() Menos que 1 salário mínimo	() Do 3 a 5 salária mínimas
() 1 salário mínimo	() De 3 a 5 salário mínimos () Mais de 5 salários mínimos
() De 2 a 3 salários mínimos	() Iviais de 5 salatios filifilifios

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada "Influência do diagnóstico de diabetes sobre a qualidade de vida da gestante", coordenada por Luciana Ferreira Karsten. Este projeto de pesquisa se justifica mediante que o diagnóstico de Diabetes pode influenciar a qualidade de vida da gestante.

- ✓ O objetivo geral da pesquisa é: identificar a influência do diagnóstico de Diabetes na qualidade de vida da gestante.
- ✓ Os objetivos específicos são: determinar a qualidade de vida antes do diagnóstico; determinar a qualidade de vida após o diagnóstico e comparar os resultados.
- Para a coleta de dados será realizado entrevistas com as gestantes que frequentam o ambulatório da Maternidade Darcy Vargas com diagnóstico de Diabetes Gestacional e que queiram participar da pesquisa.
- ✓ Os questionário preenchidos durante a coleta de dados serão armazenados pelo pesquisador por 5 anos e depois de decorrido esse período serão picotados.
- ✓ O sigilo e a privacidade das participantes está amparado nas normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.
- ✓ Os participantes da pesquisa não receberão nenhuma auxilio financeiro.
- ✓ Os riscos nas entrevistas são considerados mínimos, pois irão apenas coletar informações referentes a doença e não haverá julgamentos pessoais às informações fornecidas.
- ✓ Ao participar da pesquisa a entrevistada irá fornecer dados importantes para uma melhor compreensão da doença estudada, bem como, melhorar o atendimento à outras gestantes com o mesmo diagnóstico.
- ✓ Após a coleta de dados e discussão dos mesmos, os resultados serão publicados em revista científica, bem como, serão defendidos na dissertação de mestrado da autora em dezembro de 2014.
- ✓ A coleta de dados da pesquisa terá inicio em 01/02/2014 e terminará após três meses.
- ✓ A qualquer momento da entrevista a participante poderá questionar a pesquisa com objetivo de sanar suas dúvidas.
- √ A qualquer momento da pesquisa a entrevistada poderá solicitar a sua exclusão sem danos a mesma.
- ✓ Qualquer dúvida a participante poderá entrar em contato a pesquisadora Luciana Ferreira Karsten através do endereço: Almirante Tamandaré, nº 457 apt⁰. 39 Bairro América Joinville SC; telefone (47) 8856-8216 ou email: luleibis@yahoo.com.br.
- ✓ ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE. Endereço Rua Paulo Malschitzki, 10 Bairro Zona Industrial Campus Universitário CEP 89219-710 Joinville SC ou pelo telefone (47) 3461-9235.

Após ser esclarecida sobre as informações do projeto, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação do sujeito, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Pesquisador responsável:	Luciana Ferreira Karstei	n Assinatura:
C	Consentimento de participa	ıção do sujeito
Eu, presente estudo como sujei pesquisa e os procedimentos	to e declaro que fui devid	xo assinado, concordo em participar do lamente informado e esclarecido sobre a
Local e data:		
Assinatura do Sujeito ou Resp	oonsável legal:	

Telefone para contato:	:	
•		

APÊNDICE 3

INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DA GESTANTE

Luciana Ferreira Karsten¹, Deisi Luciene de Souza², Mariana Ramos Vieira³, Jean Carl Silva⁴

RESUMO: Estudo observacional com 127 gestantes portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), com objetivo de identificar a influência desse diagnóstico na qualidade de vida (QV). Realizado de março a julho de 2014. Utilizou-se o questionário de Ferrans & Powers. Observou-se queda no grau de satisfação da QV no escore total (26,7 vs 25,3; DP: 2,0 vs 2,3; p<0,01) e no IQV saúde/funcionamento (26,8 vs 24,1; DP: 2,4 vs 3,4; p<0,01) antes e após o diagnóstico. Nos outros itens avaliados não encontramos queda na QV (IQV familia: 28,1 vs 28,1; DP: 2,4 vs 2,4; p=0,986; IQV sócio-econômico: 26,8 vs 26,1; DP: 2,9 vs 3,0; p=0,078; IQV psicológico/espiritual: 27,5 vs 27,0; DP: 2,9 vs 3,0; p=0,196). O DMG tem um impacto negativo na QV da gestante.

DESCRITORES: Diabetes mellitus. Gravidez. Qualidade de Vida.

INFLUENCE OF DIABETES MELLITUS PREGNANCY DIAGNOSIS IN QUALITY OF LIFE PREGNANT

ABSTRACT: An observational studyof 127 pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus (GDM), in order to Identify the influence of this diagnosis in quality of life (QOL). Conducted from March to July, 2014. It has been used the questionnaire Ferrans & Powers . It has been observed a decline in the satisfaction grade of QOL in the total score (26,7 vs 25,3; DP: 2,0 vs 2,3; p<0,01) and QOL health/functioning (26,8 vs 24,1; DP: 2,4 vs 3,4; p<0,01) before and after the diagnosis. In other valued items no decrease were found in QOL (QLI family: 28,1 vs 28,1; DP: 2,4 vs 2,4; p=0,986; IQV socioeconomic:26,8 vs 26,1; DP: 2,9 vs 3,0; p=0,078; IQV psychological/spiritual: 27,5 vs 27,0; DP: 2,9 vs 3,0; p=0,196). The GDM has a negative impact on the pregnant woman's QOL.

KEY WORDS: Diabetes mellitus. Pregnancy. Qualityof Life.

INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EMBARAZO DIAGNÓSTICO EN CALIDAD DE VIDA EMBARAZADA

¹ Mestranda em Saúde e Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Santa Catarina, Brasil. Coordenadora e Docente do Ensino Técnico de Enfermagem da Fundação Pró Rim (IPREPS). Santa Catarina. Email: luciana.karsten@prorim.com.br. Rua Almirante Tamandaré, 457/39 — Bairro América, Joinville, Santa Catarina, CEP: 89204-140. Telefone: (47) 8856-8216.

² Enfermeira formada pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Santa Catarina, Brasil. Coordenadora e Docente do Ensino Técnico de Enfermagem da Fundação Pró Rim (IPREPS). Santa Catarina. Email: deisi.souza@prorim.com.br.

³ Acadêmica do 8º semestre do curso de medicina da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Santa Catarina, Brasil. Email: mariramosvieira@gmail.com.

⁴ Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal de São Paulo. Pesquisador na Maternidade Darcy Vargas. Docente Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Santa Catarina, Brasil. Email: jeancarlsilva@gmail.com.

RESÚMEN: Fue hecho un estudio de observación de 127 mujeres embarazadas con diabetes mellitus gestacional (DMG), con el fin de identificar la influencia del diagnóstico en la calidad de vida (COL). Llevado a cabo de marzo a julio de 2014. Se utilizó el cuestionario Ferrans y Powers. Hubo una reducción en el grado de satisfacción de la calidad de vida en la puntuación total (26,7 *vs* 25,3; DP: 2,0 *vs* 2,3; p<0,01) y la salud ICV/funcionamiento (26,8 *vs* 24 1; DP: 2,4 *vs* 3,4; p<0,01) antes y después del diagnóstico. En otros artículos valorados no encontramos ninguna disminución en la calidad de vida (ICV familia: 28,1 *vs* 28,1; DP: 2,4 *vs* 2,4; p=0,986; ICV socioeconómico: 26,8 *vs* 26,1; DP: 2,9 *vs* 3,0, p=0,078; ICV psicológica/espiritual: 27,5 *vs* 27,0; DP: 2,9 *vs* 3,0; p=0,196). La DMG tiene un impacto negativo en la calidad de vida de la mujer embarazada.

PALABRAS CLAVES: diabetes mellitus. Embarazo. Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos a medicina sofreu inúmeras modificações e evoluções que conseguiram aprimorar a saúde da população proporcionando, dessa forma, a cura para diversas doenças que anteriormente eram letais. No entanto, outras várias patologias modificaram-se e constantemente continuam sendo estudadas e analisadas com o intuito de promover um convívio com o seu portador de forma branda, ou seja, para que esse indivíduo consiga obter um grau de qualidade de vida adequado¹.

A urbanização, o estresse diário, os afazeres do cotidiano, duplas e triplas jornadas de trabalho, *fast food*, falta de exercícios físicos geram a um grande número de indivíduos, doenças crônicas que podem acarretar um prejuízo na sua qualidade de vida. Indiferente do gênero sexual das pessoas essas patologias podem prejudicar desde o convívio social à realização de tarefas simples de forma autônoma, ou em outros casos, como na gestante, trazer consequências para o feto. Esse cenário está intimamente interligado quando se leva em consideração que qualidade de vida está relacionada a fatores ambientais, sociais, econômicos, fisiológicos e culturais^{2,3}.

As mulheres com o passar dos séculos conquistaram espaço na sociedade mundial através de dedicação e desenvolvimento do seu conhecimento a trabalhos que até então eram realizados por homens. Entretanto, juntamente dessa conquista a mulher também apresenta uma elevação no detrimento de sua qualidade de vida, pois, realiza trabalhos extenuantes, possui novas preocupações, é mãe, desenvolve trabalhos domésticos, estuda, aprimora-se, enfim, diariamente agregam em sua vida novos desafios e comprometimentos. Quando essa mulher inicia uma gestação ela precisa adaptar-se de forma psicológica e fisiológica a nova fase⁴.

A gestante fisiologicamente passa por alterações no seu organismo necessárias para manter a nova vida e, para isso, umas das modificações a que ocorre é o aumento da taxa de glicose circulante, onde a priori, é para ser metabolizada através da insulina que o pâncreas deveria estar produzindo. No entanto, em alguns casos isso não acontece ou então, em outros

episódios, a gestante possui previamente algum problema de metabolização de carboidratos acentuando-se na atual gestação, desenvolvendo, dessa maneira o Diabetes Mellitus Gestacional⁵.

Todo esse quadro da fisiologia da gravidez juntamente com o diagnóstico de uma doença crônica, se não, possuir um comprometimento da gestante poderá concretizar a patologia de forma permanente. Sendo dessa maneira é indispensável que essa mulher conscientize-se do diagnóstico, bem como, adere ao tratamento e a seu auto cuidado^{6,7}. Frente a elevada taxa de pacientes diabéticos, especificamente, as gestantes diabéticas e a correlação desse tema com a influência do meio ambiente sobre a qualidade de vida do portador se faz necessário aprofundar esse tema.

Nesse sentido o estudo propõem identificar a influência do diagnóstico de Diabetes na qualidade de vida da gestante; determinar a qualidade de vida antes do diagnóstico; determinar a qualidade de vida após o diagnóstico e comparar os resultados.

MÉTODO

Estudo quantitativo, observacional, que avaliou a qualidade de vida antes e depois do diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. A amostra constou de 127 gestantes entrevistadas no Ambulatório da Maternidade Darcy Vargas de Joinville – Santa Catarina no período de março a julho de 2014.

A pesquisa respeitou o sigilo da identidade das pesquisadas que é legalmente amparado nas normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e utilizou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com a autorização das gestantes a participarem da pesquisa. As entrevistadas tiveram o direito de não participarem do estudo sem nenhum tipo de penalidade. A pesquisa passou pela autorização do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade da Região de Joinville com número de protocolo 492.552/2013. E, após essa autorização buscou-se a autorização no Departamento de Pesquisa da Maternidade Darcy Vargas. O projeto não apresenta conflito de interesse, pois os pesquisadores não têm relação com nenhuma indústria de medicamentos, equipamentos ou materiais utilizados na pesquisa.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: gestantes maiores de 18 anos, com gestação única, com diagnóstico comprovado de Diabetes Gestacional conforme preconizado pela American Diabetes Association⁸, que não tenham patologia associada e sem

mal formação fetal diagnosticada. E, como foram excluídas da amostra as pacientes que desistam de participar do estudo durante a aplicação do questionário.

As gestantes eram encaminhadas para uma sala reservada onde a pesquisadora realizava a explicação da pesquisa e lhe descrevia o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), no qual a entrevistada assinava e ficava com uma cópia assinada pela pesquisadora. Foram utilizados os dados maternos da carteira de gestante e o questionário de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers. Em algumas coletas, devido ao preenchimento errôneo ou falta de dados na carteira da gestante, se fez necessário complementar essa coletada com a busca ativa através do prontuário das gestantes.

O questionário sobre qualidade de vida de Ferrans & Powers – Qualityof Life Index – Diabetes Version III, utilizado foi devidamente validado e traduzido, sendo desenvolvido pela enfermeira (PhD) Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers da Universidade de Illinois de Chicago (Estados Unidos) em 1984 para medir a qualidade de vida em termos de satisfação com a vida.

Esse questionário é constituído de 34 questões de perguntas fechadas e com respostas que são enumeradas de 1 (sem importância) a 6 (muito importante), refletindo a satisfação com os aspectos da vida que são valorizados pelo indivíduo. O valor da importância que o entrevistado refere é sobre inúmeros questionamentos gerais sobre a qualidade de vida. Essas 34 questões são agrupadas em cincos domínios pré-estabelecidos por seus desenvolvedores: índice geral de qualidade de vida, índice de qualidade de vida na saúde e funcionamento, índice de qualidade de vida familiar, índice de qualidade de vida socioeconômico e índice de qualidade de vida psicológico e espiritual.

As 34 perguntas foram aplicadas duas vezes na mesma entrevista, pois o questionário é dividido em duas partes, totalizando 68 respostas. A primeira parte questionava a gestante o quanto ela estava satisfeita com sua vida; e, na segunda parte buscou apanhar quais os itens que ela considerava mais importante para sua vida. Essas 68 respostas foram dispostas em uma planilha do programa Microsoft Excel®, pré-estabelecida por seus desenvolvedores na sua organização e dados calculados, que fornecia um escore em cada um dos cinco domínios, para posteriormente serem analisados conforme avaliação dos dados estatísticos da pesquisadora.

Na determinação estabelecida pelos desenvolvedores, após o lançamento das respostas na planilha do programa Microsoft Excel®, cada domínio gerou um escore individual que apresenta pontuação máxima em qualidade de vida no valor de 30, abaixo desse valor, os

desenvolvedores sugerem que a qualidade de vida seja avaliada conforme a perspectiva de cada estudo, ou seja, não há uma determinação especifica mencionando valores para sugerir menor ou uma média qualidade de vida do pesquisado. Dessa forma, o escore que foi resgatado com o estudo é comparado com valores de outras pesquisas.

Após a coleta, todos os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel® e posteriormente feita análise estatística pelo programa SPSS versão 21. Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através do cálculo de médias e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas calcularam-se frequências absolutas e relativas. Para a análise da hipótese de igualdade entre a média dos dois grupos foi utilizado o teste t de Student, quando a suposição de normalidade foi rejeitada utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 127 gestantes com diabetes gestacional, sem outras cormorbidades, maiores de 18 anos, sem gemelares ou mal formação congênita, não houve exclusões.

Na Tabela 1 podemos observar que a média de idade das gestantes entrevistadas é de 29,8 anos, bem como a maioria estavam passando pela nova gestação, possuindo IMC de 31,8 kg/m². No dia da entrevista estavam com 32,5 semanas de gestação em média e, a maioria perfazia de uma renda familiar de 2 a 3 salários mínimos.

Tabela 1. Características maternas de 127 pacientes com DMG* acompanhadas no ambulatório da Maternidade Darcy Vargas. Joinville-SC, 2014.

Variável	Média (DP) [†]	Frequência (%) [‡]
Idade	29,8 (7,0)	
Gestações totais**	2,7 (1,6)	
IMC***	31,8 (5,7)	
IG**** coleta (semanas)	32,5 (4,8)	
Renda familiar (salários mínimos)		
Menos de 1		5 (3,9)
1		13 (10,2)
2 a 3		49 (38,6)
3 a 5		45 (35,4)
Mais de 5		15 (11,8)

Sobre as características maternas das entrevistas relacionadas aoDiabetes, na Tabela 2 podemos observar que a idade gestacional no diagnóstico é em média 24,6 semanas. O tempo de tratamento que essas gestantes possuíam no dia da coleta foi em média de 61,1 dias e 55,9% das entrevistadas utilizavam a dieta como meio exclusivo para o controle glicêmico. Das 127 entrevistadas, 24 estavam passando por uma nova ocorrência de Diabetes Mellitus Gestacional.

Tabela 2. Características do tratamento de 127 pacientes com DMG* acompanhadas no ambulatório da Maternidade Darcy Vargas. Joinville-SC, 2014.

Variável	Média (DP) [†]	Frequência (%) [‡]
IG** diagnóstico DMG (semanas)	24,6 (8,5)	
Tempo de tratamento (dia)	61,1 (64,7)	
Tipo de Tratamento		
Sem tratamento		11 (8,7)
Dieta		71 (55,9)
Dieta e hipoglicemiante oral		28 (22,0)
Dieta, higoglicemiante oral e insulina	de tratamentos	10 (7,9)
Dieta e insulina		7 (5,5)
Presença de DMG prévia		24 (18,9)

[†] Média e desvio padrão; [‡] Frequência e percentil; ^{*} Diabetes Mellitus Gestacional; ^{**} Idade gestacional.

A Tabela 3 demonstra as satisfações e a importância da qualidade de vida para a casuística utilizando o instrumento de Ferrans e Powers – Qualityof Life Index – Diabetes Version III. Observa-se nessa tabela que houve alteração na percepção da importância da qualidade de vida da gestante no domínio IQV geral e saúde e funcionamento com p<0,01 e uma queda no índice geral de qualidade de vida e saúde e funcionamento.

[†] Média e desvio padrão; [‡] Frequência e percentil; * Diabetes Mellitus Gestacional; ** Número de gestações prévias; *** Índice de massa corpórea; **** Idade gestacional.

Tabela 3. Média e Desvio Padrão dos escores do Índice de Qualidade de Vida em gestantes com DMG* acompanhadas no ambulatório da Maternidade Darcy Vargas. Joinville-SC, 2014.

Domínios		Antes†	Atual [‡]	Valor
Dominios		N=127	N=127	$p^{\scriptscriptstyle\pm}$
IQV Geral**	Satisfação	26,7 (2)	25,3 (2,3)	<0,01
	Importância	27,0 (1,9)	26,5 (2,4)	0,07
IQV Saúde/Funcionamento***	Satisfação	26,8 (2,4)	24,1 (3,4)	<0,01
	Importância	27,0 (2,5)	25,9 (3,7)	< 0,01
IQV Família****	Satisfação	28,1 (2,4)	28,1 (2,4)	0,986
	Importância	28,3 (2,4)	28,8 (1,9)	0,05
IQV Sócio-econômico*****	Satisfação	26,8 (2,9)	26,1 (3,0)	0,078
	Importância	27,3 (2,5)	26,8 (2,7)	0,14
IQV Psicológico/Espiritual******	Satisfação	27,5 (2,9)	27, 0 (3,0)	0,196
	Importância	28,1 (2,7)	28,0 (2,7)	0,8

[†] Média e desvio padrão antes do diagnóstico DMG; † Média e desvio padrão após o diagnóstico de DMG; † Valor de *p* calculado pelo Teste *t*Student; † Diabetes Mellitus Gestacional; ** Índice de qualidade de vida geral; *** Índice de qualidade de vida sobre a saúde e funcionamento; **** Índice de qualidade de vida familiar; ***** Índice de qualidade de vida socioeconômico; ****** Índice de qualidade de vida psicológico e espiritual.

DISCUSSÃO

Normalmente a gestação é um periodo que eleva o grau de preocupações da mulher. Essas preocupações geralmente giram em torno dos diferentes momentos da gravidez nas suas vidas; das questões financeiras que a gestação e o bebê acarretarão; da relação com o marido, que poderá ficar afetada em virtude do ciúme ou alteração na sexualidade que a gestação desencadeia; do medo de gerar um bebê com problemas de saúde ou malformado; e do medo em relação ao momento do parto⁹. Estudo relata que essas preocupações acentuam-se em gestantes diabéticas, devido a incerteza do prognóstico e andamento da gestação¹⁰.

Parsons et al¹¹, afirma a dificuldade de achar estudos especificos sobre as evidências dos efeitos metabólicos da DMG e qualidade de vida, salientando a importância de pesquisas que tragam a tona esses efeitos.

Nesse contexto, verifica-se o grau de satisfação das gestantes e ao comparar os resultados desta satisfação antes e após o diagnóstico de DMG, há referência na queda do escore total de QV. Essa queda é reflexo sobre o IQV saúde/funcionamento. Estudos demonstram que o ato de modificar a alimentação, o uso de insulina ou hipoglicemiantes orais são determinantes para a insatisfação do paciente diabético, pois além de serem hábitos culturais, muitas vezes parte do pressuposto que a dieta balanceada é obrigatoriamente

entendida como um regime e, que difere essa pessoa das demais perante o seu convivio social. O ato de entender a doença e aceitá-la não é uma tarefa fácil a ser cumprida, bem como, passa por inúmeros impasses ao longo do tratamento, que podem resultar a maleficios para o binômio mãe-filho¹².

Podemos observar que o IQV psicológico/espiritual de forma geral, praticamente não apresentou alteração na avaliação das gestantes entrevistadas (a pontuação do escore geral é de 28). Apesar de outras pesquisas trazerem que o período gestacional pode diminuir o funcionamento físico, vitalidade e aspectos sociais alterando o funcionamento psicológico e espiritual da mulher. E, esses aspectos poderiam reduzir o bem-estar e qualidade de vida das gestantes¹³. Além disso, outros autores afirmam que o apelo religioso auxilia no enfrentamento da gestação de alto risco, pois a "fé" e a "esperança" se fazem presentes, e são imprescindíveis para o controle de seu estado emocional^{14, 15}.

Na pesquisa, não houve alteração do IQV familia, sendo que nesse quesito várias pesquisas apontam que a constituição de uma familia é algo muito esperado e ocasiona várias expectativas para a gestante. Autores¹⁶ abordam que, apesar das gestantes saberem de riscos e cuidados de uma doença crônica sobre a gestação, elas, convivem com ambas, por mais que possa haver alternância no significado geral da maternidade quando associado a uma patologia. Outro ponto importante relaciona-se com o alicerce indispensável que o convivio familiar traz para a gestante, pois o suporte familiar é fundamental, visto que, além do período gestacional há incluso o Diabetes Mellitus Gestacional, necessitando de um processo educativo de todos os envolvidos no cuidado, guiado por valores e crenças do próprio paciente e de seu núcleo familiar acerca da doença⁷. Ressaltamos dessa forma que a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona. Assim, infere-se que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética a manejar a doença e alcançar as metas do seu tratamento^{17, 18, 19}.

O IQV sócio-econômico também não apresentou valores significativos de impacto sobre os resultados gerais. Em estudo prévio¹⁵ onde pesquisou a Qualidade de Vida em gestantes de alto risco, conseguiu averiguar que a situação sócio-econômica está relacionada às condições habitacionais, de higiene e alimentares e o resultado que ela obteve não demonstrou interferência sobre a QV, pois suas entrevistadas relacionaram o ambiente familiar como grande percursor para déficit em QV, devido a ausência de um relacionamento

conjugal estavél, onde a mãe solteria não possui um cônjugue para dividir as despesas e sustento da familia, diminuindo sua qualidade de vida.

Os mesmos índices de QV foram novamente analisados, através do grau de importância da QV para a gestante e apresentaram queda nos escores de IQV geral antes e após o diagnóstico, de 27,0 (DP: 1,9) para 26,5 (DP: 2,4). Além do IQV saúde/funcionamento de 27,0 (DP: 2,5) para 25,9 (DP: 3,7) e, houve um terceiro escore alterado e de relevância que é o IQV socio-econômico, onde antes do diagnóstico era de 27,3 (DP: 2,5) e após o diagnóstico é de 26,8 (DP: 2,7). Pesquisadores¹⁵ em seu estudo obtiveram queda nesse mesmo índice de IQV, onde sua casuísta equipara essa queda devido a gravidez não planejada e ao desemprego. No presente estudo não foi abordado o motivo da insatisfação do domínios acima, apresetando uma fragilidade nos resultados comparativos.

Com certeza avaliar índice de qualidade de vida não é uma tarefa fácil, pois trata-se de um dado subjetivo. No entanto, nesse estudo quantificamos esse escore para obter melhor visualização desse índice. Certos autores²⁰ salientam que apesar de seu estudo com gestantes cardiopatas não ter apresentado queda geral da QVdas entrevistadas, índices isolados possuiam tendência a queda, devido ao estado socio-econômico da gestante e, a maternidade ser considerada um processo de inúmeras transformações tornando-secomplexo para a mulher. Associando esse cenário à uma doença, há gradativamente o aumento das preocupações e anseios. No entanto, existe um grau de dificuldade em achar estudos especificos sobre as evidências dos efeitos metabólicos da DMG, apesar de haver grande importância de pesquisas desse gênero¹¹.

Contudo, algumas limitações deste estudo devem ser reconhecidas. A escassez de estudos sobre a qualidade de vida em pacientes gestantes dificultou a comparação de nossos resultados; nesse estudo, foi não foi abordado os possiveis motivos da insafistação que conduz a queda da escore de qualidade de vida; e, o instrumento utilizado não possui um parâmetro específico para analisarmos o grau de qualidade de vida da casuísta. Mas, por outro lado, mostrou que futuras pesquisas certamente devem ser conduzidas nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção deste estudo foi identificar a influência do diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional sobre a qualidade de vida da gestante e traçar o perfil das gestantes portadoras da doença. Para tanto, realizou-se um estudo comparativo entre os resultados obtidos antes e após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Considero que os objetivos foram

alcançados e responde aos propósitos da Linha de Pesquisa Saúde e Meio Ambiente, pois essa doença está intrinsecamente relacionada com o meio social e ambiental da gestante.

Os achados desta pesquisa permitem afirmar que o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional altera a qualidade de vida da gestante, no entanto, são dados subjetivos que fornecem a perspectiva da casuística.

Observou-se queda no IQV geral, sobre reflexo do IQV saúde/funcionamento e IQV socio-econômico. Esses dados são específicos, porém não foram pesquisadas as circunstâncias que favorecem à essa queda.

Esse estudo demonstra a importância de levar em consideração a vivência das gestantes diabéticas, bem como, essas vivências assumem papéis importantes para o tratamento e andamento da gestação. No entanto, devido à escassez de outras pesquisas nesse âmbito, há dificuldades em relacionar os dados obtidos com as referências existentes. Sendo assim, torna-se essencial haver continuidade de estudos nesses patamares de conhecimento e que possibilitem a integração com o tratamento e cuidados gerais da gestante diabética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência &Saúde Coletiva.2000; 5 (1): 163–177.
- ² Minayo MC. Qualidade de vida um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva.2000; 5 (1): 7–18.
- ³ Morato RG, Kawakubo FS, Luchiari A. Mapeamento da Qualidade de Vida em Áreas Urbanas: conceitos e metodologias. Terra Livre. 2003; 21 (2): 241–248.
- ⁴ Piccini CA, Gomes AG, Nardi T de, et al. Gestação e a constituição da maternidade. Psicologia em Estudo. 2008 Jan-Mar; 13 (1): 63-72.
- ⁵ Filho F, Dias CC, Meirelles RS, et al. Diabetes e Gravidez : aspectos Clínicos e Perinatais Pacientes e métodos. RGBO. 1998; 20 (4): 193–198.
- ⁶Landim C, Milomens K, Diógenes M. Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2008Set; 29 (3): 374–381.
- ⁷ Zanetti ML,Biagg MV, Santos MA dos, et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. Rev Bras Enferm. 2008 Mar-Abr; 61 (2): 186–192.
- ⁸ Statements P. Standards of medical care in diabetes-2012. Diabetes care. 2012 Jan; 35 (1): 11–63.
- ⁹ Ávila AA. Socorro atrás da barriga tem gente! São Paulo: Ateneu, 1998.
- ¹⁰ Moretto V. Gestantes portadoras de diabete: características e vivências durante a gestação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.
- ¹¹ Parsons J, Ismail K, Amiel S, et al. Perceptions among women with gestational diabetes. Qualitative health research. 2014 Marc; 24 (4): 575–85.
- ¹² Peres DS, Santos MA dos, Zanetti ML, et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Rev. Latino-am Enferm. 2007 Nov-Dez; 15 (6).
- ¹³ TendaisI, Figueiredo B, Mota J, et al. Atividade física, qualidade de vida e depressão durante a gravidez. Cad de Saúde Pública. 2011 Fev; 27 (2): 219–228.
- ¹⁴ Dourado VG, Velloso SM. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. Acta Paul Enferm. 2007; 20(1):69-74.
- ¹⁵ Rezende CL. Qualidade de vida das gestantes de alto risco em centro de atendimento à mulher do município de Dourados, MS, Campo Grande, MS, 2012.

¹⁶ Quevedo MP, Lopes CMC, 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.

¹⁷ Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo (SP): Roca; 2002.

¹⁸Armour TA. The effctiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: a systematic review. Diabete Med. 2005; 22(10):1464-591.

¹⁹Ferraz AEP, Zanetti ML, Brandão ECM, Romeu LC, Foss MC, Paccola GMGF, et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no Ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Medicina. 2000; 33(2):170-5.

²⁰Meneguin S, Xavier C de L. Qualidade de vida em gestantes cardiopatas. Texto Contexto Enferm. 2013; 22 (3): 811-818.