

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO SUPERIOR

FRANCISCA ADRIELE VIEIRA NETA

POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE VOLTADAS PARA O DIABETES MELLITUS
GESTACIONAL: AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL

FORTALEZA

2013

FRANCISCA ADRIELE VIEIRA NETA

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE VOLTADAS PARA O DIABETES MELLITUS
GESTACIONAL: AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Vicente Lima Crisóstomo

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

V715h Vieira Neta, Francisca Adriele.

Políticas públicas na saúde voltadas para o diabetes mellitus gestacional:avaliação da aplicação no ciclo gravídico-puerperal/ Francisca Adriele Vieira Neta. – 2013.

77f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2013.

Orientação: Prof. Dr. Vicente Lima Crisóstomo.

1. Diabetes Mellitus Gestacional. Políticas públicas de saúde. Saúde da mulher. I. Título.

CDD 618.3646

FRANCISCA ADRIELE VIEIRA NETA

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE VOLTADAS PARA O DIABETES MELLITUS
GESTACIONAL: AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO-
PUERPERAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Data da Aprovação: ____/____/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vicente Lima Crisóstomo (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa Rodrigues

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa

Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO)

Profa. Dra. Sarah Maria Fraxe Pessoa

MEAC-UFC/NESC-UFC

A Deus,

Meus Pais, Irmãos, Marcos e Davi

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está sempre ao meu lado.

A Nossa Senhora de Fátima, uma grande intercessora na minha vida.

Aos meus pais, José Lúcio e Terezinha pelo que sou como pessoa e como profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Vicente, pelo apoio e compreensão durante toda a trajetória.

Aos meus irmãos: Diogo, Lucivânia e Valéria, pela força e empenho para que o mérito fosse alcançado.

Ao meu esposo, Marcos, que com toda paciência compreendia nos momentos difíceis.

Ao meu filho Davi, razão da minha vida.

Aos meus sobrinhos João Pedro e Virna e aos cunhados: Edeilson, Istênio e Katarina que também me ajudaram nessa caminhada.

Às minha amigas, Marta Herculano, Marly, Rosalette, Rosiléia, Régia e Sarah que somaram forças para que o projeto se transformasse em dissertação.

À professora Socorro Sousa, pela disponibilidade em contribuir para realização desse conhecimento científico.

“O Senhor é meu pastor e nada me faltará,” Sl 23.

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar a aplicação das diretrizes das políticas públicas dirigidas às gestantes e puérperas portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional, durante o pré-natal, abordando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. Para tanto, utilizou-se uma amostra com 28 mulheres portadoras de DMG em instituição pública e de referência para a doença. Realizou-se uma pesquisa documental, exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. O instrumento foi um formulário, e a técnica, a entrevista estruturada. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2012 a janeiro de 2013. Primeiramente foi realizada uma coleta em prontuários e no cartão de pré-natal das participantes do estudo. No segundo momento foi aplicada uma entrevista às gestantes e puérperas, com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. A pesquisa mostrou na comparação entre países sobre as políticas públicas dirigidas às gestantes e puérperas com DMG, o Brasil destacou-se com o maior número de ações direcionadas para o diabetes gestacional, e, mediante o resultado da pesquisa tivemos os seguintes resultados: acesso ao pré-natal no primeiro trimestre da gestação; número de consultas condizente com as preconizadas pelas políticas públicas; em referência ao intervalo entre partos a maioria levou mais de quatro anos para engravidar novamente; na categoria verificação da pressão arterial, as gestantes aferiram-na durante as consultas de pré-natais mais de seis vezes e quanto às orientações recebidas após a definição do diagnóstico de diabetes gestacional, a dieta foi a primeira orientação recebida. Mesmo assim, pontua-se a conveniência de ampliação e a criação de novas políticas públicas na saúde, direcionadas às gestantes e puérperas portadoras de diabetes mellitus gestacional, uma vez que, essa patologia ainda se baseia nas normas e diretrizes estabelecidas para as doenças crônicas. O DMG cresce rapidamente em patamar pouco confortável, e as ações são insuficientes para suprir as necessidades de saúde desse grupo.

Palavras chaves: Diabetes Mellitus Gestacional. Políticas públicas de saúde. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The objective of this research was analyze the application of the public policies guidelines to the pregnant and postpartum with Gentional Diabetes Millitus during prenatal care, approaching the prevention, diagnosis and treatment. For this purpose, it was used a sample of 28 women with GDM at public and reference disease institute. An exploratory, descriptive and documentary survey was conducted approaching the quantitative. The instrument was a form and the technique, the structured interview. The data collection occurred from November 2012 to January 2013. First of all, we conducted a collection in charts and in antenatal card of the survey participants. Later on, the pregnates and postpartum women with Gestational Diabetes Mellitus diagnosed passed through an interview. The result of the research showed the balance between countries on public policies to pregnant and postpartum women with GDM, Brazil has the highest number of actions directed to gestational diabetes, for instance: prenatal care access in the first trimester of pregnancy; number of consultations according to those recommended by public policies, about the interval among childbirths, the majority took four years to get pregnant again, in the blood pressure check part, the pregnant women adhered during antenatal consultations over six times and the orientations received after the gestational diabetes diagnosis, the diet was the first guidance received. Nevertheless, remains the convenience of expansion and the creation of new public policies on health, targeted to pregnant and postpartum women with gestational diabetes mellitus, since this disease is still based on the guidelines established for chronic diseases. The DMG grows rapidly in uncomfortable level, and actions are insufficient to meet the health needs of this group.

Keywords: Gestational Diabetes Mellitus. Public health policies. Women's health.

LISTA DE QUADROS

- 1-Comparação entre American Diabetes Association (ADA), o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), e do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE), para o cuidado em DMG-----43
- 2-Comparação entre o Brasil e outros países em relação a elaborações de políticas públicas voltadas para o Diabetes Mellitus e o Diabetes Mellitus Gestacional-----47

LISTA DE TABELAS

1- Faixa etária das mulheres participantes do estudo	52
2- Procedência das pacientes que participaram do estudo	53
3- Cor das pacientes participantes do estudo	54
4- Nível de escolaridade das mulheres participantes da pesquisa	54
5- Renda familiar das pacientes participantes do estudo	56
6- Estado civil das pacientes participantes do estudo	56
7- Período em que as participantes do estudo iniciaram o pré-natal	57
8- Número de consultas realizadas durante ao acompanhamento do pré –natal	58
9- Tipo de parto realizado pelas participantes do estudo	59
10- Intervalo entre partos realizados pelas participantes do estudo	61
11- Profissional que realizou o pré-natal	62
12- Patologias presentes nas participantes do estudo durante a gravidez	63
13- Fumo durante o período gestacional	64
14- Promoção do aleitamento materno	64
15- Realizaram o exame de glicemia no início do pré-natal gestacional	65
16- Verificação da pressão arterial	66
17- Medida da altura uterina	67
18- Batimentos cardíaco fetais	68
19- Atividades educativas durante o pré-natal	69
20- Orientação em relação à atividade física	70
21- Hipóteses diagnósticas no ato da admissão	71
22- Momento em que foi definido o diagnóstico de Diabetes Gestacional	71
23- Sinais e sintomas detectados para definição do diagnóstico	72
24- Orientações recebidas após definição do diagnóstico de diabetes gestacional	74
25- Idade Gestacional das mulheres participantes da pesquisa	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA-	American Diabetes Association
AIDS-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH-	Autorização de Internação Hospitalar
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD-	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS-	Conferência Nacional de Saúde
DCNT-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHEG-	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DM-	Diabetes Mellitus
DMG-	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP-	Diabetes Prevention Program
FGTS-	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
HAC-	Hipertensão Arterial Crônica
IADPSG-	Association of Diabetes and Pregnancy Study Group
IDF-	International Diabetes Federation
JICA-	Agência de Cooperação Internacional do Japão
MEAC-	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS-	Ministério da Saúde
NICE-	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOAS-	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB-	Normas Operacionais Básicas

NPDCP-	Programa Nacional de Controle e Prevenção de Diabetes
NPH-	Neutral Protamine de Hagedorn
NTI-	Núcleo de Tecnologia da Informação
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PAISM-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN-	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PSF-	Programa Saúde da Família
SBD-	Sociedade Brasileira de Diabetes
SOP-	Síndrome dos Ovários Policísticos
SUS-	Sistema Único de Saúde
TTGO-	Teste de Tolerância a Glicose Oral
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UFC-	Universidade Federal do Ceará
UTI-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 ESTADO DA ARTE.....	22
2.1 Promoção da Saúde: aspectos relevantes	22
2.2 Definição, Evolução e Origem das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil	23
2.3 Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	26
2.4 Conceito de Diabetes Mellitus	27
2.5 Classificação do Diabetes Mellitus	29
2.6 Epidemiologia do Diabetes Mellitus	29
2.7 Diagnóstico de Diabetes Mellitus.....	31
2.8 Fatores de risco para o Diabetes Mellitus Gestacional.....	31
2.9 Diagnóstico para o Diabetes Mellitus Gestacional.....	32
2.10 Tratamentos de Portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional.....	33
2.10.1 Dieta.....	33
2.10.2 Exercício	35
2.10.3 Tratamento medicamentoso	35
2.10.4 Tratamento obstétrico.....	36
2.11 Repercussões da Diabetes Mellitus Gestacional sobre a mãe	38
2.12 Repercussões do Diabetes Mellitus Gestacional sobre o feto.....	38
2.13 Políticas públicas do Brasil, Estados unidos, Irã, África e Índia direcionadas às portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional	39
2.13.1 Políticas públicas do Brasil voltadas para o diabetes mellitus gestacional	39
2.13.2 Políticas públicas em saúde direcionadas ao Diabetes Mellitus Gestacional nos Estados Unidos	42
2.13.3 Políticas públicas para diabetes gestacional no Irã.....	43
2.13.4 Políticas públicas para diabetes gestacional no Continente da África Oriental	44
2.13.5 Políticas públicas para diabetes gestacional na Índia.....	44

2.14 Aspectos das políticas públicas sobre Diabetes Mellitus e Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil comparados com outros países	45
3 METODOLOGIA	48
3.1 Tipo de Estudo	48
3.2 Descrição do Local da Pesquisa e Período	48
3.3 Amostra	49
3.4 Coleta de Dados	49
3.5 Análise dos Dados	49
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	50
4 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	51
5 CONCLUSÕES	74
6 REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A.....	84
APÊNDICE B.....	86
APÊNDICE C.....	87

1 INTRODUÇÃO

O Cenário sócio político-econômico reflete o mundo em permanente mudança. Na saúde, houve transformações, principalmente com o incremento gradativo de tecnologias de prevenção, tratamento e cura de doenças. No âmbito da saúde da mulher, faz-se necessário elencar algumas políticas de saúde, desenvolvidas ao longo dos anos.

Somente nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher se incorporou às políticas nacionais de saúde no Brasil, porém, as ações permaneceram limitadas à gravidez e ao parto. O programa deixava muito a desejar em relação aos cuidados relativos à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

A saúde reprodutiva passou muito tempo inerte e esquecida dentro dos serviços de saúde, e somente em 1994, na conferência internacional sobre população e desenvolvimento, que foi reconhecida e definida como estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todas as matérias referentes ao sistema reprodutivo e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

Após a Conferência, entre 1998 a 2002, a preocupação maior foi elaborar programas que pudessem indicar uma perspectiva de resolução de problemas, priorizando a saúde reprodutiva e, em particular, ações de redução da mortalidade materna (pré-natal assistência ao parto e anticoncepção). Apesar de o foco central ser a atenção integral à saúde da mulher, foram tratados temas isolados que culminaram com a quebra e comprometimento das ações, inclusive com a incorporação da violência sexual, e ficaram esquecidas as questões relativas ao gênero e raça, como também assuntos ligados à saúde ginecológica (CORREA; PIOLA, 2003).

Nos períodos de 1998 a 2002, realizaram-se estudos para avaliação de linhas de ações direcionadas à área da saúde da mulher: estudo da mortalidade em idade fértil, avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento, avaliação dos centros de parto normal e avaliação da estratégia de distribuição de métodos anticoncepcionais.

Nesse momento histórico, o Brasil juntamente com outros países, principalmente com o Japão, firma parceria com o programa da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), que tem como meta o desenvolvimento de estratégias de parto humanizado no Brasil. De certa forma, houve avanço significativo, pois o Japão, além de treinar profissionais, também disponibilizou materiais necessários à execução de parto e nascimento.

O interesse pelo assunto fez com que a área técnica buscasse parceria com diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde (MS), e fosse apreciada pela comissão intersetorial da mulher e do conselho nacional de saúde. É possível observar que a meta é priorizar e socializar os movimentos de mulheres, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e agências de cooperação internacional, movimento com a finalidade de imprimir ideias que pudessem servir de base para a criação de políticas que atendessem as necessidades das mulheres, ganhando forças mediante junção de interesses coletivos, por parte da sociedade e de lideranças políticas.

Neste momento de evolução, não somente as mulheres se beneficiam com as políticas. Com o SUS, o conceito de saúde se ampliou e surgiu à necessidade de políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e de políticas de saúde, já que o setor sanitário não estava conseguindo responder sozinho e oferecer opções saudáveis à população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com reflexões e movimentos na promoção da saúde, do tratamento e da cura de doenças, possivelmente evitáveis (BRASIL, 2008).

Deste modo, a promoção da saúde surge para fortalecimento de ações que servem como intervenções, identificando problemas e suprimindo as necessidades de saúde e fatores determinantes e condicionantes, envolvendo, ao mesmo tempo, as práticas e os serviços de saúde, qualificação profissional, visando à melhoria na qualidade de vida das mulheres e aumentando a expectativa de sobrevivência.

Facilitar o acesso de mulheres, principalmente de gestantes portadoras de doenças crônicas aos serviços de saúde, promover qualidade de vida, encorajar a participação de programas de assistência ampliada são conceitos de políticas públicas e de promoção da saúde, cada vez mais intensificadas e voltadas para mulheres grávidas, no que concerne à valorização do pré-natal, assistência neonatal e puerperal, assuntos relevantes na obstetrícia moderna, e de grande interesse e valia do poder público.

No contexto das doenças crônicas, o diabetes é um problema grave, responsável por altas taxas de óbitos no Brasil. De acordo com o ministro Alexandre Padilha, é necessário reforço de ações de prevenção, educação em saúde, e o diagnóstico precoce, entre homens, mulheres e gestantes, fator decisivo no enfrentamento do diabetes, pois o Brasil conta com

cerca de 148 mil internações, devido à doença (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS NUTRICIONISTAS, 2012).

O Sistema Único de Saúde desenvolve um conjunto de ações que beneficiam as gestantes com diabetes pela promoção da saúde, capacitação de profissionais, vigilância e assistência farmacêutica, além de pesquisas em cuidado ao portador de diabetes. As ações são implementadas, exercidas e financiadas nas três esferas de governo, ficando a assistência destinada aos municípios pela rede básica de saúde (BRASIL, 2008).

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, de evolução progressiva, que pode possibilitar o aparecimento de agravos à saúde quando não tratada adequadamente. Exige atendimento tanto dos profissionais da saúde, como do paciente, exige manutenção de atendimento de equipe multidisciplinar, e por parte do paciente educação permanente de autogestão e suporte para prevenção de complicações agudas e redução do risco de complicações ao longo prazo. Os padrões de cuidados se destinam a proporcionar aos pacientes a elaboração de metas desejáveis e melhor adesão ao tratamento (MAIA; ARAÚJO, 2002).

Diabetes Mellitus é uma doença metabólica, podendo ser hereditária, caracterizada por hiperglicemia, glicosúria, cetoacidose e aumento do catabolismo proteico, causando poliúria, polifagia e polaciúria. O diabetes determina alterações degenerativas tardias, como microangiopatias, principalmente na retina e nos glomérulos renais, e neuropatias. (CARVALHO, 2007).

Em conformidade com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o Diabetes mellitus pode ser classificado: DM tipo 1 (autoimune e idiopático) e DM tipo 2 (outros tipos específicos de DM e Diabetes Gestacional).

Segundo Carvalho (2007), o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) pode ser definido pela intolerância à glicose, diagnosticada durante a gravidez, que pode ter início ou ser reconhecido pela primeira vez durante a gestação, podendo ocorrer em razão de hormônios antagônicos à insulina secretada pela placenta e que geralmente tem início no 2º e no 3º trimestres da gestação. Os níveis glicêmicos podem retornar ao normal após o parto, ou podem evoluir para o diabetes tipo 2. A patologia vem sendo identificada como uma das principais causas de morbidade materna, complicações fetais, principalmente afetando a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

O objetivo maior foi pesquisar, com mais profundidade, o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), com abordagem em políticas públicas de saúde, em benefício de gestantes com diabetes. Trata-se de uma patologia prevalente e de importância na obstetrícia, faz parte das políticas públicas de saúde, onerosa ao Estado, e exige a necessidade de pontuar e identificar mulheres com potencial para desenvolvê-la. Estima-se que 1% a 14% de todas as gestantes apresentam DMG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Nesse sentido, pela experiência em maternidade especializada e de referência para o DMG, prestando cuidado a gestantes e classificando aquelas com maior potencial de risco, pretende-se contribuir pelo estudo e reflexão da temática, na redução de complicações maternas e fetais resultante da doença, assim como inter-relacionar as políticas públicas que beneficiam as mulheres, com a execução da prática dentro dos serviços públicos de saúde.

A assistência ao pré-natal faz parte das ações praticadas pelos serviços de saúde, partes integrantes das políticas públicas, porém, até o momento, permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como acesso ao pré-natal de alto risco, qualidade da atenção prestada, vínculo entre pré-natal e parto, internações prolongadas, humanização da atenção por parte dos profissionais de saúde, falta de seguimento e acompanhamento no puerpério, e as inaceitáveis taxas de morbimortalidades maternas e perinatais. As lacunas impulsionaram a realizar uma pesquisa abordando o assunto, já que o DMG é uma doença enfrentada diariamente na vivência profissional.

De certa forma, a enfermagem como profissão do cuidar, em novo modelo assistencial ao parto, assume grandes responsabilidades, pois o enfermeiro, em políticas públicas de saúde, assume papel imprescindível, em nível de atenção básica e terciária. No primeiro, assume a realização do pré-natal e a educação em saúde, no outro; por ser o profissional de saúde com maior permanência em instituições hospitalares, assiste as gestantes em tempo integral (BRITO; SATO, 2002).

O que impulsionou realizar uma pesquisa abordando o DMG é a alta incidência e a prevalência da doença, gravidade das complicações, internamentos prolongados, alterações psicológicas na mulher, e, possíveis sequelas à gestantes e ao feto. Problemas enfrentados pelas grávidas e pela equipe de enfermagem no cotidiano.

Para tanto, buscou-se responder a seguinte questão: como são aplicadas e operacionalizadas as políticas públicas referentes ao Diabetes Mellitus Gestacional, desde a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das complicações advindas da patologia?

O objetivo da pesquisa foi analisar a aplicação das diretrizes das políticas públicas dirigidas às gestantes e puérperas portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional, durante o pré-natal, abordando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Neste estudo empregamos o método de pesquisa exploratória descritiva, documental, com abordagem quantitativa, em que os dados são registrados, analisados, classificados e interpretados, e aplicamos o formulário para recolher as informações.

Empregamos a Estatística Descritiva, tabelas e quadros para melhor interpretar os dados apurados pela pesquisa.

Tem-se como relevante esta pesquisa, com suporte nos seguintes pontos de vista: busca de conhecimento no campo das políticas públicas em saúde voltada para gestantes e puérperas diabéticas, ampliação de perspectiva de assistência qualificada, humanizada e de acesso nos serviços públicos, participação de entidades governamentais, profissionais de saúde, sociedade, família e autogestão de gestantes e puérperas diabéticas, e que este estudo possibilite que outras pesquisas sejam desenvolvidas com base nesta, e colabore com o desenvolvimento e avanço em áreas do conhecimento científico.

Este trabalho subsidiará novas discussões no campo das políticas públicas de saúde, com vista a melhorar e ampliar os serviços oferecidos pelas diretrizes às gestantes e puérperas diabéticas, uma vez que, encontramos ações de políticas públicas não executadas dentro do serviço público. Necessita-se de maiores investimentos e interesses por partes dos poderes públicos e dos profissionais de saúde, que implicará em reflexo positivo para gestantes e puérperas diabéticas.

O primeiro capítulo, a Introdução, contém considerações gerais do estudo, justificativa, exposição do problema, objetivos, relevância e estrutura da pesquisa.

O segundo capítulo refere-se ao Estado da Arte para fundamentação da pesquisa sobre Diabetes Mellitus e Gestacional, abordando a promoção da saúde, evolução e origem das políticas públicas da saúde da mulher, objetivos específicos e estratégias da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, conceito de DM e DMG, classificação do DM, epidemiologia, diagnóstico, fatores de risco, tratamento, repercussões do DMG sobre a mãe e sobre o feto e políticas públicas existentes no Brasil, Estados Unidos, Irã, África e Índia.

O terceiro capítulo traz os procedimentos metodológicos, com a caracterização da pesquisa, envolvendo o tipo de estudo, a descrição do local e período, amostra, coleta de dados, análise e aspectos éticos da pesquisa.

O quarto capítulo discorre acerca da análise e interpretação dos dados obtidos pelas opiniões de usuárias do serviço, incluindo as gestantes e puérperas internadas em maternidade pública, com Diabetes Mellitus Gestacional.

No quinto capítulo, as conclusões definem os resultados, com possibilidades de outras análises do estudo. Pontua-se a necessidade de a pesquisa subsidiar outras, e, por fim, as referências e o apêndice.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 Promoção da Saúde: aspectos relevantes

A promoção da saúde pode ser definida como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990).

As políticas públicas se conceituam como sinônimo de promoção da saúde, pois representam uma estratégia inovadora e impulsionam a ideia de novo paradigma de ações de saúde. Organiza-se como movimento social, envolvendo o pensamento cultural. Ultrapassa o limite de evitar ou curar doença, preocupada diretamente em assistir o ser humano de forma holística.

A definição de promoção de saúde vai muito além do processo de adoecer, pois envolve um horizonte de valores, principalmente quando relacionada atenção com qualidade e humanizada. Depende do programa de política ampliada, com provisão de recursos necessários, de organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, profissionais treinados e capacitados, evitando-se intervenções desnecessárias baseadas em princípios éticos, com garantia de privacidade e autonomia e compartilhando com a mulher e a família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Apesar de o conceito de promoção da saúde já existir há quase três décadas, ações eficientes e eficazes já se identificaram, porém, é preciso avançar mais, pois o Diabetes Mellitus Gestacional, patologia de autocontrole, faz parte de programas de saúde pública na atenção básica, em ascendência, onerosa do ponto de vista econômico, com significativo impacto na morbimortalidade materna e neonatal, causando complicações cardíacas, cerebrovasculares, vasculares periféricas, oculares, renais, neuropáticas, e grande desafio para os serviços de saúde pública (CHUEIRI, 2012).

No início do século XXI, 5,2% dos óbitos do mundo estavam relacionados com o Diabetes, tornado a patologia a 5ª principal causa de morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Considerando os índices elevados de mortalidade e complicações decorrentes do diabetes, priorizam-se medidas de controle em programas de saúde pública. Na atenção básica, a doença se identifica por meio de fatores de risco como: sedentarismo,

obesidade, hábitos alimentares não saudáveis; e sua prevenção pela identificação de indivíduos com predisposição à doença, detecção de casos não diagnosticados pelas campanhas educativas e realização de exames específicos do diabetes. Em paciente já diagnosticada, orientar a intensificação do tratamento visando à prevenção de complicações agudas e crônicas. No caso das portadoras de DMG, os cuidados são duplicados em decorrência da instabilidade glicêmica e conseqüentemente podendo resultar em mortes fetais (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006).

A aplicação da educação em saúde funciona como linha norteadora na promoção da saúde, prevenção e tratamento do DMG. Vale ressaltar que há necessidade de parceria entre paciente e profissional. No profissional desperta sua capacidade de assumir as práticas de saúde, na transformação de relações e atitudes diárias dos sujeitos envolvidos, bem como, estimular uma dieta adequada, exercícios físicos e orientar à mobilização e participação dos usuários e da sociedade na melhoria da qualidade de vida das portadoras desta patologia, reivindicando condições para manter uma assistência e um cuidado integral à saúde.

As pacientes devem estar conscientes na execução de medidas estabelecidas em educação e saúde, em palestras sobre o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), e quando necessário estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso.

2.2 Definição, Evolução e Origem das Políticas Públicas de Saúde da Mulher no Brasil

As Políticas Públicas na Saúde se definem como um conjunto de ações desencadeadas nas três esferas de governo, com um único objetivo, o bem coletivo (LEI Nº 8.080). Criadas para solucionar problemas de grupos mais necessitados, e, principalmente da população materno-infantil, que durante muito tempo tiveram dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Faremos uma retrospectiva das políticas pública em saúde no Brasil voltada para atenção às mulheres:

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1984) elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que veio para transformar ideias e romper conceitos e princípios norteadores da política de saúde da mulher, bem como critérios para eleição de prioridades. Defendeu o livre arbítrio das pessoas e famílias brasileiras, em relação a quando, quanto e qual espaçamento entre os filhos. Apesar da criação do PAISM, as mulheres não conheciam

métodos de planejamento familiar, ficando o programa fragmentado em relação às necessidades.

Posteriormente, o programa aperfeiçoou ideias, define novos conceitos: tratava-se de documento histórico que tentava suprir os desejos das mulheres na área da saúde, inclusive responsabilizando o Estado Brasileiro, com relação aos aspectos da saúde reprodutiva. Logo, o modelo prévio de assistência começou a cair em desuso, e passou a priorizar as ações e necessidades do grupo no novo modelo assistencial.

Modelo extremamente complexo, envolvem todos os setores, desde a participação da sociedade, governo, profissionais da saúde e usuários do sistema, o PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorpora princípios norteadores da reforma sanitária, em novo modelo, assistência à saúde das mulheres é prioridade em todas as fases da vida, incluindo queixas ginecológicas, reprodutivas, planejamento familiar, gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2007).

Apesar dos avanços definidos pelo PAISM, na década de 90, enfrentam-se problemas, com a criação do SUS, nova política de saúde, que prioriza a atenção básica, responsabilizando os municípios como provedores das ações, pelo Programa Saúde da Família (PSF). Municípios passaram a enfrentar dificuldades políticas, técnicas e administrativas, impedindo o crescimento e desenvolvimento do programa.

A dificuldade enfrentada pelo programa é a verticalização das ações, definidas em nível central, sem avaliação das necessidades locais, e a falta de integração com programas que possa dar suporte a uma assistência de qualidade, há análise que demonstra que os programas preconizam ações materno-infantis como estratégia de proteção a grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como o das crianças e gestantes, ficou uma assistência fragmentada aos grupos que não foram definidos como prioridades (COSTA, 1999).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema Democracia é Saúde e constitui-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais em defesa e cuidado da vida. O movimento visa o acesso das pessoas às ações de saúde, garantindo direito social, humano e de cidadania, definiu que saúde é direito de todos e responsabilidade do Estado. Além disso, a conferência lança um relatório final, sobre os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 2006).

Com o SUS, o PAISM se desenvolve com base nos princípios e diretrizes da legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais

Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), pela participação NOB 96, a responsabilidade das ações de saúde fica a cargo dos municípios, incluindo atenção à saúde da mulher, com referência e contra referência (BRASIL, 2007).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pela portaria/GM nº 569, a fim de qualificar as práticas de atenção à saúde da mulher. O objetivo do programa é reduzir altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurar o acesso, melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2002).

Com a Norma Operacional (NOAS 2001), que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, e define o processo de regionalização da assistência, em nível estadual e municipal, impulsiona cada esfera de governo ao exercício de obrigações e responsabilidades administrativas, de acordo com recursos financeiros disponíveis (BRASIL, 2001a).

Na área da saúde da mulher, NOAS estabelece aos municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo do útero, e, para acesso às ações de maior complexidade, define a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. Referenciando a nível secundário ou terciário de acordo com a gravidade do caso. Na atenção básica, através do ESF, fica responsável por exercer as ações em nível primário (COELHO, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher princípios e diretrizes, pela proposição do SUS, política criada em março de 2004, na tentativa de solucionar os problemas enfrentados pelas mulheres, já que são ações compreendidas em sua dimensão mais ampla, contemplando a saúde de maneira integral, principalmente no que se relaciona à gestação, parto, puerpério e patologias associadas: citamos algumas ações pactuadas dentro destas diretrizes:

- Promoção, proteção e assistência em todos os níveis de complexidade de saúde;
- Assistência às mulheres em todos os níveis de cuidado;
- Elaborar e executar as políticas públicas;
- Assistir a mulher em todo ciclo de vida;
- Elaborar políticas voltadas para o gênero, raça e etnia;

- Assistir demandas emergentes e antigas em todos os níveis de assistência;
- Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Executar as ações através da descentralização, hierarquização e a interação entre as esferas de governo;
- Humanização das práticas em saúde;
- Participação da sociedade civil e participação do movimento das mulheres;
- Política pública que contemple todas as mulheres;
- Ações pactuadas entre os níveis hierárquicos;
- Articular ações com setores governamentais e não governamentais.

As diretrizes realmente são pactuadas como direitos das mulheres, dever e obrigação das esferas de governo. Porém o acesso aos serviços é restrito devido à grande demanda pouca oferta nos serviços públicos. Ainda em fase de construção, a cidade de Fortaleza foi beneficiada com o hospital da mulher de acordo com sua missão, assistir as mulheres em todos os níveis de complexidades. A realidade comprova e culmina com as reflexões e propostas pelo SUS que visa à elaboração de políticas públicas que beneficie a mulher em todo o ciclo de vida e supra as necessidades humanas básicas referentes ao estado de saúde e de doença. As mudanças são frutos da criação do pacto pela saúde, que surge com a necessidade de inovar e promover mudanças institucionais envolvendo as três esferas de governo no desempenho da gestão administrativa.

2.3 Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Não há dúvidas de que o serviço público melhorou bastante, programas e projetos visam a ações de recuperação, proteção e promoção da saúde, desenvolvidos para manutenção de pessoas saudáveis, pois saúde não pode ser definida no sentido único de não estar doente, mas em estado de satisfação e plenitude.

Os objetivos específicos da política nacional é despertar a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal, assisti-las de forma holística, descentralizando ações para cada nível de atenção, e tenta suprir as necessidades baseadas em ações como:

- Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal;
- Qualificar a assistência materna e neonatal nos Estados e Municípios;
- Atendimento à gestante de alto risco, em casos de urgência e emergência;

- Capacitar profissionais na área de obstetrícia e neonatologia;
- Distribuição de material técnico administrativo e ofertar ácido fólico e sulfato ferroso (BRASIL, 2007).

Descritas as políticas públicas envolvendo a saúde da mulher e as políticas direcionadas à gestante considerada de alto risco, principalmente as portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional, direcionamos a pesquisa para o conceito de Diabetes Mellitus, classificação, epidemiologia e diagnóstico, e, no que se refere ao Diabetes Mellitus Gestacional, descrevem-se os fatores de risco; rastreamento e diagnóstico; tratamento (dieta, atividade física, monitorização domiciliar e insulinoterapia) e cuidados durante o parto e pós-parto.

2.4 Conceito de Diabetes Mellitus

O DM não se compreende como única doença, é que envolve um conjunto heterogêneo de distúrbios metabólicos, caracterizado por hiperglicemia, relacionado com defeito na produção ou falha na secreção da insulina. Enquanto que o DM Gestacional se tem como qualquer grau de intolerância à glicose detectada durante o período gestacional, não excluindo a possibilidade de anormalidades dos valores glicêmicos previamente à gravidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Diabetes mellitus gestacional foi descrito por O'Sullivan e Mahan (1991) que realizaram estudos baseados em níveis de glicose no sangue, após carga oral de 100g de glicose após duas ou mais medições, com desvio padrão acima da média, com gestante em jejum, ou quando, duas ou três horas após a ingestão, a paciente já poderiam ser diagnosticadas, como risco aumentado de desenvolver diabetes mellitus tipo 2, a médio ou a longo prazo.

Configura-se hoje como epidemia mundial, grande desafio aos sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis: sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento de incidência e prevalência do diabetes (BRASIL, 2006).

Epidemia de DM está em curso: anualmente registram-se números maiores da patologia, principalmente em países em desenvolvimento, em faixas etárias mais jovens. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, e 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, são valores preocupantes para o país com poucos recursos

financeiros e com um crescimento populacional com tendência ao envelhecimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

De acordo com o MS (BRASIL, 2010), no Brasil a prevalência do diabetes gestacional, em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no SUS é de 7,6% (Critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos com apenas tolerância diminuída à glicose e 6% com hiperglicemia em nível de diabetes fora da gravidez, mulheres com disposição a intolerância à glicose merecem atenção especial, principalmente na mudança do estilo de vida, como também, melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, evitando que as gestantes possam evoluir para o diabetes tipo 2, ou venham apresentar algum comprometimento com feto.

Os valores de glicose plasmática para definir tolerância à glicose diminuída em jejum maior que 100mg/dl e menor que 126mg/dl, e duas horas após 75g de glicose igual ou superior a 140mg/dl e menor que 200mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A importância em manter os níveis de glicose normal no sangue é fator fundamental para o metabolismo do sistema neurológico, já que o oxigênio é essencial para o funcionamento do cérebro. Durante a gravidez, 60% a 70% das necessidades de energia são fornecidas por glicose fetal, daí a relevância de manutenção dos níveis normoglicêmicos nas gestantes, ao permanecerem em vigilância no processo de gestação, parto e puerpério (WIGHT, 2006).

Nos sistemas de saúde, há sempre necessidade em referenciar pacientes para outros níveis de atenção. No serviço público, não é tarefa fácil à aquisição de vagas no setor secundário e terciário. A gestante diabética às vezes permanece meses em filas de espera, em busca de atendimento especializado, e logo diagnosticada como portadora de DMG, deixa de fazer parte do pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), para ser referenciada para o nível secundário ou terciário passando a ser considerada gestação de alto risco, atendida por equipe multidisciplinar composta por médico obstetra, endocrinologista, nutricionista, enfermeira obstetra e outros profissionais, dependendo da necessidade e da gravidade do caso. A gestante diabética, em acompanhamento em centros de atenção secundária ou terciária, pode ser acompanhada pelas equipes de atenção básica, visa a maior controle e aderência aos tratamentos preconizados nos níveis de maior complexidade, já que a unidade básica está mais próxima da gestante.

2.5 Classificação do Diabetes Mellitus

A proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas com base na etiologia e não no tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

1. DM tipo I (DM1) – Ocorre em 5% a 10% dos casos, ocorre devido à destruição das células betapancreáticas, resulta em deficiência de insulina.
 - Autoimune;
 - Idiopático
2. DM tipo II- (DM2) – Ocorre em 90% a 95% dos casos e se caracteriza pelo defeito na ação e na secreção da insulina.
 - Outros tipos específicos de DM;
 - DM Gestacional.

Por isso promover ações que impeçam complicações maternas e fetais é uma dupla tarefa para quem conduz as políticas públicas em saúde, e também para quem realiza o papel de profissional, pois o diabetes gestacional, em muitos casos, considera-se uma doença silenciosa, de evolução rápida, assintomática que não detectada precocemente traz muitas repercussões para mãe /filho.

2.6 Epidemiologia do Diabetes Mellitus

No Brasil a mortalidade materna é indicador de fundamental importância na realidade social da nação. Em patamar pouco confortável, ou seja, milhares de mulheres morrem todos os anos por complicações na gestação, parto e puerpério, principalmente, doenças crônicas como diabetes e patologias não transmissíveis. Em 2003, estimou-se a ocorrência de 72,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos, (BRASIL, 2004). O Estado do Ceará, em 2003, registrou 65 óbitos maternos, 8 em Fortaleza e 57 no interior do estado, distribuídos em 45 municípios (CEARÁ, 2007).

O diabetes gestacional vem sendo responsável por mortes maternas em todos os países, em cada ano se apontam novos casos, havendo necessidade de implantar em caráter de emergência, políticas públicas preventivas que impeçam o crescimento exagerado da doença, evitando problemas e complicações futuras, como óbitos e sequelas irreversíveis.

Complementando o fato, e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença, em todo o mundo é de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Em 2006 havia cerca de 171 milhões de pessoas doentes de diabetes, esse índice aumentou rapidamente. É estimado que, em 2030 o número dobre. No Brasil é cerca de seis milhões de portadores, com 10 milhões de pessoas em 2010. Indicador macroeconômico é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento causando impactos negativos sobre a morbimortalidade precoce, contribuindo para o crescimento da pobreza e oneração dos cofres públicos (BRASIL, 2006).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 240 milhões de pessoas sejam diabéticas em todo o mundo, o que significa que 6% da população tem diabetes, afetando cerca de 12% da população no Brasil (aproximadamente 22 milhões). Em estudo tem-se que a Índia e a China continuam como os países com maiores taxas de diabetes em 2030. O Brasil passa da 8ª posição, 4,6% em 2000, para a 6ª posição, 11,3% em 2030. Apesar de inúmeros esforços, envolvimento do poder público e dos profissionais de saúde, o Brasil ainda permanece em zona de desconforto em relação à patologia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Quatorze de novembro é considerado dia mundial do Diabetes, Lei nº 10.816 de 1 de junho de 2001, Projeto de Lei nº 550 de 1999. Levantamento do MS, publicado em 13.11.2012 traz que o diabetes mata quatro vezes mais pessoas do que AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e supera o número de mortos em acidentes de trânsito. São dados comparados com os de 2010: 54 mil morreram por consequência direta do diabetes. Outros 68,5 mil, aproximadamente por outras doenças, câncer e problemas cardíacos, e diabetes como fator associado, que agrava o quadro de enfermidades. Quase 123 mil diabéticos faleceram. Entre 2000 e 2010, mais de 470 mil pessoas faleceram em todo o Brasil, em decorrência do diabetes. A taxa de mortalidade vai de 20,8 por 100 mil habitantes, em 2000, para 28,7 por 100 mil habitantes, em 2010. Dados recentes mostram que, no primeiro semestre de 2010 a 2012, registram-se em média 72 mil hospitalizações decorrentes da doença (BRASIL, 2013).

Complementando a informação, a Vigitel, 2011 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), apresentada em maio pelo MS, e

baseada em entrevistas telefônicas feitas nas capitais, 5,6% de adultos, aproximadamente 7,5 milhões são portadores da doença (BRASIL, 2011b).

Estudos comprovam que o número de pessoas com diabetes duplicará em 2030, e, pesquisas evidenciam que será uma doença de preocupação pelos poderes públicos no mundo para as próximas décadas, principalmente o diabetes gestacional. A patologia força a criação de programas de políticas públicas, principalmente organização de sistemas de saúde, de cuidado humanizado, distribuição gratuita de medicamentos e equipamentos necessários, permiti acessibilidade e disponibilidade de cuidados, educação para profissionais de saúde e educação das mulheres grávidas e não grávidas em idade reprodutiva. Realmente, no futuro, as coisas se permeabilizarão melhor, a exemplo, a rede cegonha, estratégia do MS, que visa melhorar a qualidade de assistência às mulheres e bebês, ampliando-lhes direitos, ou permitindo-lhes a execução de políticas públicas (WILD et al., 2004).

2.7 Diagnóstico de Diabetes Mellitus

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o diagnóstico do Diabetes Mellitus obedece a três critérios: poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescida de glicemia casual acima de 200mg/dl; glicemia de jejum igual ou acima de 126mg/dl e glicemia de duas horas pós sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl.

2.8 Fatores de risco para o Diabetes Mellitus Gestacional

Há necessidade de conhecimento dos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do diabetes gestacional e eventual capacidade de identificação de paciente cuja evolução não justifica um cuidado especial. Principais fatores reconhecidos até o momento: idade acima de 30 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação, parentes próximos com diabetes, gestação anterior com bebê pesando mais de 4 Kg ao nascer, aborto ou morte fetal anterior (não-esclarecido), tratamento de hipertensão, diabetes em gestações anteriores e presença de glicose na urina. É de suma importância reconhecer os fatores agravantes e condicionantes para melhor condução profilática da doença (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO-2009-2013).

Para se pontuar a prevalência de DMG, é necessário avaliar a população estudada, etnia, área geográfica, frequência de rastreamento e critérios diagnósticos. O DMG representa

cerca de 90% de formas de manifestação do diabetes na gestação, ocorrendo agravamento de intolerância à glicose com mais frequência no terceiro trimestre de gestação. As mulheres com intolerância à glicose devem ser monitorizadas e acompanhadas pelo serviço de saúde, para que futuras gestações não venham a desenvolver a DMG (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2007).

2.9 Diagnóstico para o Diabetes Mellitus Gestacional

Durante muito tempo, o diagnóstico de diabetes gestacional foi de difícil definição. Atualmente, têm-se como rotina no pré-natal, todas as gestantes que vão pela primeira vez à unidade básica de saúde, solicitar a glicemia de jejum, independentemente da história familiar ou obstétrica para diabetes. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família ficam responsáveis em rastrear as gestantes.

No consenso de 2010, o teste de tolerância oral com sobrecarga de 75 g de glicose é o de escolha para diagnóstico do DG, aplicado às gestantes entre a 24^a e a 28^a semana de gestação, com análise de glicemia de jejum (oito horas) de uma a duas horas após a sobrecarga de 75 g de glicose. Faz-se assim o diagnóstico de DG, quando a paciente apresenta um ou mais valores maiores ou iguais aos de referência do TTGO 75 g, ou seja, glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL, de uma hora após a sobrecarga ≥ 180 mg/dL e de duas horas após a sobrecarga ≥ 153 mg/dL. No consenso, recomenda-se que as gestantes, independente de fatores de risco, devem ter, na primeira consulta de pré-natal, dosagem de glicemia de jejum com o objetivo de identificar pacientes portadoras de diabetes não diagnosticado previamente à gravidez (*Overt Diabetes*) e (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES; PREGNANCY STUDY GROUPS CONSENSUS PANEL, 2010).

Com resultado do teste positivo, a OMS e a American Diabetes Association (ADA) recomendam o teste de sobrecarga com 75 g de glicose, entre 24 e 28 semanas de gestação. Porém, para conduzir caso positivo no primeiro trimestre, associado com fatores de risco, ele deve ser realizado mais precocemente. A gestante diabética não tratada adequadamente pode apresentar complicações obstétricas: amniorrexe, prematuridade, feto macrossômico, e maior risco de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) e pode evoluir para diabetes tipo 2.

Muitos serviços em face de consenso, em março de 2010, adotam novos critérios para diagnóstico de diabetes durante a gravidez: em janeiro de 2011, a ADA modifica

recomendações para diagnóstico de DG, abandona o TTGO com sobrecarga de 100 g, e que fossem seguidos os critérios estabelecidos pelo Consenso do IADPSG para o diagnóstico do DG de acordo com AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2007). Este consenso veio para mudar a maneira de definir o diagnóstico de Diabetes Gestacional e ao mesmo tempo programar estudos novos acerca da doença.

Geralmente o acompanhamento da gestante diabética no período pré- parto, é feito com aferição da glicemia, de hora em hora, sem administração de insulina até o parto, prevenindo possíveis hipoglicemias.

No puerpério imediato, as mulheres devem ser acompanhadas pela equipe multidisciplinar e interdisciplinar, conforme orientações do Diabetes Prevention Program (DPP), que recomenda no pós-parto, controle dietoterápico e realização de atividades físicas, como forma de reduzir ou retardar progressão para o DM2 .

O diagnóstico do diabetes mellitus gestacional foi modificado recentemente, à vista de normas e rotinas na realização do novo teste. Tem-se avanço na assistência às gestantes, consideradas de alto risco, com recomendações específicas, evitando complicações à mãe e ao feto, ou seja, prematuridade, internações em unidades de terapia intensiva neonatal, além da prevenção de comorbidades futuras (obesidade, hipertensão e diabetes), reduzindo desperdícios financeiros com tratamento desnecessário. De certa forma, as mulheres permanecem em vigilância entre sexta e décima segunda semana pós-parto, com reavaliação a cada três anos para identificar ou não diabetes.

2.10 Tratamentos de Portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional

A depender do nível de glicose no sangue, o diabetes gestacional é controlado pela dieta, exercícios físicos, controle de peso e tratamento medicamentoso.

2.10.1 Dieta

O diabetes é uma doença ligada diretamente à prevalência de sobrepeso e obesidade, consideradas problema de saúde pública mundial que afeta ambos os sexos em todas as faixas etárias, especialmente mulheres em idade reprodutiva. Como resultado, muitas apresentam excesso de peso antes de engravidar e, na gestação, a maioria excede o ganho ponderal recomendado, possibilitando o desenvolvimento do diabetes mellitus gestacional e doenças relacionadas à gravidez (CRANE et al., 2009).

O estado nutricional da mulher, antes e durante a gestação, é componente fundamental na avaliação obstétrica, pois a gestante com ganho de peso significativo deve ser acompanhada pelo serviço de nutrição com controle de dieta balanceada, pois sobrepeso e obesidade pode estar associada à ocorrência de complicações gestacionais como diabetes, pré-eclâmpsia, hipertensão, insuficiência cardíaca, prematuridade, retardo de crescimento uterino, defeito do tubo neural e morte neonatal (RASMUSSEN; YAKTINE, 2009).

A terapia nutricional é a primeira opção de tratamento da maioria de mulheres com diabetes gestacional. A terapia evita ganho excessivo de peso, além de gerar menor taxa de macrosomia fetal e de complicações perinatais. O cálculo de calorias da dieta e do ganho de peso, na gestação, baseia-se no peso ideal pré-gestacional. A dieta prescrita contém 30 kcal por kg de peso ideal, com adição de 340/450 kcal no terceiro trimestre. (KAISER; ALLEN, 2008). É notório que a dieta balanceada mantém níveis glicêmicos normais, porém existem casos em que há necessidade de associação com outros componentes para que as condições glicêmicas e obstétricas permaneçam estáveis.

Seguem orientações nutricionais imprescindíveis para acompanhamento dietético de gestantes diabéticas. O valor calórico total da dieta é distribuído em três refeições e dois a três lanches. Em gestantes obesas, os lanches podem ser eliminados. O café da manhã contém em torno de 10% das calorias do dia; o almoço, 30%; o jantar, 30%; e os lanches, 30%. Dietas muito restritivas (com menos de 1.500 kcal/dia) induzem cetonemia e não são recomendadas. Dietas com restrição calórica moderada (1.600 - 1.800 kcal) não acarretam cetose, são efetivas no controle do ganho de peso materno e no controle glicêmico. A redução de calorias da dieta em 50% tem benefício semelhante àquela com redução em 33% para o controle glicêmico; a última não acarreta cetose e a restrição recomendada. A ingestão mínima de carboidratos recomendada na gestação é de 175 g por dia (KNOPP et al., 1991, p. 43).

O DMG precisa ser conduzido por equipe multiprofissional, pois, a partir da intervenção de cada profissional, as medidas terapêuticas são administradas de acordo com a necessidade da gestante, para alcançar a normoglicemia materna, quebrando o ciclo maléfico da entidade e, conseqüentemente reduzindo a incidência de efeitos lesivos ao binômio materno-fetal.

Pesquisas comprovam realmente a importância do adequado estado nutricional quando associado ao equilíbrio alimentar e ganho de peso dentro de parâmetros normais, e como contribuem para a diminuição da morbimortalidade materno-infantil. Assim, considerando-se

que o Diabetes Mellitus Gestacional representa fator de alto risco gestacional com importante interface com o cuidado nutricional.

2.10.2 Exercício

A prática regular de atividade física é indicada a pacientes com diabetes, melhorando o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda o emagrecimento de pacientes obesos, diminuindo os riscos de doença cardiovascular e melhorando a qualidade de vida. Assim, atividade física é considerada prioritária, para o grupo de mulheres, quando associada a outras práticas de educação em saúde.

Atividade física leve e moderada de pacientes sem contraindicações clínicas ou obstétricas contribui para redução e controle da glicemia. Faz parte da estratégia de tratamento do diabetes gestacional. Paciente sedentária é orientada a iniciar caminhadas regulares e/ou de exercícios de flexão dos braços. Gestante em prática de exercícios regulares mantém atividades físicas habituais, evitando exercícios de alto impacto, obedecendo a recomendações específicas ao diabetes gestacional.

Nos exercícios devem seguir os critérios: início de forma gradual, com caminhadas por 5 a 10 minutos em terreno plano, aumentando semanalmente de 30 a 60 min diários, 5 a 7 dias por semana. Nesse processo, qualquer aumento de atividade física deve ser valorizado como ganho de saúde e não como meta final não alcançada. A intensidade é aumentada progressivamente. São contraindicações: perda da sensibilidade dos pés; retinopatia proliferativa e riscos de doenças cardiovasculares entre outros (BRASIL, 2006).

2.10.3 Tratamento medicamentoso

A gestação traz inúmeras mudanças no processo anátomo-fisiológico da mulher, o que é diferente no sistema endócrino: a gestação é um estado hiperinsulinêmico caracterizado pela diminuição da sensibilidade à insulina, parcialmente explicada pela presença de hormônios diabetogênicos, como progesterona, cortisol, prolactina e hormônio lactogênico placentário. Os níveis glicêmicos de jejum tendem a mais baixos, na gestante, contudo os valores pós-prandiais são mais altos, sobretudo nas em que não há aumento adequado de liberação de insulina. Permanecendo alterados os níveis glicêmicos, há necessidade de administração de insulina exógena (MAGANHA; VANNI et al., 2003).

Há divergência nas diretrizes de continuidade, no tratamento do diabetes gestacional: a SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes) sugere insulina como tratamento padrão, enquanto o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomenda metformina e a *International Diabetes Federation* (IDF) aponta metformina e glibenclamida como opções de tratamento, principalmente em situações em que o uso de insulina é difícil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). No Brasil, principalmente no Estado do Ceará, a insulina faz parte dos programas de saúde pública, de distribuição gratuita, medicação indicada em primeira linha para paciente gestante.

Insulina

Historicamente, a descoberta da insulina e a introdução na terapêutica da gestante diabética foi marco na qualidade de vida e na assistência à mulher, pois, durante décadas, as estatísticas sobre diabetes e gestação anteriores à utilização clínica da insulina são sombrias, com relato de cerca de 30% de mortalidade materna na gestação e 50% de óbitos perinatais, sem definir precisamente as complicações e sequelas. Aplicada a insulina, no controle do DMG, a saúde da gestante foi colocada em foco, e dados evidenciam significativamente a diminuição das complicações perinatais e maternas, com grande impacto na redução de óbitos fetais (FEUDTNER; GABBE, 2000).

O uso da insulina depende de critérios: aplicam-se duas injeções diárias, 30 minutos antes da 1^o e da 3^o refeições do dia, pela manhã mistura de insulina NPH e insulina Regular, na proporção de 2:1 e, à tarde, em quantidade igual. O monitoramento glicêmico em dosagem de glicemia capilar, pela própria paciente, várias vezes ao dia, é considerado ideal. Recomendações incluem a monitorização da glicemia capilar ao menos quatro vezes ao dia (jejum e duas horas após refeições), na paciente com DMG controlado com dieta, e sete vezes ao dia na em insulino terapia (LANGER et al.,1995). Existem serviços de obstetrícia que editam esquema móvel de insulina regular, associado a resultados da glicemia capilar, pois, no momento do exame, se a glicose resulta acima de 140mg/dl, são aplicada unidades de insulina de acordo com o esquema.

2.10.4 Tratamento obstétrico

O tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus Gestacional é à base de insulinas humanas (NPH e Regular) preferidas por ser menos imunogênicas, além de eficácia e

segurança comprovadas, de acesso gratuito no serviço público. A insulina regular é de ação rápida, enquanto a NPH age de forma lenta (SINGH et al., 2009).

É inegável a importância de associar educação em saúde, exercícios físicos, controle de sobrepeso com tratamento medicamentoso, melhorando prognóstico e diagnóstico de gestantes possibilitando gravidez mais tranquila, com menores riscos de complicações.

Há interesse sensível direcionado à valorização do diagnóstico e tratamento de gestante com diabetes, pois, do ponto de vista obstétrico, o diabetes complica a gestação, e, do ponto de vista metabólico, a gravidez complica o diabetes. Assim, durante o período periparto, os níveis de insulinas estão diminuídos, e podem favorecer o desenvolvimento de hiperglicemia. Desta forma, a concepção na mulher diabética com fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2 deve ser cuidadosamente planejada, mantendo-se o controle glicêmico adequado, com dieta e exercícios regulares, além de evitar ganho de peso excessivo ou sobrepeso. Associados a essa visão, estudos clássicos comprovam que a mortalidade perinatal foi maior nos períodos em que o rastreamento e diagnóstico foram negligenciados em relação ao diabetes gestacional. Além disso, o tratamento rigoroso pré-concepcional, em mulheres diabéticas, melhora o prognóstico perinatal (ZAWIEJSKA et al., 2008).

Apesar do avanço de novas pesquisas, a criação de políticas públicas de saúde, prevenção, diagnóstico mais preciso, tratamento gratuito, equipes multidisciplinares, cada vez mais capacitadas, envolvimento do governo, da família e da sociedade, o Diabetes Mellitus Gestacional se enquadra como uma doença em ascensão do ponto de vista epidemiológico, responsável por complicações e sequelas do binômio mãe- filho, registrados elevados índices de mortalidade materna e neonatal. O cuidado se redobra rastreando os níveis glicêmicos pela auto-monitorização da glicemia capilar, avaliação de níveis da hemoglobina glicada, menor que 7 e observadas medidas de controle glicêmico, jejum- 70-130mg/dl e pós prandial menor que 160 mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

O Diabetes Mellitus Gestacional, por ser considerado doença silenciosa, de ocorrência no período gestacional, inicialmente sinais e sintomas inaparentes, podendo desencadear intercorrência na gestante e feto, necessita de abordagem minuciosa e detalhada para evitar possíveis repercussões.

2.11 Repercussões da Diabetes Mellitus Gestacional sobre a mãe

Como efeito do diabetes gestacional, pontuam-se complicações que surge com a doença. É importante entender que certas ações previnem riscos, quando conduzidas corretamente:

- Durante o primeiro trimestre, as necessidades de insulinas são maiores, geralmente, permanecem estáveis no segundo, e aumenta bastante no terceiro trimestre pelo metabolismo basal alterado, período em que se registram maiores números de internamentos;
- Maior tendência à cetoce e acidose;
- Maior incidência de abortamento espontâneo, em virtude de alterações vasculares que atingem a circulação placentária;
- Ocorrência de toxemia em 25% das pacientes diabéticas, isto é, doença hipertensiva específica da gravidez;
- Ocorre polidrâmnio em 25 a 30% das pacientes diabéticas. Normalmente gestantes com líquido amniótico aumentado requerem uma pesquisa mais precisa em DMG;
- Maior incidência de infecção do trato urinário, com evolução para amniorrexe prematura (MONTENEGRO, 2013).

2.12 Repercussões do Diabetes Mellitus Gestacional sobre o feto

A incidência de malformações congênitas depende do grau de controle glicêmico no momento da concepção, pois o alcance da euglicemia pós organogênese não tem efeito protetor ou preventivo para complicações, enquanto que o controle glicêmico, no segundo e no terceiro trimestre gestacional, está relacionado à prevalência e incidência de macrosomia e distorcia fetais. Sendo assim, durante a gestação, ela realiza o monitoramento do perfil glicêmico pela glicemia capilar, no mínimo, cinco vezes ao dia (BARTHA; FRESNO; DELGADO, 2003).

De maneira específica, citem-se complicações do diabetes gestacional sobre o feto, com níveis glicêmicos descontrolados:

- Rápido crescimento fetal;
- Maior ação de hormônios adrenocorticais favorecendo a passagem da glicose da mãe ao feto;
- Macrosomia fetal leva à distórcia mecânica e ao toco traumatismo;
- Elevada incidência de morte fetal nas 3 ou 4 últimas semanas da gestação;

- Maior incidência de sofrimento fetal durante o parto;
- Elevada incidência de complicações respiratórias no recém-nascido;
- Maior morbidade neonatal: hipocalcemia;
- Maior incidência de malformações congênitas:
 - a) malformações nervosas: meningocele e anencefalia;
 - b) malformações renais: agenesias;
 - c) malformações cardíacas (MONTENEGRO, 2013).

Feita a abordagem do Diabetes mellitus e do Diabetes Mellitus Gestacional, direciona-se o foco da pesquisa, com retrospectiva da patologia no Brasil, nos Estados Unidos, Irã, África e na Índia, principalmente no que se refere às políticas públicas direcionadas à doença, com destaque para os aspectos relevantes.

2.13 Políticas públicas do Brasil, Estados Unidos, Irã, África e Índia direcionadas às portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional

2.13.1 Políticas públicas do Brasil voltadas para o diabetes mellitus gestacional

As políticas públicas para o diabetes gestacional são as mesmas para os outros tipos de Diabetes Mellitus. No Brasil, cria-se o Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, com o objetivo de estabelecer metas e diretrizes para ampliação de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da Hipertensão e do Diabetes, pela reorganização do trabalho de atenção à saúde, em unidades da rede básica dos serviços de saúde, conhecido como hiperdia (BRASIL, 2004).

Há anos que os postos de saúde distribuem medicamentos gratuitos para Diabetes, e o Ministério da Saúde, desde fevereiro de 2011, intensifica a distribuição, disponibilizando medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, em farmácias credenciadas, pelo programa “saúde não tem preço” que promove a ampliação da rede “aqui tem farmácia popular”. Nesse programa, o usuário recebe medicamentos padronizados pelas políticas de saúde pública gratuitamente.

O Ministério da Saúde desenvolve estratégia de educação em saúde de autocuidado voltado ao portador de diabetes e sua família. A estratégia capacita rede de tutores e multiplicadores em âmbitos regional, estadual e local. O objetivo é desencadear metas de capacitação da prática do profissional, executa ações que desenvolvam autonomia de

autogestão, levando à construção de habilidades e desenvolvendo atitudes que conduzam o portador de diabetes e a sua família a melhorar a qualidade de vida e percepção sobre o controle da doença e redução das complicações do diabetes mellitus. O autocontrole permite que o próprio paciente tenha conhecimento dos tipos de insulinas, do processo de administração, do rodízio de locais de aplicação, além da percepção de sinais e sintomas relacionados a hipoglicemias e hiperglicemias.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) elaborou ações e condutas para profissionais de saúde que assistem aos portadores de diabetes mellitus, e, principalmente para mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional:

- Oferecer cuidado a pacientes, direcionando aos aspectos culturais;
- Estimular a relação paciente/equipe permitindo participação do paciente, retirando suas dúvidas, avaliando o autocuidado, com participação da família, no processo de recuperação da doença e melhoramento da qualidade de vida;
- Ter certeza de que o assunto sobre autocuidado foi abordado;
- Explicar tratamento longo, com análise de aspectos psicológicos, respeitando crenças e valores.
- Traçar plano de cuidados individualizado, com participação da família, alterando o plano sempre que necessário;
- Promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e familiares, organizar grupo de ajuda mútua;
- Explicar que o paciente é o próprio responsável pela condição de saúde;
- Promover a educação profissional;
- Manter sempre o contato com o paciente, agendando consultas periódicas;
- Possibilitar o acesso ao serviço nas complicações;
- Cadastrar os pacientes para facilitar o controle e a identificação dos que não estão frequentando periodicamente, e, avaliar a qualidade do cuidado, alterando mudanças sempre que necessárias.

Posteriormente, surgiu o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, para os anos de 2011 a 2022, cuja meta principal é definir e priorizar as ações e investimentos necessários à preparação do país para enfrentamento e detecção de doenças, nos próximos dez anos, incluindo Diabetes Mellitus (BRASIL, 2011).

Uma das ações desenvolvidas pelo programa é disponibilizar para Estados e Municípios um sistema informatizado de cadastramento de hipertensos e diabéticos, que possibilite o melhor acompanhamento e garantia do recebimento dos medicamentos prescritos e também definição do perfil epidemiológico da população, facilitando, assim, elaboração de estratégias de saúde pública compatíveis com as necessidades do grupo, melhorando a qualidade de vida das pessoas e reduzindo custos financeiros no serviço público.

Além disso, o sistema informatizado cadastra e acompanha o paciente em unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para gerentes locais, gestores de Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde, possibilitando o controle sobre os mesmos, e serve de ferramenta útil para profissionais da rede básica de saúde e gestores do SUS.

Com a implantação do sistema de informação ambulatorial (AIH), criado em 1997, o registro de consultas de pré-natal aumentou quando comparado a dados anteriores. Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Em dezembro de 2002, o número passa para 4,4 consultas de pré-natal para cada parto (BRASIL, 2011c).

Comparando dados supracitados com indicadores do SISPRENATAL (2002), somente 4,07% de gestantes inscritas no PHPN realizaram o elenco mínimo de 29 ações preconizadas pelo programa, Brasil, (2001b), e 9,43% fizeram seis consultas de pré-natal e consulta de puerpério. A comparação constata que, embora preconizado pelo programa de políticas públicas, o sisprenatal não consegue captar todas as gestantes no primeiro trimestre.

O Ministério da Saúde elabora ações de intervenção direta sobre DMG, e anuncia que pretende implantar o programa “Academia da Saúde”, com pontos que facilitem a prática de exercícios físicos e orientação nutricional para a comunidade, meta é que até 2014, seja possível inaugurar 4 mil locais do tipo. Além disso, o SUS disponibiliza e fornece gratuitamente medicamentos para controle do diabetes, inclui insulina e seringas, assim como aparelho e fitas reagentes necessários para controle de níveis de glicemia, com base na lei Nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 (BRASIL, 2013).

O Senado Federal aprova o Projeto de Lei 390/08, que inclui o diabetes mellitus entre as enfermidades cujos portadores obtêm isenção do imposto de renda sobre proventos de aposentadoria. Outros dois projetos de lei visam melhorar a situação dos portadores do diabetes. O primeiro permite que os doentes saquem saldos de contas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS); inclui o diabetes entre as doenças que dão direito à

inexigibilidade de prazos de carência para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez; o segundo estabelece programa de educação especial para diabéticos, o que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a realizar campanhas esclarecedoras sobre a doença em todo o país (CALHEIROS, 2008).

2.13.2 Políticas públicas em saúde direcionadas ao Diabetes Mellitus Gestacional nos Estados Unidos

Em 2002, o Diabetes mellitus Gestacional tornou-se uma das complicações mais frequentes em mulheres nos Estados Unidos. Anualmente de 4 milhões de gestação, 8% apresentam complicações com diabetes e 90% relacionada com DMG. Em termos de valores absolutos, nos Estados Unidos a cada ano, cerca de 200.000 mulheres são diagnosticadas com DMG (SCHMIDT et al., 2000). A prevalência da doença ficou mais evidente entre os anos de 1989 a 2004, associada a sobrepeso e obesidade entre mulheres em fase reprodutiva.

Inicialmente far-se-á comparação entre as três instituições nos Estados Unidos que apontam ações que envolvem políticas de assistência às portadoras de DMG, no que se refere à prevenção, diagnóstico e ao tratamento como descritas no quadro 1.

O Quadro 1 faz a Comparação entre American Diabetes Association (ADA), Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE), para cuidado em DMG.

Esse quadro faz o resumo das políticas públicas em saúde desenvolvidas por instituições que realizam ações direcionadas às gestantes com Diabetes Mellitus.

American Diabetes Association (ADA), 2007.	Instituto Nacional De Saúde e Excelência Clínica (Nice)	Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG)
Orientar a gestante a procurar serviço especializado em DMG para o pré-natal	A terapia é financiada pelo Governo	Capacitar obstetra, e ginecologista e outros prestadores de serviços de saúde.
Prevenção do diabetes	Promover boa saúde com pacientes diabéticos	Assistir as gestantes com história de antecedentes de DMG
Aconselhamento	Prevenção e tratamento	Acompanhar as crianças filhas de mães com DMG
Nutrição	Avaliações são	

	multidisciplinares	
Exercício físico	Pesquisa e saúde econômica	
Orientar a não fumar	Diretrizes clínicas para diabetes na gravidez. Publicado em 2008	
Manter estilo de vida saudável	Todas as mulheres com diabetes gestacional devem receber aconselhamento nutricional	
Políticas de cobertura e reembolso dependem da área geográfica	A terapêutica com insulina	
Serviços privados		
Terapia com pacientes diabéticos		

Fonte: Simmons et al (2010)

2.13.3 Políticas públicas para diabetes gestacional no Irã

A prevalência mundial de Diabetes Mellitus Gestacional varia de um país para outro, porém as mulheres iranianas são consideradas de alto risco: 01 em cada 20 gestações apresenta alguma complicação com diabetes. O diabetes vem sendo considerado problema de saúde pública grave, podendo relacionar-se com o estilo de vida da população, com dieta inadequada, falta de exercícios físicos e rápido crescimento de urbanização (KESHAVARZ et al., 2005).

A República Islâmica do Irã tem atualmente população de aproximadamente 74 milhões. Conta com rendimento médio baixo, com taxa de mortalidade de adultos de 118 por 1.000 adultos, com idade de 15-59 anos. Doenças Não Transmissíveis (DNT) representam 72% de mortes. O diabetes mellitus gestacional é uma doença que causa preocupação para gestante neste país, pois a taxa de incidência chega 4,8% (KESHAVARZ et al., 2005, p. 279).

Em síntese, as estratégias e ações de políticas públicas no Iran para portadoras de diabetes mellitus gestacional, são medidas criadas pelo governo nos anos de 2004 a 2008:

- Abordagem multifacetada envolvendo a conscientização, comportamento e educação em saúde;
- Oferta do cuidado em saúde primário;
- Saúde como direito de todos;
- Melhoria da qualidade ao acesso aos serviços de saúde;
- Capacitação da comunidade;

- Programa Nacional de Controle e Prevenção de Diabetes (NPDCP) criado em 1999 pelo MS;
- Prevenção primária, secundária e terciária para todos os tipos de diabetes, incluindo principalmente áreas rurais;
- Define soluções para o cuidado em saúde;
- Dificuldades enfrentadas pelo Irã: impacto negativo dos resultados de saúde, limitado acesso aos serviços de saúde, falta de assistência pública disponibilizada pelo governo (ALAVINIA; ETEMAD; MAHDAVIAL, 2012).

2.13.4 Políticas públicas para diabetes gestacional no Continente da África Oriental

Apesar de países sinalizar alta incidência de Diabetes Mellitus Gestacional, em áreas rurais do continente da África Oriental, pouco se sabe sobre DMG. Valores podem estar subestimados devido à falta de diagnósticos precisos. As taxas de mortalidade materna por Diabetes também não são divulgadas. No entanto, o controle de Diabetes, na África se torna um desafio, pois os recursos são escassos, pouca infraestrutura e baixos níveis educacionais. Além disso, não existem programas de políticas públicas definidas, incluindo a organização dos sistemas de saúde, distribuição de medicamentos e ferramentas direcionadas ao diabetes gestacional. O acesso e disponibilidade dos serviços de saúde aos usuários são fragmentados, e pouca capacitação de profissionais (ZECK; McINTYRE, 2008).

2.13.5 Políticas públicas para diabetes gestacional na Índia

Na Índia, as políticas públicas são recentes, apesar de o Diabetes Mellitus Gestacional representar problema de saúde pública grave, com implicações sociais para a nação, necessitando de investimento elevado. O governo faz política pública a que os usuários tenham acesso. Nos anos de 2007- 2008 lançam-se campanhas educativas via mídia em sintonia com outras fontes de divulgação, com a finalidade de envolver as pessoas, incluindo os alfabetizados ou não (MADHAB; PRASAD; KAPUR, 2011).

Ações políticas Indianas se exercem de maneira bidirecional, envolvendo não somente fatores racionais, mas também apoio da opinião pública. Em julho de 2010, tem-se o programa nacional de prevenção e controle do diabetes:

- Incentivo à educação em saúde de portadora de DMG;

- Conscientizar a gestante sobre a relevância do DMG;
- Fóruns multistakeholder acerca do DMG;
- Triage para DMG;
- Obrigatoriedade de três consultas de pré-natal;
- Incentivar o exercício físico;
- Tratamento médico quando indicado;
- Redução da morbimortalidade materna e neonatal;
- Prevenção do diabetes (MADHAB; PRASAD; KAPUR, 2011).

Faz-se necessário a implantação e acompanhamento de novas políticas públicas direcionadas à gestante diabética, com o objetivo de reduzir riscos e complicações, favorecer gestação saudável, pré-natal de qualidade, melhorar a vida de mulheres portadoras de DMG e de fetos.

2.14 Aspectos das políticas públicas sobre Diabetes Mellitus e Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil comparados com outros países

O Quadro 2 faz comparação entre ações de políticas públicas direcionadas às mulheres portadoras Diabetes Mellitus e de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) desenvolvidas no Brasil, Estados Unidos, Irã, Continente da África Oriental e a Índia. Seleccionamos ações, normas e diretrizes de acordo com a desses países, identificando medidas preventivas e terapêuticas existentes para a patologia.

Os dados foram recolhidos mediante levantamento de artigos sobre políticas públicas, na área da saúde, voltadas para o Diabetes Mellitus e Diabetes Mellitus Gestacional, comparando as do Brasil com as de outros países.

Quadro 02- Comparação entre o Brasil e outros países em relação a elaborações de políticas públicas voltadas para o Diabetes Mellitus e para as mulheres portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional

Ação relacionada ao DMG	Brasil	EUA	Irã	África	Índia
Informatização que permite o cadastramento das gestantes diabéticas	Sim	Não	Não	Não	Não
Referenciar as gestantes diabéticas para ambulatórios especializados para realizar o pré-natal	Sim	Sim	Não	Não	Não
Assistir as gestantes com história de antecedentes de DMG	Sim	Sim	Não	Não	Não
Acompanhar as crianças filhas de mães com DMG	Sim	Sim	Não	Não	Não
Obrigatoriedade de três consultas de pré-natal	Sim	Não	Não	Não	Sim
Triagem para DMG	Sim	Não	Não	Não	Sim
Ação relacionada ao DM	Brasil	EUA	Irã	África	Índia
Educação em saúde para o autocuidado, incluindo portador e a família	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Inexigibilidade de prazos de carência para a concessão de auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez	Sim	Não	Não	Não	Não
Passaporte livre aos portadores da doença	Sim	Não	Não	Não	Não
Campanhas esclarecedoras sobre a doença em todo o país	Sim	Não	Não	Não	Não
Isonomia do imposto de renda sobre os proventos de aposentadoria aos portadores de diabetes	Sim	Não	Não	Não	Não
Saúde como direito de todos	Sim	Não	Sim	Não	Não
Políticas de cobertura e reembolso dependem da área geográfica	Não	Sim	Não	Não	Não
Serviços privados	Não	Sim	Não	Não	Não
Terapia com pacientes diabéticos	Sim	Sim	Não	Não	Não
O governo financia a terapia	Sim	Sim	Não	Não	Não
Avaliações são multidisciplinares	Sim	Sim	Não	Não	Não
Aconselhamento nutricional	Sim	Sim	Não	Não	Não
Saque dos saldos das contas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS)	Sim	Não	Não	Não	Não
Capacitação de profissionais, vigilância e assistência farmacêutica	Sim	Sim	Não	Não	Não
Define soluções para o cuidado em saúde	Sim	Não	Sim	Não	Não
Oferta de cuidado de saúde primário	Sim	Não	Sim	Não	Não
Melhoria da qualidade ao acesso aos serviços de saúde	Sim	Não	Sim	Não	Não
Não existem programas de políticas públicas definidas	Não	Não	Não	Sim	Não
Justiça na contribuição financeira	Não	Não	Sim	Não	Não
Programa Nacional de Controle e Prevenção de Diabetes	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Prevenção primária, secundária e terciária para todos os tipos de diabetes	Sim	Não	Sim	Não	Não
Fóruns multistakeholder	Não	Não	Não	Não	Sim
Pesquisas voltadas para o cuidado ao portador de diabetes	Sim	Sim	Não	Não	Não
Distribuição de medicamentos gratuitos para Diabetes	Sim	Não	Não	Não	Não
Atenção nas unidades da rede básica dos serviços de saúde	Sim	Não	Sim	Não	Não
Incentivar ao exercício físico;	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Redução da morbimortalidade materna e neonatal	Sim	Não	Não	Não	Sim
Ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes	Sim	Sim	Não	Não	Sim

Fonte: Simmons et al (2010)

Dos aspectos relacionados no quadro 2, podemos observar que o Brasil ocupa uma posição satisfatória em termos de atenção ao paciente portador de diabetes. Porém alguns quesitos deixam lacunas em sua efetivação, dentre eles a inexistência de uma política pública definida, bem como a sua implementação.

Atualmente, o Brasil ocupa o 4º país do mundo em números absolutos de pacientes portadores em diabetes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Porém muito se deve avançar em termos da efetivação de uma política que abranja todos os eixos da doença, ou seja, diagnóstico, tratamento, prevenção de complicações dentre outros.

Podem ser citados alguns aspectos já efetivados, como o dia mundial de combate ao diabetes, sendo escolhido o dia **14 de novembro**. A data foi definida pela Federação Internacional de Diabetes (IDF), entidade vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS), e introduzida no calendário em 1991, como resposta ao alarmante crescimento do diabetes em todo o mundo.

Por coincidência, também em 2007, entra em vigor, no Brasil, a Lei nº 11.347/2006 de autoria do ex-senador José Eduardo Dutra, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, e materiais necessários à sua aplicação, para o tratamento de portadores de diabetes. Reforça assim, a garantia constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de atendimento universal e equânime (BRASIL, 2006a).

Somado a esses eixos encontra-se o trabalho desenvolvido por profissionais de saúde a cerca da prevenção do diabetes.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

A pesquisa classifica-se quanto aos objetivos: exploratória descritiva, documental com abordagem quantitativa. No modelo exploratório, segundo Gil (2010), proporciona melhor conhecimento e familiaridade com o fenômeno ou problema. Complementando a definição Rouquayrol e Almeida Filho (2003) costumam descrevê-la como holística, por basear-se em premissa de que conhecimentos sobre indivíduos são possíveis com descrição da experiência humana, tal como é vivida e definida pelos seus autores.

Na pesquisa documental, de acordo com Gil (2010), tomam como base documentos originais, ainda sem tratamento analítico. Para Minayo (2008), a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, nas modalidades de coleta de informações, e no tratamento por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 2012). Ela permite a realização de projeções e generalizações, viabilizando teste de hipóteses de forma precisa.

3.2 Descrição do Local da Pesquisa e Período

O local selecionado para o estudo foi uma Maternidade Pública de referência em obstetrícia e ginecologia, em Fortaleza-Ceará. A instituição é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial. Integra o complexo hospitalar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).

A escolha foi por características específicas: atendimento à gestante de alto risco, referência para atendimento às portadoras de diabetes mellitus gestacional procedentes da capital e do interior do Estado do Ceará e por ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde.

A coleta de dados se desenvolveu nas unidades de internamento com paciente portadora de Diabetes Mellitus Gestacional, no período de novembro de 2012 a janeiro de 2013.

3.3 Amostra

Registraram-se de janeiro de 2012 a janeiro de 2013, cerca de 85 casos de mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, segundo dados do livro de ocorrência dos profissionais de enfermagem.

A população foi constituída de 44 gestantes e puérperas com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional: 14 internadas em novembro de 2012; 16 em dezembro de 2012 e 14 em janeiro de 2013, dados obtidos em registros diários da equipe de enfermagem. A amostra foi composta por 28 gestantes e puérperas com diagnóstico de DMG, conforme os critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa; estar em estado de saúde satisfatório; internada no período da coleta de dados, que conduzam o cartão de pré-natal independente do número de consultas realizadas e pré-natal no sistema de saúde público.

Como critério de exclusão adotamos: alguma limitação cognitiva que a impedisse de responder a entrevista, transferência para outro hospital, internada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Foram critérios de descontinuidade: desistência de participação do estudo após início da coleta ou óbito.

Vale salientar que 16 pacientes foram excluídas da pesquisa: 8 estavam realizando o pré-natal na rede privada e 8 não portavam o cartão de pré-natal.

3.4 Coleta de Dados

O instrumento utilizado foi o formulário, definido como uma coleção de questões e anotadas pelo entrevistador, face a face. A técnica utilizada foi entrevista estruturada, para obtenção de informações sobre determinado assunto ou problema, com roteiro previamente estabelecido, com consentimento livre e esclarecido (GIL, 2010; LAKATOS, MARCONI, 2011).

Constitui-se, num primeiro momento de pesquisa documental, em prontuários e cartão de pré-natal, no segundo, entrevista às gestantes e puérperas com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional.

3.5 Análise dos Dados

Na análise utilizou-se a Estatística Descritiva, que para Mann (2005) tem a finalidade resumir as observações, de modo a darem respostas às perguntas. Envolve coleta, organização

das informações fornecidas, detalhamento dos dados e cálculo da interpretação de coeficientes referentes à aplicação das diretrizes das políticas públicas dirigidas às gestantes portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional.

Para a tabulação e descrição dos dados, foram aplicados recursos computacionais, através de planilha do excel, para suporte à elaboração de índices e cálculos estatísticos.

A interpretação dos resultados da análise dos dados foi exposta em tabelas e quadros, em ordenamento vertical, contendo no cabeçalho as devidas especificações.

Para análise dos dados utilizamos conhecimentos prévios sobre o assunto, destacando pontos em comuns e divergentes no contrabalanço da teoria com os resultados, bem como o conhecimento da literatura específica.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, por se tratar de estudo com seres humanos, de acordo com a resolução 196/96, da Comissão Nacional de Saúde, que preconiza tratar o indivíduo com dignidade, respeitando a sua autonomia; comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos previsíveis sejam evitados (não maleficência); certificando igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio- humanitária, isto é, justiça e equidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Inicialmente, solicitamos por escrito autorização da direção da instituição. Em seguida o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, CEP/MEAC/UFC. A coleta de dados somente teve início após aprovação no CEP/MEAC, ofício N°025/12 e protocolo N°013/12/12. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo. Aceitando participar dessa investigação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-lhes garantido o anonimato e liberdade de continuar ou não participando do estudo. Entendendo que utilizaremos os dados do prontuário, solicitamos à direção da instituição o termo de autorização de Fiel Depositário.

4 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

No desenvolvimento da pesquisa, citam-se aportes teóricos relacionados às políticas públicas que dão suporte à mulher com diabetes mellitus gestacional. O objetivo da pesquisa foi analisar a aplicação das diretrizes das políticas públicas dirigidas às gestantes e puérperas portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional, durante o pré-natal, abordando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Foi aplicado um formulário a 28 mulheres, incluindo gestantes e puérperas com diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

Foram abordadas questões de políticas públicas para mulheres portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional, assim como outros itens relevantes e imprescindíveis na definição do diagnóstico de DMG. Feita análise e interpretação dos dados, os resultados foram comparados com as ações e diretrizes preconizadas pelas políticas públicas, principalmente com o tipo de assistência a que as gestantes e puérperas com diagnóstico de DMG tiveram acesso, conforme mostram as tabelas.

A questão relativa à idade materna foi elaborada com o objetivo de identificar a faixa etária das gestantes diabéticas e a sua relação com riscos de complicações obstétricas e neonatais. A Tabela 1 descreve os intervalos de idades entre as mulheres diabéticas.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) a idade mais avançada é considerada um dos fatores de risco para desenvolver o Diabetes Mellitus Gestacional.

Tabela 1- Faixa etária das mulheres participantes da pesquisa (Questão 2)

Idade	Nº	%
20-27	05	17,85%
28-35	15	53,58%
36-43	08	28,57%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Quanto à faixa etária: (53,58%) das mulheres estão com idades entre 28-35 anos, (28,57%) com intervalo de 36-43 e (17,85%) entre 20-27anos.

Os dados mostram uma idade materna avançada, sendo mais de 50% com idade superior a 28 anos.

A idade materna tem relação com o surgimento do diabetes mellitus gestacional. Quanto mais avançada, maior potencial de risco para desenvolver a doença. O resultado mostra que 28,57% das mulheres estão com idades entre 36-43 anos, considerada idade avançada, pois gestante com faixa etária acima de 35 anos é considerada gravidez de alto risco, com possibilidade de complicação materna e fetal. Somando ao diabetes gestacional, outras patologias podem estar associadas como as doenças hipertensivas e as cardiopatias.

A questão referente à procedência auxilia a determinar a operacionalização da assistência nos níveis de saúde: primário (unidades básicas de saúde); secundário (hospitais secundários e ambulatoriais especializados) e terciário (hospitais de grande porte). Quanto à procedência, a Tabela 2 demonstra a seguinte realidade:

Tabela 2- Procedência das pacientes que participaram do estudo (Questão 5)

Procedência	Nº	%
Capital	23	82,14%
Interior	05	17,86%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Encontraram-se os seguintes dados: (82,14%) das mulheres residem na capital e (17,86%) no interior do Estado.

De acordo com os dados, duas hipóteses foram levantadas: o menor número de pacientes procedentes do interior para internamento hospitalar em nível terciário pode ser considerado como um indicador que as ações assistenciais para gestantes diabéticas em nível primário e secundário no interior estão mais efetivas, e a segunda, justificando o fato que a maternidade em que o estudo foi realizado é referência para gestações de alto risco, incluindo diabetes gestacional. Porém não se configura como a única maternidade de referência para o interior do Estado. Por esse motivo a relação do número de atendimentos de pacientes oriundas da capital com as procedentes do Estado não se caracteriza como resultado para afirmar que mulheres que residem na capital tem risco maior para desenvolver DMG.

Não existe na literatura relação da incidência do Diabetes Mellitus Gestacional e cor da paciente. A introdução da questão serve como uma informação adicional.

Descrevemos na tabela 3, dados referentes à cor das pacientes envolvidas na pesquisa.

Tabela 3- Cor das pacientes participantes do estudo (Questão 6)

Cor	N°	%
Branca	10	35,71%
Parda	15	53,57%
Negra	03	10,71%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Em relação à cor, (53,57%) das mulheres são pardas, (35,71%) são brancas e (10,71%) são negras.

A questão referente ao nível de escolaridade foi elaborada considerando que as mulheres diabéticas que sabem ler e escrever apresentam melhores resultados no controle dos níveis glicêmicos e maior adesão ao tratamento. Conforme a Tabela 4.

O grau de conhecimento influencia a adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito ao controle da glicemia e à prevenção das complicações advindas dessa patologia, uma vez que a baixa escolaridade dificulta o processo de ensino e aprendizagem. As pessoas com menor nível de escolaridade possuem maior risco de desenvolver complicações, somando à necessidade de uma adequação das ações de educação em saúde (LAURINDO; RECCO et al.,2005).

Tabela 4- Nível de escolaridade das mulheres participantes da pesquisa (Questão 7)

Escolaridade	N °	%
Fund. Incompleto	05	17,86%
Fund. Completo	01	3,57%
Médio Incompleto	06	21,43%
Médio Completo	14	50,00%
Nível Superior	02	7,14%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

O Nível de escolaridade dominante em ordem decrescente das pacientes envolvidas na pesquisa: (50%) ensino médio completo, (21,43%) ensino médio incompleto, (17,86%) fundamental incompleto, (7,14%) nível superior e (3,57%) fundamental completo.

O resultado foi satisfatório, aproximadamente 78% das mulheres estavam com escolaridades entre ensino médio incompleto e o nível superior. Alfabetizadas, capazes de saber ler e escrever.

O grau de instrução de pacientes diabéticas é fator importante para controle e manutenção dos níveis glicêmicos em padrões de normalidades, pois o acompanhamento do tratamento é realizado pelos profissionais, porém maior parte do seguimento terapêutico fica sob responsabilidade das pacientes.

O ideal é que as saibam ler e escrever para que os resultados sejam positivos em relação à recuperação da saúde. O ensino e aprendizagem sobre os cuidados em diabetes envolvem muitos controles e anotações diárias sobre a glicemia capilar, dieta e administração de medicamentos.

O objetivo em abordar à renda familiar média é identificar se as pacientes diabéticas ganham o suficiente para arcar com as despesas, considerando que, os gastos referentes ao tratamento são elevados.

No que concerne à renda familiar, tal condição pode representar um fator limitante para o tratamento, principalmente em relação à dieta adequada, haja vista que constitui um fator determinante para os diabéticos negligenciarem o cuidado alimentar (ANÍSIO; RODRIGUES et al., 2005).

Em conformidade com a Lei Federal nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir os medicamentos e os insumos necessários para o controle da glicemia capilar das pacientes diabéticas (BRASIL, 2006a). A Tabela 5 descreve em salários mínimos, a renda familiar média das portadoras de diabetes gestacional.

Tabela 5- Renda familiar das pacientes participantes do estudo (Questão 8)

Renda	N°	%
Menor que um Salário Mínimo	03	10,73%
Um Salário mínimo	11	39,28%
Dois a Três Salários Mínimos	13	46,42%
Cinco ou mais Salários Mínimos	01	3,57%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Quanto à renda familiar média das gestantes e puérperas diabéticas, (46,42%) ganham entre dois a três salários mínimos, (39,28%) chegam a receber até um salário mínimo, (10,73%) renda menor que um salário e (3,75%) ganham cinco ou mais salários.

A renda familiar das portadoras de diabetes foi considerada baixa, aproximadamente 95% das mulheres recebem entre menos de um salário a três salários mínimos, valores insuficientes, quando comparados com o tratamento da doença, considerado oneroso, embora parte da assistência seja financiada pelo serviço público, ou seja, medicamentos e insumos, ficando a paciente responsável pela dieta e outros gastos referentes a patologia.

A questão referente ao estado civil das pacientes foi elaborada considerando que a influência do cônjuge pode ajudar na recuperação da saúde das gestantes e puérperas diabéticas, como mostra Tabela 6.

Pesquisas revelam que o grau de mortalidade é mais frequente entre viúvos e solteiros, sendo relativamente baixa entre os casados (LAURINDO; RECCO et al., 2005).

Tabela 6 - Estado civil das pacientes participantes do estudo (Questão 9)

Estado Civil	N°	%
Casada	16	57,14%
União Consensual	07	25,00%
Solteira	04	14,29%
Outros	01	3,57%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

A situação conjugal dos sujeitos da pesquisa mostra que (57,14%) das mulheres são casadas; (25,00%) em união consensual, (14,29%) solteiras, sem contato com o parceiro, e (3,57%) solteira, com algum contato.

O estado civil da mulher pode ter influência no diabetes mellitus gestacional, 82% são casadas ou vivem em união consensual, indicativo considerado positivo. Muitas vezes, os parceiros estimulam as portadoras de diabetes à adesão ao tratamento, auxiliam na prevenção de complicações, oferecem apoio psicológico e contribuem com ajuda financeira.

A questão referente ao início do pré-natal, elaborada com o objetivo de avaliar se as gestantes diabéticas estão iniciando as consultas de pré-natais no primeiro trimestre, uma vez que, quanto mais consultas realizadas, maior a possibilidade de manter uma gestação saudável, baseada nas diretrizes das políticas públicas.

Em conformidade com MS (BRASIL 2005, p: 8) “políticas públicas preconizadas pelos sistemas de saúde, as mulheres grávidas devem fazer parte do programa Sisprenatal, com objetivo de captar precocemente as gestantes no primeiro trimestre, ou seja, até 120 dias de gestação para início do pré- natal, em redes básicas de saúde”.

As mulheres com diabetes pré-gestacional (DMPG) ou gestacional (DMG) com diagnóstico na segunda metade da gestação tem risco três a quatro vezes mais de complicações fetais, enquanto as mulheres com DMG diagnosticada no primeiro trimestre e controlada apresentam taxas de problemas próximas das exibidas pela população obstétrica em geral (SHEFFIELD, 2002). A Tabela 7 mostra a descrição do início do pré-natal, em trimestre.

Tabela 7- Período em que as participantes do estudo iniciaram o pré-natal (Questão 10)

Ínio do Pré- Natal	Nº	%
Primeiro Trimestre	22	78,57%
Segundo Trimestre	06	21,43%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Em relação ao início do pré-natal: (78,57%) das participantes começaram as consultas de pré-natais no primeiro trimestre; (21,43%) no segundo trimestre.

O resultado da pesquisa mostra que as gestantes diabéticas estão procurando mais cedo os serviços de saúde para iniciar as consultas de pré-natais, 78,57% iniciaram consultas ainda no primeiro trimestre, considerado indicador positivo.

Vale salientar que embora preconizado pelas diretrizes das políticas públicas em que todas as gestantes devem iniciar o pré-natal após confirmação da gravidez, 21,43% das

gestantes tiveram início do pré-natal no segundo trimestre, considerado percentual elevado, enquanto o esperado é que 100% das gestantes diabéticas tivessem iniciado o pré-natal no início da gravidez.

As consultas gestacionais devem iniciar-se precocemente. A assistência ao pré-natal deve ser organizada para atender as reais necessidades da gestantes e do feto. Quanto mais cedo inicia-se o pré-natal, menores riscos de complicações na gestação e melhor prognóstico em pacientes diabéticas.

A captação de gestantes fica sob responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional mais próximo da comunidade, que conhece a população da área geográfica. A busca precoce ao pré-natal impedem complicações gestacionais, permite realização de exame de rotina, prescrição de medicamento padronizado e a atualização do calendário vacinal da gestante.

Em relação ao número de consulta realizada pela gestante diabética, a questão foi elaborada com a finalidade de comparar o número de consultas efetuadas, com as definidas pelas diretrizes das políticas públicas, como mostra a Tabela 8.

As normas estabelecidas pelo MS (BRASIL 2005, p: 8) “preconizam, no mínimo, seis consultas de pré- natal na gestação, de preferência, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro”.

Para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade no atendimento, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), com a finalidade de manter uma gestação saudável e parto seguro (BRASIL, 2002).

Tabela 8- O número de consultas realizadas durante ao acompanhamento do pré-natal (Questão 11)

Consultas	Nº	%
Uma a Três Consultas	02	7,14%
Quatro a Seis Consultas	11	39,29%
Mais de Seis Consultas	15	53,57%
Total	28	100,00

Fonte: Cartão de pré- natal (2013)

Os dados mostram que (53,57%) das mulheres realizaram mais de seis consultas no período gestacional; (39,29%) de quatro a seis consultas e (7,14%), uma a três consultas.

Os dados mostram que aproximadamente mais de 50% das gestantes diabéticas realizaram as consultas de pré-natais em uma boa quantidade, valor considerado positivo em relação as ações estabelecidas pelas diretrizes das políticas públicas.

Vale salientar que o número menor de seis consultas pode estar relacionado com a idade gestacional precoce, pois as gestantes podem interna-se com muitos dias de antecedência da data provável do parto para resolver problemas referentes à gestação, daí a possibilidade do número reduzido de consultas.

Quanto ao número de consultas, as gestantes cada vez mais estão tendo acesso aos serviços de saúde, principalmente nas unidades básicas, com a criação da Estratégia Saúde da Família que facilita o acesso da população a profissionais e aos serviços.

A questão referente ao tipo de parto foi elaborada considerando que, a indicação da via de parto previne complicações e sequelas à gestante diabética e ao feto, como critérios estabelecidos pelas diretrizes das políticas públicas, Tabela 9.

Em se tratando da indicação da via de parto, a regra para decisão depende da evolução clínica e obstétrica da paciente. As gestantes com ótimo controle metabólico sem antecedentes obstétricos de morte perinatal e macrosomia, ou complicações associadas, como hipertensão, podem aguardar a evolução espontânea para o parto até o termo. Assim, a via do parto é uma decisão obstétrica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Tabela 9- Tipo de parto indicado para as participantes do estudo (Questão 12)

Parto	Nº	%
Normal	04	14,28%
Cesárea	05	17,85%
Fórceps	01	3,57%
Não se aplica	18	64,3%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Tipo de parto das participantes do estudo: (17,85%) foram partos cesáreos; (14,28%) normais e (3,57%) fórceps. Na questão 12, somente 10 participantes tiveram indicação da via de parto, pois (64,3%) ainda permanecem gestantes, sem indicação da via de parto.

Nos serviços públicos de saúde, o parto normal é considerado a primeira opção para resolução da gravidez, desde que, não existam intercorrências obstétricas e neonatais. A pesquisa mostra que 17,85% dos partos em gestantes diabéticas foi cesárea, fato que pode está

relacionado com alguma complicação materna ou fetal. Das 10 participantes que tiveram a indicação do parto, 50%, ou seja, 5 tiveram indicação de cesariana e 1 indicado parto fórceps. Este fato pode ser explicado pela presença de alguma intercorrência obstétrica, dentre elas a macrossomia fetal.

Fetos macrossômicos podem estar diante de alguns risco: a hipoglicemia, o desconforto respiratório e a distorcia de cintura escapular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GENÉTICA MÉDICA et al., 2011).

A decisão da via de parto não obedece a regras, a conduta depende do estado de saúde da gestante e das condições fetais.

É essencial a reavaliação de tolerância à glicose a partir de seis semanas pós-parto com glicemia de jejum, ou com teste oral com 75g de glicose, dependendo da gravidade do quadro metabólico apresentado na gravidez. Nas revisões ginecológicas anuais, é fundamental recomendar a manutenção do peso adequado, revisando as orientações sobre atividade física e dieta, incluindo medida da glicemia de jejum (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Os profissionais de saúde devem ficar atentos em relação aos níveis glicêmicos no pós-parto, geralmente os valores retornam ao normal, impedindo condutas desnecessárias e orientando uma dieta adequada e à prática de exercícios físicos.

A Tabela 10 faz referência aos intervalos entre partos, com a finalidade de identificar a eficácia do planejamento familiar enquanto diretriz de políticas públicas.

Estudo do Centro Latino-americano de Perinatalogía e Desenvolvimento Humano (CLAP) vinculado à Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) mostra que o intervalo entre as gestações pode influir na saúde materna. Mulheres que ficam grávidas quando ainda não transcorreram seis meses de seu parto anterior têm um risco de morte duas vezes e meia maior que aquelas que engravidam entre 18 e 23 meses após o parto anterior.

O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza todas as informações e métodos necessários para a mulher e seu parceiro decidirem qual o melhor método. O planejamento familiar é um direito assegurado pela Constituição Federal (BRASIL, 2012b).

Tabela 10- O intervalo entre partos realizados pelas participantes do estudo (Questão13)

Intervalo	N°	%
3. Três anos	03	10,72%
4. Quatro ou mais anos	16	57,14%
5. Não se aplica	09	32,14%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

De acordo com o intervalo entre partos, (57,14%) das gestantes tiveram intervalo entre um parto e outro, de quatro ou mais anos; (32,14%) não se aplica pelo fato de as gestantes serem primíparas, ou seja, grávidas pela primeira vez, sem intervalos entre partos, e (10,72%) passaram três anos para engravidar novamente.

Resultado positivo em relação aos intervalos entre os partos, 68% das mulheres levaram em média de três ou mais de quatro anos para engravidar. Percebe-se a eficiência na aplicação do planejamento familiar como medida de controle gestacional, manter distância entre um parto e outro evita complicações na saúde da gestante impedindo riscos obstétricos.

A orientação de planejamento familiar é uma medida assegurada pelo sistema de saúde público, mulheres que tiveram partos recentes devem permanecer no mínimo, dois anos sem engravidar, pois as mesmas devem recuperar-se do estresse fisiológico deixado pela gravidez e o parto. Principalmente gestantes que tiveram DMG, devem permanecer com intervalo maior de tempo, evitando complicações obstétricas, fetais e endócrinas futuramente.

A questão relacionada ao profissional que realizou o pré-natal, com o objetivo de avaliar a participação da equipe multiprofissional no serviço público de saúde, principalmente o médico e o enfermeiro que prestam assistência a gestante e puérpera diabéticas, como descrito nas diretrizes das políticas públicas. Tabela 11.

Segundo Calife Lago e Lavras (2010), o acompanhamento da gestante e da puérpera, na atenção básica, é multiprofissional, com ênfase na participação do médico e de enfermagem. O pré-natal classificado de baixo risco pode ser realizado pelo enfermeiro, de acordo com o Decreto nº 94406/87, que regulamenta a Lei do Exercício da Enfermagem.

Tabela 11- Profissional que realizou o pré-natal (Questão 14)

Profissional	Nº	%
Enfermeiro	01	3,57%
Médico	22	78,57%
Médico e Enfermeiro	05	17,86%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

No pré-natal, (78,57%) gestantes foram assistidas pelo médico; (17,86%) com consultas com o médico e o enfermeiro, e (3.57%) com enfermeiro.

Dados condizentes com os definidos pelas políticas públicas, 78,57% das gestantes diabéticas foram assistidas por médicos. Gestantes de alto risco, com pré-natal em ambulatório especializado, o médico é o profissional indicado para acompanhamento e assistência. Em unidades básicas de saúde, o enfermeiro acompanha o pré-natal, desde que não haja nenhum risco de complicação da mãe e do feto, sempre intercalando consultas entre o médico e o enfermeiro (BRASIL, 2005).

A Tabela 12 descreve a presença de outras patologias em mulheres diabéticas, com o objetivo de detectar associação ao diabetes que possa colocar em risco a vida da gestante e do feto.

De acordo com MS (BRASIL, 2001c), a possibilidade de associação das doenças é da ordem de 50%, o que requer, na maioria dos casos, manejo das patologias num mesmo paciente. A Hipertensão Arterial Crônica e Diabetes Mellitus são doenças com aspectos em comum: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade etc.

Em relação as complicações maternas, ressalta-se a infecção do trato urinário que acomete cerca de 18% das gestantes diabéticas, muitas vezes caracterizada como bacteriúria assintomática, o que reforça a importância da procura sistematizada das infecções assintomáticas do trato urinário, pela realização de culturas de urina periódicas, independentemente de sintomas específicos.(CARPENTER, 2007).

Tabela 12- Patologias presentes nas participantes do estudo durante a gravidez, (Questão 15)

Doenças	Nº	%
Infecção Urinária	03	10,71%
Obesidade	01	3,58%
HAC	07	25%
Outras (hipotireoidismo, asma)	03	10,71%
Não se aplica	14	50%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Sobre as patologias presentes: (25%) das gestantes têm antecedentes de hipertensão arterial crônica (HAC); (10,71%), infecção urinária; (10,71%), outras patologias e (3,58%) obesidade, (50%) não se aplicam por não apresentar nenhuma patologia relacionada a antecedentes pessoais.

O resultado mostra que 50% das gestantes diabéticas apresentam patologias associadas ao diabetes e as outras 50% sem história de doenças associadas. Os dados mostram resultados negativos, durante o período gestacional, qualquer patologia clínica pode influenciar um trabalho de parto prematuro ou responsável por complicações obstétricas e fetais. A hipertensão arterial crônica é a doença mais identificada entre as gestantes diabéticas, seguida da infecção urinária.

São doenças que surgem geralmente associadas em um mesmo paciente, apresentam alguns pontos comuns, outros divergentes, no que tange conduta e terapêutica. A gestante diabética e portadora de hipertensão arterial crônica necessita de cuidados redobrados e especializados pela equipe de saúde.

Em relação ao consumo de cigarro durante a gestação, considerando a eficácia das campanhas educativas contra uso do fumo na gravidez, com base em políticas públicas de conscientização contra o fumo, Tabela 13.

Em conformidade com MS (BRASIL, 2002a), gestante fumante tem 70% mais chances de aborto espontâneo e 40% de partos prematuros, baixo peso, risco de má formação fetal, complicações cardíacas e risco da síndrome da morte súbita infantil. Há possibilidade de a criança nascer com tendência à dependência química do cigarro. O fumo causa danos à

inteligência e ao rendimento intelectual da criança, associado a distúrbios do comportamento e ocorrência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Tabela 13-Fumo durante o período gestacional (Questão 16)

Participantes	N°	%
Fumantes	02	7,14%
Não Fumantes	26	92,86%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Relacionado ao consumo do fumo durante a gravidez: (92,86%) das mulheres não fumam e (7,14%) eram fumantes. O resultado foi satisfatório, percebe-se que as campanhas cada vez mais se intensificam contra o uso do cigarro no período gestacional. O produto traz sequelas irreversíveis, principalmente no que se refere ao retardo de crescimento e desenvolvimento fetal. O fumo causa efeito maléfico a gestante e ao feto.

A tabela 14 refere-se à promoção do aleitamento materno, com a finalidade de avaliar se os programas de políticas públicas estão sendo eficientes e eficazes em relação à orientação sobre a importância da amamentação nos primeiros seis meses de vida da criança.

Confirma Medeiros (2012) que o aleitamento materno funciona como verdadeira vacina e protege a criança de muitas doenças, como anemia. Auxilia na recuperação da mãe, diminui os riscos de hemorragia, diabetes, câncer de mama e de ovário e aumenta o vínculo afetivo entre mãe e o filho.

Tabela 14- Promoção do aleitamento materno (Questão 17)

Participantes	N°	%
Receberam orientação	20	71,43%
Não Receberam Orientação	08	28,57%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Em relação ao aleitamento materno, (71,43%) mulheres receberam orientações sobre a importância do leite materno, (28,57%) não tiveram orientação.

Resultado considerado negativo, 28,57% das participantes não foram orientadas da importância do aleitamento materno, percentual considerado significativo em meio a tantas divulgações sobre a importância da amamentação.

Programas criados pelas políticas públicas enfatizam a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida para recém-nascidos. Nas unidades básicas de saúde, os profissionais são capacitados para orientar as gestantes a importância do leite materno e dos benefícios para a mãe e o neonato. As maternidades têm o papel de auxiliar a mulher durante a amamentação, evitando a inclusão de leites artificiais. Hoje, muitas maternidades ganharam o selo de hospital amigo da criança, devido à exclusividade no aleitamento materno.

Segundo Zavaschi; Kuchenbecker (1991) o leite materno é alimento ideal até os seis meses de idade, previne doença e aumenta o vínculo afetivo entre mãe e filho. Apesar de campanhas cada vez mais intensificadas sobre a importância do aleitamento materno, profissionais de saúde treinados e capacitados para lidar com o tema, dados da pesquisa ainda pontuam número elevado de mulheres sem orientação sobre amamentação.

A questão referente à realização do exame de glicemia no início do pré-natal, elaborada com a finalidade de detectar se todas as gestantes diabéticas estão tendo acesso ao exame de glicemia, como preconizado pelas diretrizes das políticas públicas, Tabela 15.

A glicemia de jejum deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal, e outro exame próximo à trigésima semana de gestação (BRASIL, 2005).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o controle glicêmico se realiza com uma glicemia de jejum e duas pós-prandiais semanais, quando não foi possível controle domiciliar, a qual se recomenda de quatro a sete vezes por dia, pré e pós-prandiais, principalmente em gestantes que usam insulina.

Tabela 15- Realizaram o exame de glicemia no início do pré-natal (Questão 18)

Participantes	N°	%
Realizaram	22	78,57%
Não Realizaram	06	21,43%
Total	28	100,00

Fonte: Cartão de pré-natal (2013)

Quanto à realização do exame de glicemia: (78,57%) das mulheres realizaram-no durante as primeiras consultas de pré-natais; (21,43%), não verificaram o nível glicêmico.

O resultado se mostra insatisfatório, 21,43% das gestantes diabéticas não realizaram o exame no início do pré-natal. Dados da pesquisa confrontam com ações preconizadas pelas

diretrizes, que no início do pré-natal seja solicitada a glicemia de jejum a todas as gestantes, independente de história de diabetes.

A não realização do teste de glicemia pode estar relacionada com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A realidade nas maternidades mostram gestantes internadas aguardando o resultado da glicemia. O exame de glicemia é de extrema importância na avaliação dos níveis glicêmicos, e, com os valores alterados, uma intervenção imediata deve ser realizada impedindo o diabetes mellitus gestacional, evitando complicações para a mãe e o feto.

Habitualmente, o diagnóstico do diabetes gestacional é realizado por busca ativa, com testes provocativos com sobrecarga de glicose, a partir do segundo trimestre da gestação. Mais recentemente, tem-se recomendado a triagem precoce de gestantes de alto risco (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

A tabela 16 refere-se à verificação da pressão arterial, levando em conta que, o número de aferições pode identificar complicações relativas à hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, de acordo com normas estabelecidas pelas políticas públicas.

De acordo com MS (BRASIL, 2002) a gestante deverá realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, e em todas as consultas os profissionais de saúde devem verificar a pressão arterial com a finalidade de detectar complicações obstétricas e fetais.

A pré-eclâmpsia/ eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral (BRASIL, 2005).

Tabela 16- Verificação da pressão arterial (Questão 19)

Aferição	Nº	%
Nenhuma Vez	01	3,57%
Uma a Três Vezes	01	3,57%
Quatro a Seis Vezes	11	39,29%
Mais de Seis Vezes	15	53,57%
Total	28	100,00

Fonte: Cartão de pré- natal (2013)

Em relação à verificação da pressão arterial, (53,57%) das participantes aferiram a pressão acima de seis vezes; (39,29%), entre quatro a seis vezes; (3,57%) uma a três vezes e (3,57%) nenhuma vez.

Resultado satisfatório, 53,57% das gestantes aferiram a pressão arterial mais de seis vezes, compatível com as ações definidas pelas políticas públicas, que define o mínimo de seis aferições durante o acompanhamento do pré-natal.

Vale ressaltar que 3,57% das participantes aferiram a pressão arterial nenhuma vez.

É rotina, a cada consulta de pré-natal, o profissional avaliar a pressão arterial, pois a hipertensão tem relação intrínseca com o diabetes, além de desencadear a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), conhecida como pré-eclâmpsia.

A tabela 17 refere-se à mensuração da altura uterina, levando em conta que, o número de vez mensurado pode identificar anormalidades no crescimento e desenvolvimento fetal.

De acordo com as diretrizes das políticas públicas a mensuração da altura uterina deve ser realizada no mínimo seis vezes durante as consultas de pré-natais (BRASIL, 2002).

O objetivo da medida uterina é identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios de normalidade a partir da relação entre altura uterina e idade gestacional onde identificará a situação e a apresentação fetal (BRASIL, 2005).

Tabela 17- Medida da altura uterina (Questão 20)

Medida	Nº	%
1. Nenhuma vez	01	3,57%
2. Uma a Três Vezes	07	25,00%
3. Quatro a Seis Vezes	15	53,57%
4. Mais de Seis Vezes	05	17,86%
Total	28	100,00

Fonte: Cartão de pré- natal (2013)

Em relação à medida da altura uterina, (53,57%) das gestantes realizaram-na de quatro a seis vezes; (25%), de uma a três vezes; (17,86%) mais de seis vezes; (3,57%) nenhuma vez.

Nesta questão, por não termos parâmetros comparativos entre a idade gestacional e o número de vezes que foram mensurados a altura uterina, não podemos confirma que os resultados foram negativos, 17,86% realizaram mais de seis vezes. Aproximadamente 79% não conseguiram realizar o elenco mínimo necessário da mensuração da altura uterina durante as consultas de pré-natais, fato que pode estar relacionado com a gravidez em idade gestacional precoce, sem indicação para mensurar a altura uterina, como preconiza as normas e diretrizes definidas pelas políticas públicas.

A medida da altura uterina é um critério utilizado para identificar anormalidade no crescimento e desenvolvimento fetal. A palpação abdominal geralmente é realizada após o primeiro trimestre de gestação, pois, pela medida do fundo do útero, avalia-se a idade gestacional e o crescimento fetal. Gestantes portadoras de diabetes geralmente têm feto macrossômico. A medida uterina ajuda a identificar precocemente fetos em riscos.

Segundo Simhayoff et al (2005) o excesso de peso fetal pode ser observado em 50% das pacientes portadoras de Diabetes mellitus Gestacional e em 40% das diabéticas tipo I. A prevalência de fetos macrossômicos em pacientes diabéticas tem aumentado muito, em virtude do sobrepeso materno ou ganho excessivo de peso.

A tabela 18 refere-se à ausculta dos batimentos cardíacos fetais, levando em conta que, a quantidade de vezes auscultadas pode identificar fetos em riscos de complicações.

De acordo com o MS (BRASIL, 2002) a ausculta dos batimentos cardíacos fetais deverá ser feita no mínimo seis vezes durante o acompanhamento do pré-natal.

A ausculta fetal identifica presença, ritmo, frequência e normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BRASIL, 2005).

Tabela 18- Batimentos cardíacos fetais (Questão 21)

Ausculta	Nº	%
1. Nenhuma vez	02	7,15%
2. Uma a Três vezes	05	17,86%
3. Quatro a Seis vezes	18	64,28%
4. Mais de Seis vezes	03	10,71%
Total	28	100,00

Fonte: Cartão de pré- natal (2013)

Em relação aos batimentos cardíacos fetais, (64,28%) das gestantes foram avaliadas quanto aos batimentos cardíacos fetais entre quatro a seis vezes; (17,86%), uma a três vezes; (10,71%) mais de seis vezes e (7,15%) nenhuma vez.

Apenas 10,71% das participantes tiveram os BCFs avaliados mais de seis vezes. Mais de 50% das gestantes não completaram o número mínimo necessário de ausculta cardíaca como determina as diretrizes das políticas públicas, fator que pode estar relacionado com a idade gestacional precoce, sem indicação de ausculta.

A ausculta fetal é um parâmetro utilizado para identificar fetos com batimentos cardíacos normais ou em risco iminente de morte, durante consultas de pré-natais.

A ausculta do pulso fetal é de extrema importância em gestantes diabéticas, pois, nesse momento, são identificados problemas relacionados ao sofrimento fetal. Geralmente a ausculta é percebida pelo sonar a partir da décima ou décima segunda semanas de gravidez (BRASIL, 2005).

A questão sobre atividade educativa foi elaborada considerando a sua eficácia na promoção e prevenção do diabetes mellitus gestacional, de acordo com as normas e diretrizes das políticas públicas, Tabela 19.

De acordo com MS (BRASIL, 2008), a prevenção engloba ações para prover os indivíduos ou populações de mecanismos para que não se desenvolva doença ou complicação.

As políticas públicas preconizam a educação em saúde como item fundamental nos programas básicos de saúde.

A educação em diabetes define-se como prática de transmissão de conhecimento, ensino de habilidades de autocuidado e exige o cumprimento de condutas terapêuticas (GROSSI; PASCALI, 2009).

Tabela 19- Atividades educativas durante o pré-natal (Questão 22)

Atividade Educativa	Nº	%
1. Sim	11	39,29%
2. Não	17	60,71%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Quanto à atividade educativa no pré-natal, (60,71%) das pesquisadas não participaram de atividades educativas e (39,29%) tiveram acesso a alguma atividade.

O resultado da pesquisa foi considerado negativo, 60,71% das gestantes diabéticas não participaram de atividades educativas em consulta de pré-natal. A atividade educativa é considerada importante para as gestantes diabéticas por abordar a prevenção, promoção e tratamento da doença.

As atividades de educação em saúde permitem a aproximação entre os profissionais e os receptores do cuidado, além de contribuírem para assistência humanizada. O desenvolvimento de ações educativas com as gestantes e seus familiares visam à promoção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004a).

A atividade educativa, na rede básica de saúde, pelo programa saúde da família, projeto realizado pela equipe de saúde com a finalidade de conscientizar os usuários do

serviço acerca da prevenção de doenças e da melhoria na qualidade de vida. É utilizada na promoção e prevenção do diabetes gestacional, realizada pelos profissionais de saúde, com a participação de gestantes e puérperas.

A Tabela 20 refere-se a orientação quanto à atividade física, a questão foi elaborada considerando que a prática do exercício físico em mulheres diabéticas ajuda controlar os níveis glicêmicos, como previsto nas normas das políticas públicas.

Sua prática na gestação traz os benefícios de reduzir a glicemia, ganho excessivo de peso materno e diminui a incidência de macrosomia fetal. No diabetes gestacional, recomendam-se 15 a 30 minutos de atividade diária, em ciclo ergômetro, ou caminhada em 50% da capacidade aeróbica da paciente (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICA EXCELLENCE, 2008).

Tabela 20- Orientação em relação à atividade física (Questão 23)

Participantes	N°	%
Orientadas	09	32,14%
Sem Orientação	19	67,86%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Quanto à orientação sobre atividade física: (67,86%) das mulheres diabéticas não foram orientadas; (32,14%) com orientações adequadas.

O resultado é considerado negativo, 67,86% das mulheres não foram orientadas em relação à atividade física. A Orientação quanto ao exercício físico em gestante e puérperas diabética é parte das políticas públicas na atenção básica.

O exercício físico durante a gravidez ajuda normalizar os níveis glicêmicos, melhorando a qualidade de vida da gestante diabética.

A atividade física exercida pelas gestantes diabéticas melhora os níveis glicêmicos, no Brasil as pacientes diabéticas podem fazer o uso de hipoglicemiantes. É de fundamental importância que as gestantes diabéticas sejam orientadas quanto ao exercício físico, no acompanhamento do pré-natal.

A tabela 21 indica a hipótese diagnóstica na admissão, com a finalidade de identificar se o motivo do internamento foi por DMG ou por doenças associadas.

Segundo Antônio (2001) o diabetes mellitus desencadeia sinais e sintomas interferindo em órgãos vitais: queixas visuais, cardíacas, circulatórias, digestivas, renais, urinárias, neurológicas, dermatológicas e ortopédicas, entre outras.

Tabela 21- Hipótese diagnóstica no ato da admissão (Questão 24)

Hipótese	Nº	%
Diabetes Mellitus Gestacional	19	67,85%
DMG e outras Patologias	09	32,15%
Total	28	100,00

Fonte: Prontuários das pacientes (2013)

Na admissão hospitalar, (67,85%) das mulheres foram admitidas pelos sinais e sintomas de diabetes gestacional e (32,15%) por sintomas de outras doenças, dentre elas: mioma, doença hipertensiva específica da gravidez, cardiopatia, hipertensão arterial crônica, hipotireoidismo e doença de Wilson.

Vale ressaltar que, 67,85% das admissões foi devido ao diabetes mellitus gestacional. Geralmente as gestantes diabéticas são internadas para controle da glicemia ou para resolução da gestação. Não podemos negar que, 32,15% das gestantes tiveram indicação do internamento devido a outras doenças associadas ao diabetes.

A Tabela 22 refere-se ao momento em que foi definido o diagnóstico do diabetes mellitus gestacional, considerando que, o diagnóstico precoce previne riscos de complicações em gestantes e puérperas diabéticas, com base em diretrizes das políticas públicas.

No nível da atenção básica, as equipes estão atentas com as mulheres diabéticas que planejam engravidar, já que estas devem ser referenciadas para centros de atenção secundária ou terciária visando à compensação metabólica, preconcepção, avaliação da presença de complicações crônicas da doença e orientação especializada para prevenção de má formação fetal (BRASIL, 2010).

Tabela 22- Momento de definição do diagnóstico de diabetes gestacional (Questão 25)

Diagnóstico	Nº	%
Até 20 Semanas	05	17,86%
Após 20 Semanas	22	78,57%
Puerpério Imediato	01	3,57%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

Sobre a definição do diagnóstico de diabetes: (78,57%) das mulheres tiveram diagnóstico após 20ª semana de gestação; (17,86%), até a 20ª semana e (3,57%) no pós parto, ou seja, no puerpério imediato.

O resultado da pesquisa foi insatisfatório, 82% das gestantes diabéticas tiveram diagnóstico tardio, com maior possibilidade de problemas maternos e fetais. Enquanto que, 17,86% com diagnóstico antes da vigésima semana, considerado o ideal pelas diretrizes das políticas públicas.

O Diagnóstico precoce do diabetes gestacional evita tratamento medicamentoso, internações desnecessárias e previne riscos e complicações.

O diagnóstico correto e precoce do diabetes mellitus gestacional e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento dos riscos e complicações para mãe e o feto (GROSS; SILVEIRO et al., 2002).

A tabela 23 menciona os aspectos relativos a sinais, sintomas e exames laboratoriais, levando em conta que o diagnóstico do diabetes mellitus gestacional pode evitar episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia que são sintomas danosos para o feto.

A principal característica do diabetes é a hiperglicemia, que pode se manifestar por sintomas como poliúria (excesso de urina), polidipsia (sede aumentada), perda de peso, polifagia (fome aumentada) e visão turva (BRASIL, 2012c).

Tabela 23- Sinais, sintomas e exames laboratoriais para diagnóstico do diabetes mellitus gestacional (Questão 26)

Sinais e Sintomas	Nº	%
Tontura	03	10,71%
Poliúria	04	14,29%
Polaciúria	01	3,57%
Polifagia	01	3,57%
Sudorese	02	7,14%
Exame	17	60,71%
Total	28	100,00

Fonte: pesquisa direta (2013)

De acordo com sinais, sintomas e exames laboratoriais, (60,71%) das mulheres tiveram o diagnóstico de diabetes definido a partir de exames de sangue, (14,29%) apresentam poliúria, ou seja, corresponde ao aumento do volume urinário, (10,71%) tontura, (7,14%) sudorese, (3,57%) polaciúria e (3,75%) polifagia.

Em consonância com a tabela 23, 60,71% das gestantes tiveram o diagnóstico definido através de exame de sangue, resultado considerado satisfatório. Em torno de 39% das diabéticas o diagnóstico foi definido através de sinais e sintomas típicos de pacientes diabéticas.

Dependendo do grau de descompensação da glicose, paciente diabética pode apresentar sinais e sintomas específicos de hipoglicemia ou hiperglicemia. O controle do perfil glicêmico é fundamental na conduta, dependendo dos valores glicêmicos a necessidade de administrar insulina ou glicose.

A Tabela 24 refere-se às orientações recebidas pelas pacientes após o diagnóstico de diabetes mellitus Gestacional, considerando que as condutas são adotadas de acordo com as necessidades individuais da paciente, com base nas ações das políticas públicas.

A orientação dietética depende do peso e da altura e sua individualização considera a realidade socioeconômica e cultural da paciente. Além de consistente, com metas preestabelecidas de controle glicêmico, a dieta inclui a provisão adequada de calorias e nutrientes para preencher as necessidades da gestação (COUTINHO; COUTINHO, 2010).

O controle nutricional é considerado a primeira conduta a ser indicada diante do diagnóstico de diabetes gestacional. É possível observar que a dieta para gestantes diabéticas é considerada uma opção de tratamento, pois uma alimentação adequada e dentro dos padrões nutricionais necessários impedem a introdução de medidas farmacológicas. A ingestão de carboidratos é restrita a menos de 42% de calorias diárias, com o restante distribuído entre proteínas e gorduras, na medida em que a evidência demonstra que a gestante apresenta melhor controle glicêmico pós-prandial (READER, 2007).

Tabela 24- As orientações recebidas após a definição do diagnóstico de diabetes gestacional (Questão 27)

Orientações	Nº	%
Dieta	21	75,00%
Medicações	02	7,14%
Internamento	01	3,57%
Outras	04	14,29%
Total	28	100,00

Fonte: Pesquisa direta (2013)

Após a definição do diagnóstico, (75%), das gestantes foram orientadas quanto à dieta, (14,29%), tinham outras indicações, ou seja, o profissional encaminhou para ambulatorios especializados, (7,14%), iniciaram tratamento medicamentoso com insulina, (3,57%), necessidade de internamento.

A pesquisa confirma que 75% das pacientes diabéticas tiveram à dieta como a primeira orientação a ser prestada diante do diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, considerado resultado satisfatório, e, em conformidade com as diretrizes das políticas públicas.

A dieta é um componente fundamental no tratamento da DMG, pois geralmente são mulheres que apresentam glicose elevada no período gestacional e que os níveis glicêmicos retornam ao normal no pós-parto. As alterações de níveis de glicemia estão relacionadas com alterações endócrinas devido à gravidez, e não falha na produção de insulina.

5 CONCLUSÕES

Considerando o objetivo desse estudo que foi analisar a aplicação de diretrizes das políticas públicas dirigidas às gestantes e puérperas portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional, durante o pré-natal, abordando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Uma análise feita com o Brasil em comparação com os Estados Unidos, Irã, Continente da África Oriental e a Índia sobre a existência e a aplicação de políticas públicas direcionadas a portadoras de diabetes mellitus gestacional, constata-se que o Brasil apresenta o maior número de ações em relação aos demais países.

O instrumento utilizado foi o formulário contendo perguntas fechadas. A coleta de dados fez-se em duas etapas distintas: primeiramente entrevista com 28 mulheres, incluindo gestantes e puérperas com diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), posteriormente foi realizada consulta em prontuário e cartão de pré-natal.

Descrevem-se os resultados da pesquisa, tomando como base as categorias, separando-as de acordo com as pertencentes ou não às ações das diretrizes das políticas públicas.

Categorias que estão em conformidades com as ações definidas pelas diretrizes das políticas públicas:

- O nível de escolaridade dominante foi o ensino médio completo, resultado positivo, levando em conta que, saber ler e escrever ajuda normalizar os níveis glicêmicos;
- Em relação ao estado civil, a maioria era casada, fator positivo, considerando que a presença do parceiro pode ajudar na recuperação da saúde da portadora de diabetes;
- Em relação ao início do pré-natal, a maioria iniciou ainda no primeiro trimestre de gravidez, aspecto positivo, considerando prevenir riscos de complicações a gestante e o feto;
- Quanto ao número de consultas, realizaram mais de seis consultas, resultado satisfatório, considerando que as diretrizes das políticas públicas preconizam o mínimo de seis consultas durante o acompanhamento do pré-natal;

- Em referência a intervalo entre partos, aspecto positivo, a maioria levou de quatro ou mais anos para engravidar novamente, considerando a eficácia do planejamento familiar;
- Na categoria profissional que realizou o pré-natal, a maioria das gestantes diabéticas durante suas consultas mensais foram assistidas por médicos, resultado positivo, levando em conta que as diretrizes das políticas públicas preconizam que as gestantes de alto risco devem ser assistidas por médicos;
- Na categoria verificação da pressão arterial, resultado positivo, as gestantes aferiram-na durante as consultas de pré-natais mais de seis vezes, com a finalidade de prevenir riscos obstétricos;
- Quanto às orientações recebidas após a definição do diagnóstico de diabetes gestacional, resultado positivo, uma vez que, a dieta é a primeira medida terapêutica para o diabetes mellitus gestacional, de acordo com as diretrizes das políticas públicas.

Categorias que não estão em conformidades com as ações definidas pelas diretrizes das políticas públicas:

- A renda familiar média é entre dois a três salários mínimos, indicador negativo, uma vez que, as despesas com o diabetes têm custos elevados;
- Quanto à faixa etária, identificamos idades entre 36 a 43 anos, resultado negativo, levando em conta que a idade avançada pode ser fator de risco para desenvolver a doença;
- Em relação a orientações sobre aleitamento materno, resultado negativo, considerando que um percentual significativo de mulheres diabéticas não tiveram orientações sobre a importância da amamentação;
- A categoria realizou o exame de glicemia no início da gestação, resultado insatisfatório, levando em conta que, todas as gestantes devem realizar o exame nas primeiras consultas de pré-natais, como determina as diretrizes;
- Na categoria relativa a medida da altura uterina algumas gestantes não realizaram o número mínimo de medições, não podemos considerar indicador negativo, pois em idade gestacional precoce não há indicação de mensuração. A medida da altura uterina ajuda avaliar o crescimento fetal e a identificar

fetos macrossômicos. Geralmente filhos de mães diabéticas são fetos grandes quando comparados com a idade gestacional;

- Na categoria batimentos cardíaco-fetais, o número de vezes de auscultas foram inferiores aos preconizados pelas políticas públicas, o fato pode estar relacionado com a idade gestacional precoce, sem indicação de ausculta. A ausculta cardíaca funciona como um sinalizador importante para avaliação do feto;
- Em relação a atividades educativas realizadas durante o pré-natal, a maior parte das mulheres não participaram de nenhuma atividade educativa durante suas consultas, aspecto negativo, uma vez que, nas unidades básicas de saúde é pra existir equipes preparadas para realizar palestras sobre as doenças relacionadas aos programas de saúde pública, principalmente para o diabetes mellitus gestacional, como determina as ações de políticas públicas;
- Na categoria orientação em relação à atividade física, a maioria das participantes não tiveram acesso à informação quanto ao exercício físico, resultado negativo, levando em conta que, a prática de exercícios físicos ajuda a manter o nível de glicemia dentro dos padrões de normalidades, como definidos pelas diretrizes;
- Na categoria momento em que foi definido o diagnóstico de Diabetes Gestacional, parte das pesquisadas tiveram diagnósticos definidos no segundo trimestre da gravidez, aspecto negativo, considerando que o diagnóstico tardio compromete o estado de saúde da mulher e do feto, pois níveis glicêmicos descontrolados funcionam como agente etiológico de mortes fetais e complicações maternas.

Sugerimos reforço, divulgação e mais envolvimento dos profissionais de saúde e gestores públicos nos seguintes aspectos: captação precoce da gestante para início do pré-natal no primeiro trimestre (Tabela 7), maior divulgação sobre a importância do aleitamento materno (Tabela 14), acesso aos exames de glicemia no início do pré-natal a todas as gestantes (Tabela 15), incentivar o profissional a realizar a mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíaco fetais em consultas de pré-natais (Tabelas 17 e 18), orientar a gestante e a puérpera em relação a atividades educativas e a prática do exercício físico (Tabelas 19 e 20) e possibilitar a definição do diagnóstico do diabetes mellitus gestacional

precocemente (Tabela 22). Esses resultados não foram condizentes com as metas estabelecidas pelas diretrizes das políticas públicas, exigindo maior atenção e investimento.

Nas demais questões, a pesquisa revelou resultado positivo em relação a aplicação das diretrizes das políticas dentro do serviço ofertados às gestantes: o início do pré-natal no primeiro trimestre (Tabela 7), número de consultas condizentes com preconizadas (Tabela 8), intervalo entre partos indicando a eficácia do planejamento familiar (Tabela 10), assistidas por equipe multiprofissional (Tabela 11), a dieta foi a primeira orientação recebida diante do diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (Tabela 24).

As contribuições de teóricos sobre o Diabetes Mellitus Gestacional reforçam a necessidade de estudos sobre o tema, haja vista o fato de que, cada vez mais, gestantes são acometidas pela doença, produzindo, em série, males com prejuízo à saúde da gestante e do bebê.

Esta pesquisa serve de base para início de um estudo mais completo sobre o assunto. Os dados permitem análise que contribui mesmo que parcialmente, para outras reflexões, especialmente quando os sujeitos envolvidos são o próprio paciente, profissionais de saúde e gestores públicos. Recomendam-se mais divulgação dos programas e projetos sobre o Diabetes Mellitus Gestacional, buscando identificar gestantes de maiores riscos ao diabetes, aplicando os princípios de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Existe necessidade de uma política ampliada, principalmente no que se refere ao incentivo de pesquisas para o avanço no tratamento e prevenção de complicações da doença, somado à necessidade da manutenção de insumos para o tratamento eficaz do diabetes, e, mais envolvimento e interesse por parte dos profissionais de saúde.

6 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2006.
- ALAVINIA, S. M.; ETEMAD, K.; MAHDAVIAL, A, et al. **Diabetes Mellitus Gestacional no Irã- experiência do programa nacional de diabetes**. *Jornal Internacional de saúde Farmacêutica e Marketing*. v 6. n. 2, 2012, p. 156-166.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Position Statement. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 34, Suppl. 1, p. S11-61, 2011.
- ANÍSIO, B. K.F; RODRIGUES G. S; MADRUGA M. D. D; LOPES M. M. **Pés diabéticos: conhecimentos e práticas preventivas nos pacientes de unidades hospitalares de saúde no município de João Pessoa**. *Rev Ciência Saúde Nova Esperança*. 2005.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO. **Diabetes: fatores de risco do diabetes gestacional**. São Paulo, 2009-2013. Disponível em: <http://www.anad.org.br>. Acesso em: 11 jun. 2013.
- ANTÔNIO, MAURO. **Diabetes Mellitus: ABC da Saúde**, 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br>>. Acesso em: 10.08.2013.
- BARTHA, J. L.; FRESNO, P. D. M.; DELGADO, R. C. Early Diagnosis of gestational diabetes mellitus and prevention of diabetes-related complications. **Eur. J. Obst. Gyn. Reprod. Biol.**, v. 109, n. 1, p. 41-44, 2003.
- BLATT, A. J.; NAKAMOTO, J. M.; KAUFMAN, H. W. Gaps in diabetes screening during pregnancy and postpartum. **Obstet. Gynecol.**, v. 117, p. 61-68, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília, 1984. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Portaria nº 95, de 25 de janeiro de 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2001b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 25.07.2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**. Brasília, 2001c. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer**. Rio de Janeiro, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes**. 2004. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/políticas-públicas-saude-PSF>>. Acesso em: 08 nov. 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS- Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, 2004 a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 02.09.2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus.** Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006:** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasília, 2006a. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** 1ª. ed. Brasília, 2007. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional para Profissionais de Saúde e Educação:** promoção da alimentação saudável nas escolas. 1ª ed. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5ª. ed. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, 2011. Disponível em:< <http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 de maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011.** Brasília, 2011 a. Disponível em:<[http:// www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>. Acesso em 06.08.2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011b:** vigilância de fatores de risco e proteção pra doenças crônicas por inquérito telefônico: dados sobre diabetes. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Mai/09/Vigitel_2011_dia betes_final.pdf>. Acesso em: 08 maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2011c. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 de maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **14 de novembro dia mundial do Diabetes.** Brasília, 2012 a. Disponível em:< [http// g1.globo.com/bemestar/noticias](http://g1.globo.com/bemestar/noticias)>. Acesso em: 14 nov. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar:** SUS oferece oito opções de métodos contraceptivos, 2012b. Disponível em:<<http://www.portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 02.08.2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Enfrentamento ao Diabetes:** Ações do MS estabilizam internações pela doença, 2012c. Disponível em:<<http://www.portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 02.08.2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de atenção ao diabetes no SUS.** Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>> . Acesso em: 07 de maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mata quatro vezes mais que Aids no Brasil.** 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticias>>. Acesso em: 07 de maio 2013.
- BRITO, I. P. M.; SATO, R. Parto humanizado. **Rev. Coren PR**, n.1, 2002. Disponível em: <<http://www.corenpr.org.br/revista/.html>>. Acesso em: 16 ago. 2012.
- CALHEIROS, R. Projeto de Lei nº 390/08. Inclui o diabetes mellitus entre as enfermidades cujos portadores podem obter isenção do imposto de renda sobre os proventos de aposentadoria. Disponível em:< [http//gazetaweb.com](http://gazetaweb.com)>. Acesso em: 27 dez. 2012.

- CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP:** manual técnico do pré –natal e puerpério. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia.** 3ª. ed.rev. ampl. São Paulo: E.P.U, 2007.
- CARPENTER MW. **Gestational diabetes, pregnancy hypertension, and late vascular disease.** *Diabetes Care.* 2007; 30 (Suppl 2):S246-50.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Mortalidade materna:** análise da situação do Ceará de 1997-2005. Fortaleza, 2007.
- CHUEIRI, P. S. Diabetes Mellitus no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR EM DIABETES, 17. São Paulo, 2012.
- COELHO, K. S.; SOUZA, A. I.; BATISTA FILHO, M. Avaliação antropométrica do estado nutricional da gestante: visão retrospectiva e prospectiva. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 2, n. 1, p. 57-61, 2002.
- COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher:** subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. **Relatório final.** [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética,** Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-25, out. 1996.
- CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanco 1998-2002:** aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil.** Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999.
- COUTINHO, T. et al. Diabetes gestacional: como tratar? **Femina,** v. 38, n. 10, p.520, out. 2010. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- CRANE, J. M. et al. The effect of 3. gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. **J. Obstet. Gynaecol. Can.,** v. 31, n. 1, p. 28-35, 2009.
- DIABETES MELLITUS: diagnostico e complicações crônicas. 2008. Disponível em: <<http://www.pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 22 jun. 2013.
- FEDERAÇÃO NACIONAL DE NUTRICIONISTAS. **Dados inéditos da pesquisa vigitel revelam preocupante crescimento do diabetes no Brasil.** 2012. Disponível em: <<http://www.fnn.org.br/noticias.php?id=231>>. Acesso em: 05 maio 2013.
- FEUDTNER, C.; GABBE, S. G. Diabetes and pregnancy: four motifs of modern medical history. **Clin. Obstet. Gynecol.,** v. 43, p. 4-16, 2000.
- GETAHUN, D. et al. Gestational diabetes in the United States: temporal trends 1989 through 2004. **Am. J. Obstetr. Gynecol.,** v. 198, p. 525, 2008.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GROSSI, S. A. A.; PASCALI, P. M. **Manual de enfermagem.** São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

GROSS, JORGE L; SILVEIRO SANDRA P et al. **Diabetes Melito**: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq Bras Endocrinol Metab vol.46 no.1 São Paulo Feb, 2002. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 02.09.2013.

INDIA. Ministry of Health and Family Welfare. **National programme for prevention and control of cancer, diabetes, cardiovascular diseases and stroke**. New Delhi, 2010. Disponível em: <<http://pib.nic.in/newsite/erelease.aspx?relid=63088>>. Acesso em: 15 July 2013.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES; PREGNANCY STUDY GROUPS CONSENSUS PANEL. Recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. **Diabetes Care**, v. 33, n. 3, p. 676-682, 2010.

KAISER, L.; ALLEN, L. H. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. **J. Am. Diet Assoc.**, v. 108, n. 3, p. 553-561, 2008.

KESHAVARZ, M. et al. Gestational diabetes in Iran: incidence, risk factors and pregnancy outcomes. **Diabetes Res. Clin. Pract.**, v. 69, n. 3, p. 279-286, 2005.

KNOPP, R. H. et al. Metabolic effects of hypocaloric diets in management of gestational diabetes. **Diabetes**, v. 40, Suppl. 2, p. 165-171, 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LANGER, O. et al. Cultural diversity as a factor in self-monitoring blood glucose in gestational diabetes. **J. Assoc. Acad. Minor. Phys.**, v. 6, p. 73-77, 1995.

LAURINDO MC; RECCO DC; ROBERTI DB; RODRIGUES CDS. **Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés**. Arq Ciências Saúde. 2005.

LEI 8.080. 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 25.07.2013.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Florianópolis: Paloti, 2001.

LOWDERMILK, D. L. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MADHAB, A.; PRASAD, V. M.; KAPUR, A. Gestational diabetes mellitus: Advocating for policy change in India. **Int. J. Gynecol. Obstetr.**, v. 115, Suppl. 1, p. S41-S44, 2011.

MAGANHA, C. A.; VANNI, D.G.B.S et al. **Tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional**. V.49, N° 3, SP, julho-setembro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso Em: 02.08.2013.

MAHAL, A.; KARAN, A.; ENGELGAU, M. **The economic implications of non-communicable disease for India**. Washington: World Bank, 2010. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org>>. Acesso em: 28 Oct. 2012.

MAIA, FREDERICO F.R.; ARAÚJO, LEVIMAR R. **Projeto “Diabetes Weekend” – Proposta de Educação em Diabetes Mellitus Tipo 1**. Arq Bras Endocrinol Metab vol 46 n° 5 Outubro 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 02.09.2013.

MANN, P. S. **Introductory statistics**. 2nd ed. [S.l.]: Wiley, 2005. Disponível em: <<http://www.pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 14 July 2013.

MEDEIROS, T. **Aleitamento materno**. 2012. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

METZGER, B. E. The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study. **Int. J. Gyn. Obst.**, v. 78, p. 69-77, 2002.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 12^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2013.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (UK). **Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period**. 2008. Disponível em:< [http:// www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)>. Acesso em: 2 Mar. 2012.
- O'SULLIVAN, J. B. Diabetes mellitus after GDM. **Diabetes**, v. 40, p. 131-135, 1991.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**. 1990< <http://www.ufpe.br>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- RASMUSSEN, K. M.; YAKTINE, A. L. (Ed.). **Pregnancy weight guidelines: weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines**. Washington, DC: National Academies Press, 2009.
- READER, D. M. Medical nutrition therapy and lifestyle interventions. **Diabetes Care**, v. 30, Suppl. 2, p. S188-S193, 2007.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2011.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SCHMIDT, M. I. et al. Prevalence of gestational diabetes mellitus-do the make a difference?Brazilian Gestational Diabetes Study Group. **Diabet. Med.**, v. 17, p. 376-380, 2000.
- SHEFFIELD J. S.; BUTLER-KOSTER EL.; CASEY, B.M, et al. **Maternal diabetes mellitus and infant malformations**. *Obstet Gynecol*, Nov, 2002.
- SIMHAYOFF N.; SHEINER E.; LEVY, A et al. **To induce or not to induce labor: a macrosomic dilemma**. *Obstet Gynecol Surv* 2005.
- SIMMONS, D.; MCEL DUFF, A, et al. **Comparação da Associação Americana de Diabetes e das Diretrizes do Colégio Americano de Obstétricas e Ginecologistas do Reino Unido e das Diretrizes do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínicas**. *Diabetes Care*, v. 33, n. 1, Jan. 2010.
- SINGH, S. R. et al. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta-analysis. **CMAJ**, v. 180, n. 4, p. 385-397, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3^a. ed. São Paulo, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GENÉTICA MÉDICA et al. **Recém-nascido Macrossômico**, nov 2011. Disponível em:<[http:// www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br)>. Acesso em: 29.08.2013.
- WIGHT, N. E. Hypoglycemia in breastfed neonates. **Breastfeed Med.**, v. 1, n. 4, p. 253-262, 2006.
- WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, p. 2568- 2569, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2010**. Geneva, 2010.
- YOUNG, J.; ANWAR, A. Diabetic medications in pregnancy. **Care Diabetes Rev.**, v. 5, p. 252-258, 2009.
- ZAVASCHI, M.L.S.; KUCHENBECKER, R. **Aspectos psicológicos do Aleitamento materno**. *Rev. Psiquiatria*. Rio Grande do Sul, v. 13, n.2, maio/agosto 1991.

ZAWIEJSKA, A. et al. Components of metabolic syndrome and their impact on fetal growth in women with gestational diabetes mellitus. **J. Physiol. Pharmacol.**, v. 59, Suppl. 4, p. 5-18, 2008.

ZECK, WILLIBALD.; McINTYRE, H. DAVID. **Gestational Diabetes in Rural East Africa: A Call to Action.** **Journal of women's health.** v. 17, n. 3, p.403-406, 2008.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA AS GESTANTES

I. Dados de identificação

1. Nome da Paciente: _____
2. Idade (anos): _____
3. Data da admissão: ____ / ____ / ____
4. Dias de internamento: _____

II. Dados sócio-econômicos

5. Procedência: 1 () Capital 2 () Interior
6. Cor: 1 () branca 2 () parda 3 () negra
7. Escolaridade:
 - 1 () analfabeto 2 () fundamental incompleto 3 () fundamental completo
 - 4 () médio incompleto 5 () médio completo 6 () Nível superior
8. Renda familiar:
 - 1 () < 1 sal. 2 () 1 sal. 3 () 2 a 3 sal. 4 () 4 sal 5 () 5 ou +
 Ocupação: _____
9. Estado civil: 1 () casada 2 () união cons. 3 () solteira 4 () outros

III. Dados relacionados ao pré-natal e história obstétrica

10. Início do pré-natal: 1 () 1º tri. 2 () 2º tri. 3 () 3º tri. 4 () NA
11. Número de consultas: 1 () nenhuma 2 () 1 a 3 3 () 4 a 6 4 () Mais de seis consultas
12. Tipo de Parto: 1 () normal 2 () cesárea 3 () fórceps
13. Intervalo interpartal: 1 () 1 ano 2 () 2 anos 3 () 3 anos 4 () 4 ou +
5 () não se aplica
14. Quem realizou o seu pré-natal:
 1. () Só o enfermeiro 2. () Só o Médico 3. () Médico e enfermeiro 4. () Nenhum 5. () Não se aplica
15. Patologias presentes durante o período gestacional:
 - 1 () DHEG 2 () Prematuridade 3 () Hemorragias
 - 4 () Infecção urinária 5 () obesidade 6 () HAC 7 () NTG
 - 8 () Gemelaridade 9 () LES 10 () Nefropatia 11 () Outros 12 () Não se aplica
16. Fumo na Gestação: 1 () sim 2 () não
17. Promoção do aleitamento materno: 1 () sim 2 () não
18. Glicemia: 1 () sim 2 () não
19. Verificação da pressão arterial:
 - 1 () 0 2 () 1 - 3 3 () 4 - 6 4 () mais de seis vezes
20. Medição da altura uterina:
 - 1 () 0 2 () 1 - 3 3 () 4 - 6 4 () mais de 6 vezes

21. Batimentos cardíacos fetais:

1 () 0 2 () 1 - 3 3 () 4- 5 4 () mais de seis vezes

22. Realização de atividades educativas durante o pré-natal:

1 () sim 2 () não

23. Orientação sobre atividade física: 1 () Sim 2 () Não

IV. Dados relacionados ao Processo Mórbito

24. Hipótese

diagnóstica na admissão:

1 () síndrome hipertensiva 2 () hemorragia 3 () Infecção gestacional 4 () Infecção puerperal

5 () placenta prévia 6 () deslocamento prematuro placenta 7 () trombose venosa profunda 8 ()
amniorrexe prematura 9 () diabetes gestacional 10 () anemia 11 () infecção do trato urinário 12 ()
abortamento infectado 13 () outros

25. Em que momento da gestação você soube que estava com este diagnóstico?

1 () até 20 sem. 2 () após 20 sem. 3 () Trabalho de parto

4 () parto 5 () puerpério imediato 5 () puerpério tardio

26. Quais os sinais e sintomas detectados para o seu diagnóstico?

1 () tontura 2 () poliúria 3 () polaciúria 4 () polifagia 5 () sudorese 6 () exame

27. Mediante o seu diagnóstico, quais foram as orientações recebidas?

1 () Dieta 2 () Repouso 3 () Medicações 4 () necessidade de internamento 5 () outras:

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CLIENTE

Prezada Senhora,

Sou Enfermeira, estudante do Curso de Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior-UFC. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo analisar a aplicabilidade das diretrizes das políticas públicas dirigidas as gestantes portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional internadas em uma Maternidade de referência em Fortaleza-Ce. Solicito sua permissão para a coleta dos dados sobre as experiências vivenciadas durante esse período.

Os dados serão apresentados e divulgados junto à comunidade acadêmica respeitando o caráter confidencial das identidades.

Ressaltamos que sua participação contribuirá de forma significativa para a melhoria do atendimento de enfermagem à saúde obstétrica.

Para maiores informações estarei disponível no telefone: 33668547

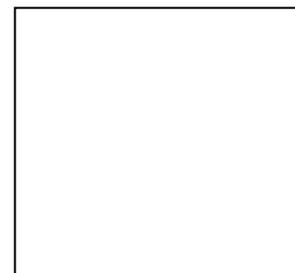
Pesquisadora

✂-----

-CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que depois de esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013



APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezado Diretor,

Solicitamos a Vossa Senhoria, autorização para o levantamento de dados do projeto de dissertação, que deverá ser efetuado as mulheres admitidas na Unidade de Internamento, com Diabetes Mellitus Gestacional. Os dados serão coletados mediante preenchimento de um formulário previamente elaborado, se houver aceitação.

Gostaríamos de salientar que será garantido o sigilo das identidades das mulheres entrevistadas.

Os dados serão coletados somente com as mulheres que aceitarem fazer parte do estudo, a partir de consentimento por escrito.

Sem mais no momento, agradeço à atenção.

Professor – Orientador

Mestranda em Enfermagem

