



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**

**REJANE BELCHIOR LIMA MACEDO**

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ANTICONCEPÇÃO EM PACIENTES COM  
DIABETES MELITUS EM IDADE FÉRTIL**

**FORTALEZA**

**2023**

REJANE BELCHIOR LIMA MACEDO

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ANTICONCEPÇÃO EM PACIENTES COM  
DIABETES MELITUS EM IDADE FÉRTIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Santos Cerqueira  
Coorientador: Prof. M<sup>a</sup>. Cristina Figueiredo Sampaio  
Façanha

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- 
- |     |  |
|-----|--|
| M1c | <p>Macedo, Rejane Belchior Lima.<br/>Conhecimento e práticas de anticoncepção em pacientes com diabetes melitus em idade fértil. / Rejane Belchior Lima Macedo. – 2023.<br/>47 f. : il.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2023.<br/>Orientação: Prof. Dr. Gilberto Santos Cerqueira.<br/>Coorientação: Profª. Dra. Cristina Figueiredo Sampaio Façanha.</p> <p>1. Anticoncepção. 2. Diabetes Melitus. 3. Planejamento Familiar. 4. Gravidez. Fertilidade. I. Título.<br/>CDD 610</p> |
|-----|--|
-

REJANE BELCHIOR LIMA MACEDO

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ANTICONCEPÇÃO EM PACIENTES COM  
DIABETES MELITUS EM IDADE FÉRTIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em: 19/12/2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Gilberto Santos Cerqueira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Cristina Figueiredo Sampaio Façanha  
Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH)

---

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais por serem a pedra fundamental  
da minha criação e formação.

À minha família, por me incentivar e apoiar,  
dando força para enfrentar os obstáculos.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus colegas, que compartilharam as horas de dúvidas e de estudo, além de comemorar as conquistas realizadas.

Aos professores e mestres, pela dedicação e amor ao ensino, e pela paciência ao orientarem de maneira exemplar o melhor caminho a percorrer para chegar à excelência.

Às instituições que foram escola e campos de conhecimento, permitindo o acesso à pesquisa e ao crescimento profissional.

"A verdadeira liberdade individual não pode  
existir sem o planejamento familiar."

Margaret Sanger

## RESUMO

O período gestacional na mulher com diabetes carrega em si alguns riscos devido a hiperglicemia poder levar a complicações materno fetais. Portanto, o planejamento familiar levando a uma gravidez no momento de melhor controle do diabetes seria o ideal e, para tal planejamento, o conhecimento sobre contracepção adequada é fundamental. Entretanto, a literatura mostra que muitas mulheres com diabetes não planejam suas gravidezes, e para entender o que leva este baixo nível de planejamento realizamos este estudo. O objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento e as práticas de anticoncepção e planejamento familiar de mulheres com Diabetes Mellitus em idade fértil, além de avaliar conhecimento sobre controle do diabetes e cuidados pré concepcionais de planejamento, considerando a orientação profissional e a educação em saúde. Esta pesquisa consistiu em um estudo transversal, com abordagem quantitativa, com a coleta de dados por meio de questionários aplicados a 52 mulheres com diabetes atendida no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão do Estado do Ceará. Sobre o controle do diabetes, apenas 15% das mulheres conheciam a meta da HbA1c abaixo de 6,5% como objetivo de controle, tendo no grupo de mulheres com nível superior de escolaridade maior conhecimento (44%), e 62% não sabia que deveriam ter seu diabetes controlado para reduzir o risco de uma gravidez. Apesar de 80% das mulheres tenham tido orientação profissional quanto ao momento adequado para engravidar, apenas 53% tentaram compensar o diabetes para engravidar. Número menor foi o de planejamento de gravidez, somando 38% das mulheres. Observamos que os grupos com maior proporção de gestações planejadas foram das mulheres com diabetes tipo 2 (65%) e aquelas com nível de escolaridade superior (77,8%). A diferença entre o conhecimento sobre métodos contraceptivos e sua efetiva utilização foi um achado significativo ( $p=0,002$ ), sugerindo o baixo acesso a contraceptivos seguros e de longa duração. Os resultados mostraram o baixo nível de conhecimento das mulheres sobre os cuidados do diabetes no contexto peri gravidez, bem como sobre metas de controle glicêmico adequadas, mesmo com orientação de equipe de saúde. Desse modo podemos concluir que apesar do conhecimento sobre o risco do diabetes na gravidez, o planejamento e contracepção foi insuficiente, mostrando a importância de melhorar a comunicação e mudar o tipo de abordagem, com a finalidade de elevar a conscientização, além da necessidade de ampliar acesso a métodos seguros e eficazes para esse grupo de pacientes.

**Palavras-chave:** anticoncepção; educação; planejamento familiar; gravidez; Diabetes Mellitus; fertilidade.



## ABSTRACT

The gestational period in women with diabetes carries some risks as hyperglycemia can lead to maternal and fetal complications. Therefore, family planning leading to pregnancy at a time when diabetes is better controlled would be ideal and, for such planning, knowledge about adequate contraception is essential. However, the literature shows that many women with diabetes do not plan their pregnancies, and to understand what leads to this low level of planning, we carried out this study. The objective of this study was to investigate the knowledge and practices of contraception and family planning of women with Diabetes Mellitus of childbearing age, in addition to evaluating knowledge about diabetes control and preconception care planning, considering professional guidance and health education. This research consisted of a cross-sectional study, with a quantitative approach, with data collection through questionnaires applied to 52 women with diabetes treated at the Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão of the State of Ceará. Regarding diabetes control, only 15% of women knew the target of HbA1c below 6.5% as a control objective, with the group of women with higher education having greater knowledge (44%), and 62% did not know that should have their diabetes controlled to reduce the risk of pregnancy. Although 80% of women had professional guidance regarding the appropriate time to get pregnant, only 53% tried to compensate for their diabetes to get pregnant. A smaller number was planning a pregnancy, totaling 38% of women. We observed that the groups with the highest proportion of planned pregnancies were women with type 2 diabetes (65%) and those with a higher level of education (77.8%). The difference between knowledge about contraceptive methods and their effective use was a significant finding ( $p=0.002$ ), suggesting low access to safe and long-lasting contraceptives. The results showed women's low level of knowledge about diabetes care in the peri-pregnancy context, as well as about adequate glycemic control goals, even with guidance from the health team. Therefore, we can conclude that despite knowledge about the risk of diabetes during pregnancy, planning and contraception was insufficient, showing the importance of improving communication and changing the type of approach, with the aim of raising awareness, in addition to the need to expand access to safe and effective methods for this group of patients.

**Keywords:** contraception; education; family development planning; pregnancy; Diabetes Mellitus; fertility.

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Figura 1 – | Distribuição do estado civil das mulheres do estudo.....   | 27 |
| Figura 2 – | Distribuição em porcentagem do conhecimento dos tipos de<br>contracepção.....  | 30 |
| Figura 3 – | Distribuição em porcentagem do uso dos tipos de contracepção.....  | 30 |
| Figura 4 – | Diferença entre conhecimento e uso dos tipos de contraceptivos usados<br>entre as mulheres do estudo. Teste de ANOVA ( $p=0,002$ ). DIU<br>(dispositivo intrauterino)..... | 31 |
| Tabela 1 – | Perfil de uso de contraceptivos orais combinados em mulheres com alto risco<br>cardiovascular.....   | 32 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| ABNT     | Associação Brasileira de Normas Técnicas                        |
| ADA      | Associação Americana de Diabetes                                |
| ADO      | Antidiabéticos Orais Combinados                                 |
| CEP      | Comitê de Ética e Pesquisa                                      |
| CIDH     | Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão                      |
| DATA-SUS | Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil |
| DIU      | Dispositivo Intrauterino  |
| DM       | Diabetes Mellitus   |
| HBA1C    | Hemoglobina Glicosilada   |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                 |
| IMC      | Índice de Massa Corpórea  |
| LADA     | Late-onset Autoimmune Diabetes of Adulthood                     |
| MAC      | Métodos Anticoncepcionais                                       |
| MODY     | Maturity Onset Diabetes of the Young                            |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                                    |
| OR       | Odds Ratio  |
| PNS      | Pesquisa Nacional de Saúde                                      |
| RR       | Risco Relativo  |
| SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| TCLE     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                      |
| UFC      | Universidade Federal do Ceará                                   |
| WHO      | World Health Organization                                       |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>1.1</b>   | <b>Revisão de Literatura.....</b>                               | <b>16</b> |
| <b>1.2</b>   | <b>Justificativa.....</b>                                       | <b>20</b> |
| <b>1.3</b>   | <b>Objetivos.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>1.3.1</b> | <b><i>Objetivo geral.....</i></b>                               | <b>21</b> |
| <b>1.3.2</b> | <b><i>Objetivos específicos.....</i></b>                        | <b>21</b> |
| <b>1.4</b>   | <b>Questão norteadora.....</b>                                  | <b>21</b> |
| <b>1.5</b>   | <b>Hipóteses.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>2</b>     | <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>2.1</b>   | <b>Desenho do estudo.....</b>                                   | <b>22</b> |
| <b>2.2</b>   | <b>População e Amostra.....</b>                                 | <b>22</b> |
| <b>2.3</b>   | <b>Local e período do estudo.....</b>                           | <b>22</b> |
| <b>2.4</b>   | <b>Critérios de inclusão.....</b>                               | <b>22</b> |
| <b>2.5</b>   | <b>Critérios de exclusão.....</b>                               | <b>23</b> |
| <b>2.6</b>   | <b>Instrumento para coletas de dados.....</b>                   | <b>23</b> |
| <b>2.7</b>   | <b>Riscos e Benefícios.....</b>                                 | <b>25</b> |
| <b>2.8</b>   | <b>Aspectos éticos.....</b>                                     | <b>25</b> |
| <b>2.9</b>   | <b>Análise de dados.....</b>                                    | <b>26</b> |
| <b>3</b>     | <b>RESULTADOS.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>Características da amostra.....</b>                          | <b>27</b> |
| <b>3.2</b>   | <b>Perfil clínico.....</b>                                      | <b>27</b> |
| <b>3.3</b>   | <b>Controle glicêmico.....</b>                                  | <b>28</b> |
| <b>3.4</b>   | <b>Histórico obstétrico e orientações para gravidez.....</b>    | <b>28</b> |
| <b>3.5</b>   | <b>Conhecimento sobre diabetes e gravidez.....</b>              | <b>29</b> |
| <b>3.6</b>   | <b>Conhecimento sobre fertilidade e contracepção.....</b>       | <b>29</b> |
| <b>3.7</b>   | <b>Histórico de orientação sobre planejamento familiar.....</b> | <b>31</b> |
| <b>4</b>     | <b>DISCUSSÃO.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>5</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                | <b>37</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>38</b> |
|              | <b>APÊNDICE A – MATERIAIS PRODUZIDOS.....</b>                   | <b>42</b> |
|              | <b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>         | <b>43</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE<br/>ESCLARECIDO (TCLE).....</b>                           | <b>44</b> |
| <b>ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO<br/>SETOR ONDE FOI REALIZADA A PESQUISA.....</b> | <b>46</b> |
| <b>ANEXO B – PARECER DA CEP.....</b>   | <b>47</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1989, durante encontro de representantes de ministérios de saúde de países da Europa, em Saint Vincent, na Itália, houve uma discussão sobre metas para lutar contra as complicações do diabetes; uma delas era que os desfechos das gravidezes entre mulheres com diabetes deveriam ser iguais aos de mulheres sem diabetes. Hoje, mais de 30 anos após a Declaração de Saint Vincent (1989), as coisas não estão perto de chegarem à igualdade, e observamos alta prevalência de complicações materno-fetais e mortalidade no grupo de gestantes e puérperas com diabetes (DIABETES CARE, 1990).

O período gestacional pode ser dividido em fases embrionária (precoce, até a oitava semana de gestação) e fetal. A organogênese, que é a formação de tecidos e órgãos, ocorre na fase embrionária, e o crescimento e maturação dos órgãos ocorrem na fase fetal, e a exposição a hiperglicemia é o principal fator teratogênico principalmente quando ocorre na organogênese (NEGRATO, 2022).

A hiperglicemia precoce na gravidez pode elevar o risco em 9 vezes de malformações congênitas comparada com a população normoglicêmica. Há aumento no risco de malformação cardiovascular podendo chegar a um Odds Ratio de 5 (AKBARIASBAGH, 2017) e o risco relativo de anomalias congênitas ao nascimento foram 2,44 (IC 95% 2,33–2,55) para diabetes pré-gestacional (WU, 2020).

Malformações congênitas podem ser evitadas em grande parte otimizando o controle glicêmico nos meses que antecedem a gravidez até o momento do parto, portanto o planejamento familiar com equipe multidisciplinar é a melhor maneira de reduzir esses riscos, além da orientação sobre as opções de anticoncepcionais para que a gravidez aconteça no melhor momento, interrupção de medicamentos teratogênicos, uso de ácido fólico e cessação do fumo (WAHABI, 2020).

Entre as complicações mais comuns devido a hiperglicemia no segundo e terceiro trimestres estão o parto prematuro e a macrosomia, que é o aumento do peso do bebê acima do percentil 95 para sua idade gestacional. Pacientes com níveis mais elevados de glicose tiveram fetos com maior macrosomia e hipoglicemia, em relação aos pacientes com níveis mais baixos de glicose no sangue. A presença de macrosomia é evidenciada pela ultrassonografia durante o acompanhamento pré-natal, e é mais frequente nas mulheres com diabetes do que nas mulheres sem diabetes (JOVANOVIČ, 2015).

Apesar de haver conhecimento dos riscos, do custo-efetividade e da abordagem que levaria a benefícios bem documentados, o número de gravidezes não planejadas é alarmante. O

engajamento das mulheres com o controle do diabetes pré-gestacional é precário, com a maioria das mulheres com diabetes procurando atendimento e cuidado médico apenas após estarem gestantes (HENDRIECKX, 2021; MURPHY, 2018).

A atuação do médico endocrinologista é fundamental no acompanhamento das mulheres com diabetes, com orientações sobre o tratamento, os cuidados com a alimentação, atividade física, adesão a medicação, realização de exames de rotina, porém a saúde reprodutiva pode ser negligenciada, deixando tal cuidado para o especialista em ginecologia ou para o médico da família. Entretanto o ginecologista ou médico de família pode desconhecer a presença do diabetes nesta mulher e fornecer orientações gerais, inespecíficas, diferente do que seria para a mulher possui diabetes, já que a mesma deve receber recomendações especiais tanto na escolha do contraceptivo quanto nos cuidados para o preparo para uma futura gestação.

Identificando este problema, que há um grande número de gravidezes não planejadas e que acontecem em contexto de hiperglicemia, questionamos como seria possível reduzir a lacuna entre a orientação do especialista e o efetivo planejamento família. Então qual o melhor profissional de saúde e qual é a melhor maneira de chegar à mulher com diabetes, levando a maior planejamento das gravidezes nas mulheres com diabetes?

Este estudo tem como objetivo investigar entre mulheres com diabetes como está o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, como é realizado o planejamento familiar, qual o profissional de saúde que costuma orientar sobre este tema, e quais as práticas habituais de contracepção entre um grupo de mulheres com diabetes no nosso centro, e esperamos com isso poder futuramente elaborar estratégias que possam melhorar a motivação dessas mulheres para reduzir as complicações materno-fetais que são elevadas nesta população.

## 1.1 Revisão de Literatura

O planejamento familiar é importante para a saúde física, mental e social das mulheres e de suas famílias. A anticoncepção tem uma história milenar, descrita desde os tempos de Hipócrates, os antigos já se utilizavam de sementes e unguentos, além de métodos comportamentais, como o coito interrompido e de barreira, feito com bexiga de carneiro (ONU, 2013). Desde então, a anticoncepção e o planejamento familiar têm evoluído, com o desenvolvimento de novas técnicas e tecnologias mais eficientes, como: vasectomia, laqueadura tubária, Método da Amenorreia da Lactação (LAM), hormonais (orais e injetáveis) e o Dispositivo Intrauterino (DIU), cujas taxas de falhas variam de 0,1 a 0,6 gestações para cada 1.000 mulheres em uso adequado e consistente durante o primeiro ano (seis meses para LAM), passando de uso de 8% nos anos 1960 para 62% em 2007 (MOURA; EVANGELISTA; DAMESCENO, 2012).

A taxa de gestações não planejadas permanece em níveis elevados, mesmo em países desenvolvidos como os Estados Unidos, que chega a 45% das gestações (CDC, 2023). Situação ainda mais preocupante quando as condições de saúde podem comprometer o desfecho da gestação, sendo o planejamento uma ferramenta fundamental para uma gestação saudável. O Diabetes Mellitus é uma destas condições, que se tem tornado um complicador cada vez mais frequente da gestação nos dias de hoje.

Diabetes mellitus (DM) é caracterizado por hiperglicemia persistente, devido deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou ambos, ocasionando complicações a longo prazo. Em proporções epidêmicas, hoje estima-se que 537 milhões de pessoas vivam com diabetes no mundo, sendo o Brasil o sexto país em número, com cerca de 15,7 milhões de casos (IDF, 2021).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e pelo Ministério da Saúde, estimou que 6,2% da população brasileira acima de 18 anos referiu diagnóstico de diabetes, sendo de 7,0% em mulheres e 5,4% em homens, com maior taxa (9,6%) nos indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (OLIVEIRA *et al.* 2017). No Ceará, de janeiro de 2002 a abril de 2013, foram cadastradas no SUS 15.341 pessoas portadoras de DM, sendo 3.259 mulheres, em idade fértil, de 15 a 49 anos (DATASUS, 2023).

Há um crescimento na população de mulheres com diabetes, com projeções da Federação Internacional de Diabetes de uma prevalência global de 342,5 milhões ou 10,8% de mulheres com diabetes em 2045 (IDF, 2021). Esse aumento vem acompanhado do maior



número de mulheres em idade fértil e gravidezes com hiperglicemia, principalmente associado à tendência mundial de aumento da obesidade, havendo previsão para 2030 de que 30,2% das mulheres no Brasil estejam com obesidade (ESTIVALETI, 2022).

Esta população necessita orientações sobre planejamento familiar adequado, já que uma gestação não planejada, com hiperglicemia principalmente no primeiro trimestre (embriogênese), eleva o risco de desfechos adversos tanto para a mãe quanto para o feto. Quanto mais elevada a glicemia, maior o risco de malformações, chegando a 10-15 vezes superior ao risco da população geral e de desfechos como aborto, morte perinatal, prematuridade, pré-eclâmpsia, macrossomia e distúrbios epigenéticos, que alteram a programação fetal conferindo a prole risco aumentado de obesidade, diabetes e síndrome metabólica ao longo da vida (RIOS, 2019; ZHANG, 2022).

Devido a isso, as sociedades médicas (SBD, 2023; ADA, 2023; IDF, 2021) recomendam que as mulheres com diabetes devam ser orientadas a usar método anticoncepcional efetivo e que o planejamento deve ser idealmente iniciado 6 meses antes da gestação, devendo a anticoncepção ser suspensa apenas quando atingir o limite máximo seguro de Hemoglobina glicada (HbA1C) abaixo de 6,5% (ADA, 2023).

Já em relação ao controle glicêmico durante a gestação, é considerado ótimo quando os valores de glicemia pré-prandial, ao deitar-se e da madrugada, estejam entre 60 e 90 mg/dl (ADA, 2023). Em mulheres com risco de hipoglicemia, esses alvos devem ser elevados para glicemia em jejum de até 99 mg/dl. Os valores de glicemia pós-prandial de 1h após início das refeições devem ser <140 mg/dl. Ademais, em gestantes com grande variabilidade glicêmicas ou risco de hipoglicemia assintomática, recomenda-se uso de monitoramento contínuo de glucose (NEGRATO; ZAJDENVERG; 2016).

O aconselhamento sobre contracepção e fertilidade é inconsistente para maioria dessas mulheres que desconhecem sobre fertilidade e uso de contraceptivos, devido falta de conhecimento dos provedores de saúde, gerando erros de orientação e acompanhamento, o que acarreta má aderência, agravamento da doença ou gravidez indesejada (WAHABI, 2020).

Tal realidade ainda é mais agravada pela existência de poucas pesquisas que revelam os efeitos dos anticoncepcionais em mulheres com diabetes, sobre o conhecimento delas acerca desses impactos e acerca do seu nível de conhecimento em relação ao melhor método anticoncepcional para a sua situação de saúde. Assim, o bom planejamento e o início da gestação com controle metabólico adequado reduzem os desfechos adversos na gestação, como demonstrou a pioneira Dra. Jovanovic, que desenvolveu um algoritmo, com o uso de insulina durante a gestação, melhorando controle do diabetes durante esse período mais delicado

(PETTITT; WOLLITZER, 2019).

Diante do exposto, a anticoncepção consiste em um importante meio para a viabilização desse planejamento familiar. Desse modo, as diretrizes nacionais e internacionais sobre cuidados de preconcepção para mulheres com diabetes são consistentes em recomendar que o cuidado antecedente a uma gestação inclua uma discussão sobre o risco de malformação congênita relacionada à glicemia ou até mesmo a medicação antidiabética em uso, e a garantir anticoncepção adequada até o controle glicêmico ser alcançado (ADA, 2023).

Considerando essas informações, quando a necessidade de anticoncepção recai sobre mulheres com DM, os provedores de serviços de saúde devem estar preparados para lidar com as particularidades deste grupo, pois o DM representa um fator de risco reprodutivo. Assim, as mulheres com essa patologia têm indicação de usar MAC (Métodos Anticoncepcionais) de elevada eficácia e adequados a sua condição clínica, pois determinados MAC podem estar contraindicados em face do próprio diabetes ou da sua terapêutica medicamentosa (SALINAS, 2020).

Contraindicações aos MAC hormonais na DM podem estar associadas com o tempo da patologia (>20 anos), idade acima de 35 anos, tabagismo (>15 cigarros por dia), hipertensão, obesidade e complicações em órgãos alvo (olhos, rins ou nervos) (SHAW, 2013). Quando a mulher apresenta um ou mais desses fatores de risco cardiovasculares, o uso de anticoncepcionais hormonais combinados (oral ou injetável) e hormonal injetável de progestágeno (trimestral) os potencializa (ROBINSON, 2016). Assim, o uso de anticoncepcional oral combinado (ACO) deve ser feito apenas em mulheres com diabetes não fumantes, menores que 35 anos, sem evidência de nefropatia, retinopatia ou HAS (ACOG, 2018).

Em relação aos métodos combinados, o uso de anel vaginal apresenta-se como opção adequada para contracepção em mulheres com risco de desenvolvimento de DM ou síndrome metabólica. Já em relação aos anticoncepcionais utilizando progestágeno, estudos mostram sua associação com o risco de desenvolvimento da doença, contudo o DIU liberador de levorgenestrel pode considerado seguro em pacientes portadoras de DM1 e DM2, e o implante subdérmico de progestágeno pode ser usado em diabetes sendo liberado pela OMS (ROBINSON, 2016). Além destes, também podem ser utilizadas a laqueadura tubária ou vasectomia, tendo o agravamento da difícil reversão desses procedimentos. Os métodos de barreira não são contraindicados, podem ser opção para as que não desejam uso de hormônios, entretanto possuem a necessidade de adesão e podem levar a falhas e gravidez indesejada, sendo ideal o uso de camisinhas para evitar doenças transmissíveis em combinação com outro método

mais efetivo. Entretanto o uso de espermicidas deve ser evitado pela maior probabilidade de complicações nessas pacientes (EVANGELISTA, 2014).

A educação sobre anticoncepção e sobre as práticas pré-concepcionais como uso de ácido fólico, retirada de medicações possivelmente teratogênicas ou com classe de risco elevada para gravidez, e controle glicêmico no alvo para a gravidez entre as mulheres com diabetes devem ser instituídos pela atenção primária e secundária em saúde (WAHABI, 2020).

O conhecimento da situação atual em nosso meio é essencial para que sejam desenvolvidas políticas públicas efetivas e atuantes nesta população, estimulando o conhecimento não só das pacientes, mas também dos profissionais de saúde para o cuidado pré-concepcional adequado e a proporcionar a mulheres com diabetes uma gestação saudável.

## 1.2. Justificativa

O diabetes pode levar a inúmeras complicações na mulher com diabetes, e no ponto de vista reprodutivo, o mau controle glicêmico no momento da concepção e durante a gravidez aumenta a chance de resultados adversos na gravidez, incluindo natimortos, anomalias congênitas e mortalidade perinatal (ROBINSON, 2016). A combinação da educação e da promoção da contracepção reduz o risco de gravidezes em momento inadequado, portanto, o aconselhamento precoce e do fornecimento de contraceptivos altamente eficazes é essencial para prevenir gravidez no contexto do diabetes descompensado (SALINAS, 2020).

O planejamento familiar entre mulheres com diabetes tem sido negligenciado apesar de haver diretrizes internacionais com recomendações claras sobre os riscos dos tipos de anticoncepção e dos desfechos adversos de uma gravidez não planejada na mulher com diabetes com glicemia fora do alvo. A investigação sobre o conhecimento atual das mulheres com diabetes sobre sua fertilidade e métodos contraceptivos adequados é de importância fundamental para o planejamento de ações efetivas em saúde pública objetivando prevenção de desfechos adversos na gestação diabética.

### **1.3. Objetivos**

#### *1.3.1 Objetivo geral*

Investigar o conhecimento e as práticas de anticoncepção e planejamento familiar de pacientes com Diabetes Mellitus em idade fértil.

#### *1.3.2 Objetivos específicos*

- a) Avaliar o conhecimento de pacientes com Diabetes Mellitus em idade fértil sobre os métodos contraceptivos disponíveis;
- b) Investigar as práticas de anticoncepção e planejamento familiar mais utilizadas por pacientes com Diabetes;
- c) Avaliar o conhecimento das pacientes com diabetes sobre a influência dos métodos contraceptivos no controle metabólico e complicações do DM;
- d) Identificar o conhecimento sobre os cuidados em saúde pré-concepcionais a serem realizados na mulher com Diabetes;
- e) Investigar as práticas habituais de orientação sobre anticoncepção e planejamento familiar oferecidas a essas pacientes.

### **1.4. Questão norteadora**

Mulheres com diabetes que tiveram orientação sobre contracepção reduziram a chance de terem gravidezes não planejadas?

### **1.5. Hipóteses**

- a) Hipótese principal (H1): Mulheres com diabetes que tiveram orientação sobre contracepção tiveram menos gravidezes não planejadas;
- b) Hipótese nula (H0): Mulheres com diabetes que tiveram orientação sobre contracepção não tiveram menos gravidezes não planejadas.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1. Desenho do estudo**

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativo, com aplicação de questionários estruturados em mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Tal estudo pode ser classificado como um estudo de Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde (CAP), pelo principal objetivo do estudo ser o conhecimento do nível de entendimento da população sobre questões de saúde e práticas (OLIVEIRA, 2020).

Segundo Gil (2002), pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, além disso foi transversal por fazer uma análise única no tempo. O estudo foi realizado a fim de fazer análises de dados de investigações, pretendendo-se mensurá-los e dimensioná-los, sendo assim quantitativo (RANGEL, 2018).

### **2.2. População e Amostra**

A população do estudo foram mulheres em idade fértil, com diagnóstico de DM prévio, que eram acompanhadas no CIDH. Sendo incluídas como amostra do estudo 52 pacientes do sexo feminino e em idade fértil, com diagnóstico de DM, sendo ao todo 32 mulheres DM1 e 20 DM2, que concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento, após devido esclarecimento sobre ele.

### **2.3. Local e período do estudo**

A pesquisa foi realizada no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão – CIDH-CE, no qual é referência na assistência de nível secundário a pacientes com diabetes no estado do Ceará - SESA e é localizado na Rua Silva Paulet, 2406 - Dionísio Torres, Fortaleza - CE, CEP 60120-021. O estudo foi realizado no período de fevereiro de 2021 a novembro de 2022.

### **2.4. Critérios de inclusão**

- a) Pacientes do sexo feminino em idade fértil por critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde com a faixa etária entre 15 a 49 anos;
- b) Diagnóstico de Diabetes Mellitus - DM tipo 1, DM tipo 2, LADA (Late-onset Autoimmune Diabetes of Adulthood) ou MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young);
- c) Que concordarem em participar do estudo por meio da assinatura de um termo de consentimento, após devido esclarecimento sobre ele;

- d) Pacientes na faixa etária entre 15 a 17 anos devem estar acompanhadas de um responsável que consinta sua participação.

## 2.5. Critérios de exclusão

- a) Pacientes fora da faixa etária em idade fértil conforme definição da OMS;
- b) Condições que impeçam compreensão do instrumento de pesquisa;
- c) Pacientes menores de 18 anos desacompanhadas por responsável que consinta a participação na pesquisa e assinatura do TCLE.;
- d) Diabetes gestacional ou outras formas de diabetes na gravidez em curso.

## 2.6. Instrumento para coleta de dados

Foram utilizados questionários estruturados na plataforma Google Forms.<sup>1</sup> Os questionários foram apresentados em forma de link às pacientes de duas maneiras: durante atendimento em ambulatório no CIDH ou sendo enviados por meio de mensagem eletrônica. A pacientes que aceitaram responder, dariam o aceite eletrônico do termo de responsabilidade e em seguida responderiam o questionário de forma livre, voluntária, autônoma, não anônima, sem ajuda do pesquisador ou de voluntários.

O questionário estruturado inclui variáveis do estudo descritas abaixo:

- Idade, escolaridade (nunca estudou, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior), estado civil (solteira, casada, união estável, separada, divorciada, viúva), e renda familiar (em salários mínimos);
- Peso e altura (para cálculo de índice de massa corpórea - IMC).
- Perfil clínico das pacientes acompanhadas:
  - Tipo de diabetes (tipos 1 e 2, outros tipos de diabetes, desconhece o tipo de diabetes);
  - Presença de complicações do diabetes (nefropatia, neuropatia, retinopatia);

---

1

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexnpSHS8kgAjwVr08Tv\\_QQBdNgaqzm97fZmS\\_Grtdp\\_bidpg/vi ewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexnpSHS8kgAjwVr08Tv_QQBdNgaqzm97fZmS_Grtdp_bidpg/vi ewform?usp=sf_link).

- Medicação utilizada para o diabetes (metformina, sulfonilurétricas, iDDP4, análogos de GLP1, pioglitazona, acarbose, insulina NPH, insulina regular, insulina análogo rápida, insulina lenta ou ultralenta);
- Tempo de evolução do diabetes (desde o diagnóstico);
- Se realiza monitorização da glicemia e com que frequência;
- Presença de comorbidades (hipertensão, dislipidemia, outras doenças) e se usa medicações para tais comorbidades quando presentes;
- Se possui exames laboratoriais recentes.
- Paridade (número de gestações, partos e abortos), idade da menarca.
- Conhecimento sobre parâmetros de controle do diabetes:
  - Realização de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses;
  - Conhecer o valor da meta normal da hemoglobina glicada;
  - Conhecer o valor da meta normal da hemoglobina glicada para engravidar.
- Conhecimento sobre controle glicêmico e cuidados pré-concepcionais:
  - Uso de ácido fólico;
  - Conhecimento sobre suspensão ou manutenção de medicações do diabetes e das comorbidades;
  - Conhecimento sobre existência de medicações teratogênicas;
  - Conhecer sobre a necessidade de ter o diabetes controlado antes de engravidar;
  - Conhecer que o diabetes descompensado leva a riscos materno-fetais;
  - Se houve tentativa de controle do diabetes antes de engravidar;
  - Como estava o diabetes quando engravidou.
- História de uso de métodos contraceptivos e planejamento familiar:
  - Conhecimento sobre método contraceptivo entre as opções: Camisinha, preservativo feminino, anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional oral só de progestágeno, anticoncepcional injetável, DIU de cobre, DIU hormonal, tabelinha, coito interrompido, espermicida, muco cervical (Billings), temperatura basal, laqueadura tubária, amenorréia da lactação, implante, não conheço;
  - Método contraceptivo usado (entre opções acima);
  - Se escolha do método foi orientada com ajuda de profissional de saúde;
  - Se houve planejamento da gravidez;
- Conhecimento sobre sua fertilidade (variáveis com graduação de concordância das seguintes frases):



- Mulher com diabetes tem mais dificuldade de engravidar que a mulher não diabética;
  - Mulher com diabetes tem mais abortos / perdas que a mulher não diabética;
  - O diabetes faz a mulher diabética ser infértil ou menos fértil;
- Conhecimento sobre métodos de anticoncepção e sua influência sobre o metabolismo glicêmico e complicações do diabetes (variáveis com graduação de concordância das seguintes frases):
  - Mulher com diabetes não pode tomar anticoncepcional;
  - Alguns anticoncepcionais não podem ser usados na mulher com diabetes;
  - Alguns anticoncepcionais podem piorar o diabetes;
  - Alguns anticoncepcionais podem aumentar risco de complicação vascular da diabética;
- Investigação sobre o sujeito da orientação sobre fertilidade, anticoncepção e planejamento familiar (qual profissional de saúde realizou tal orientação).

## **2.7. Riscos e Benefícios**

Como se trata de estudo investigativo em que não serão realizados procedimentos médicos, sendo que no estudo há risco mínimo, como a perda da confidencialidade e gasto de tempo para realizar a entrevista.

A participação no estudo é voluntária, a paciente não receberá qualquer benefício direto do estudo; porém, as informações irão servir para o desenvolvimento de práticas médicas e políticas de saúde que estimulem a educação das pacientes com diabetes em idade fértil e de profissionais de saúde. A oportunidade de conversar sobre este assunto despertará nas pacientes a necessidade de se educarem sobre o assunto.

Os benefícios observados entre as mulheres entrevistadas foram que respondendo aos questionários puderam levar a autoanálise sobre suas práticas em saúde, melhorando assim o autoconhecimento e levando a melhor gerenciamento de escolhas futuras.

## **2.8. Aspectos éticos**

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UNICHRISTUS e aprovado na Plataforma Brasil com número do parecer 3.319.274, obedecendo aos princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos constantes na Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) (ANEXO B). Todas mulheres que aceitaram participar do

estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com o aceite do mesmo (APÊNDICE C).

## **2.9. Análise dos dados**

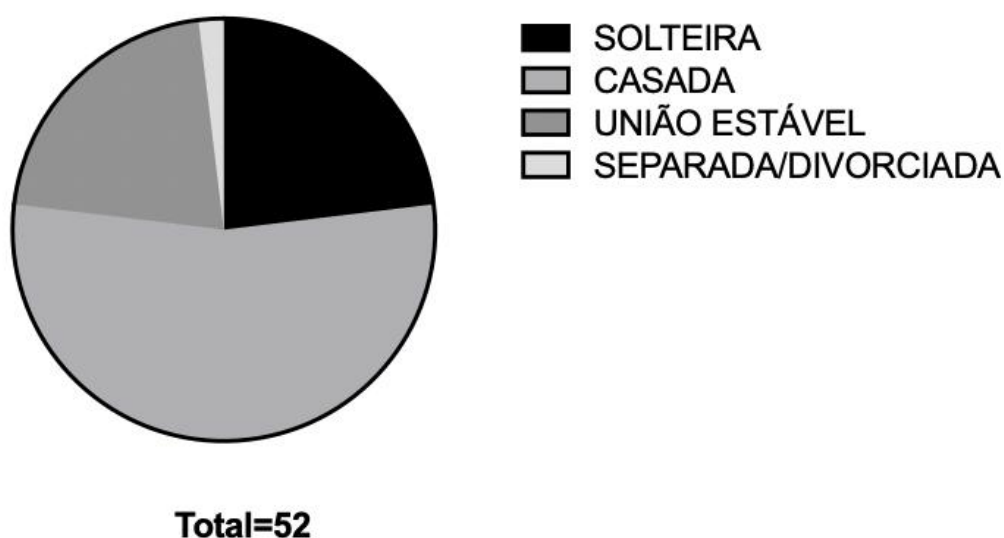
Os dados foram expressos em tabelas e/ou gráficos, com exposição de frequências, percentuais e medidas de tendência central conforme adequado. Sendo apresentados os resultados quantitativos categóricos em forma de percentuais e contagens e os numéricos em forma de medidas de tendência central. Foram realizados testes de normalidade Shapiro Wilk. Dependendo da normalidade, serão feitos os testes de ANOVA ou Mann-Whitney ou Teste T conforme adequado. Foram executados testes de qui-quadrado para análise de significância em variáveis nominais, sendo usado o teste exato de Fisher quando a amostra é de número pequeno. Foram considerados significativas as comparações com valor de  $p$  até 0,05. Dados foram tabulados e analisados pelo software Graph Pad Prism versão 10, e para organizar os dados e construção da tabela foi usado no Microsoft Excel for Mac, versão 16.75.2.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Características da amostra

Em banco de dados com 150 mulheres, foram encaminhados os questionários, no entanto 52 mulheres foram respondedoras, com aceite e preenchimento completo. Tal número da amostra possui poder estatístico, realizado teste de poder da amostra (considerando o índice de confiança da 95%, o número mínimo foi de 49 segundo EpiInfo). Nossa amostra possuía idade entre 17 e 48 anos. Nenhuma paciente negou responder o questionário. Entre elas 23% eram solteiras, 54% casadas, 21% em união estável e 2% separadas ou divorciadas (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição do estado civil das mulheres do estudo.



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Sobre escolaridade, a maioria (61,5%) tinha o ensino médio completo, e a renda familiar média era de 1.93 salários mínimos.

#### 3.2 Perfil clínico

O tipo de diabetes mais prevalente na amostra foi o DM1, presente em 30 mulheres (57,7% da amostra), as DM2 eram 20 mulheres (38,5%), e 2 não sabia o tipo de diabetes que tinha. A idade média das mulheres DM1 era de 31,2 anos enquanto das DM2 era de 38,2 anos. O peso médio era de 70kg, sendo o IMC médio de 28,4kg/m<sup>2</sup>, portanto nossa amostra tinha

mais mulheres com sobrepeso. A média do IMC nas mulheres com DM1 foi de 27,4 kg/m<sup>2</sup>, e das com DM2 foi de 29,9kg/m<sup>2</sup>, portanto ambos grupos com sobrepeso.

Dez mulheres (20%) tinha hipertensão, dez tinha dislipidemia (20%) e as complicações como nefropatia, retinopatia e neuropatia tinham prevalência respectivamente de 7,7%, 12% e 22%, porém quando analisado o grupo de DM1 vemos maior prevalência de retinopatia e neuropatia sendo de 16,6% e 23,5%, respectivamente.

### **3.3 Controle glicêmico**

Analisando o controle glicêmico, 36 pacientes fazem monitorização glicêmica (69%), 40 (77%) possuíam exames laboratoriais recentes (nos últimos 6 meses), e destas apenas 37 (71%) tinham certeza de ter realizado o exame da hemoglobina glicada (HbA1c). Nem o tipo de diabetes (tipo 1 ou 2), nem a escolaridade (ensino superior versus ensino médio ou fundamental) tiveram diferença estatística em terem realizado exames recentes.

O conhecimento sobre metas glicêmicas foi o seguinte: Apenas 8 pacientes (15%) sabiam que o valor da HbA1c considerado normal é abaixo de 6,5% e a maioria (22 mulheres – 42%) desconheciam a existência de um valor de meta de hemoglobina glicada considerada normal. Quando comparamos as mulheres com nível superior de escolaridade, o conhecimento da meta era maior, com diferença estatisticamente significativa ( $p=0.0228$ ), sendo que 44% do nível superior conheciam o valor enquanto apenas 9,3% das mulheres com ensino médio e fundamental conheciam a meta. Tal diferença não foi significativa quando comparamos mulheres com DM1 e mulheres com DM2.

Sobre a meta do diabetes para gravidez, 32 mulheres (62%) não sabiam que tinham que ter uma HbA1c dentro de um valor adequado para preparar-se para uma gestação saudável. Esse desconhecimento de metas não foi diferente quando comparamos tipos de diabetes ( $p=0.7688$ ) e escolaridade ( $p=0.3147$ ).

### **3.4 Histórico obstétrico e orientações para gravidez**

A maioria das pacientes tiveram 2 gestações (37%), seguidas de uma única gestação (27%), e a minoria teve 4 ou mais gestações (9,6%). Número de mulheres que teve pelo menos um aborto foi de 22 (42%). Idade média da menarca foi de 13 anos.

O uso do ácido fólico foi orientado em 75% das pacientes, porém 5,8% não sabia para que servia. Quarenta e uma mulheres (79%) sabiam que algumas medicações tomadas na gravidez podem levar a problemas no feto/bebê, como mal formações. Entre as mulheres que tinham comorbidades e que faziam uso de outras medicações (24 mulheres), 54% tiveram

orientação que deveriam mudar ou suspender tais medicações no caso de engravidarem, entretanto apenas 6 delas (25%) o fizeram logo que engravidaram, enquanto as outras esperaram a primeira consulta para fazer tal mudança.

### **3.5 Conhecimento sobre diabetes e gravidez**

Quarenta e uma mulheres (79%) tinham conhecimento que algumas medicações tomadas na gravidez podem levar a problemas no feto/bebê.

Cinquenta mulheres (98%) foram orientadas que o diabetes descompensado na gravidez pode levar a complicações para a mãe e para o bebê e 80% delas referiram ter tido orientação de que deveriam ter o diabetes compensado antes de engravidar. E mesmo com esse nível de conhecimento apenas 53% referiu que tentou compensar/controlar o diabetes antes de engravidar.

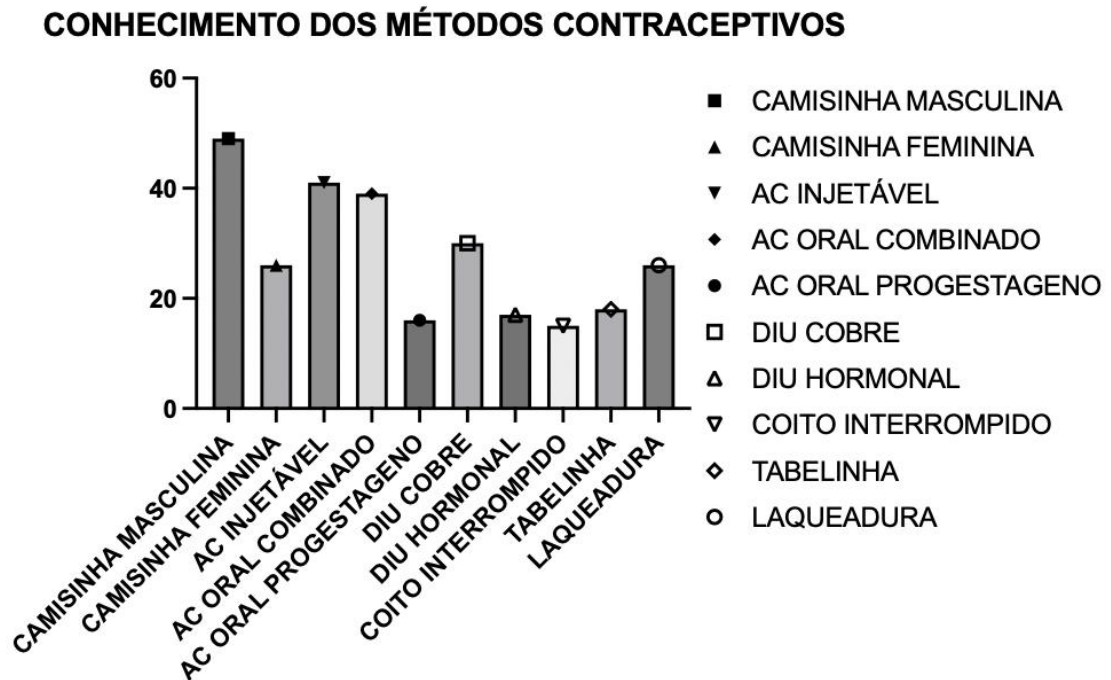
Quando analisamos os mesmos dados separando os grupos de DM1 e DM2, entre as pacientes com DM1 86% tinham conhecimento que deveriam controlar o diabetes antes de engravidar, porém apenas 46% o fizeram; e entre as pacientes do DM2 66% sabiam que tinha que controlar o diabetes antes da gravidez e 57% o fizeram.

A glicemia (controle glicêmico) logo que descobriu a gravidez foi considerada boa em 31% das mulheres respondedoras, já 27% considerou ruim e 23% não lembrava como estava.

### **3.6 Conhecimento sobre fertilidade e contracepção**

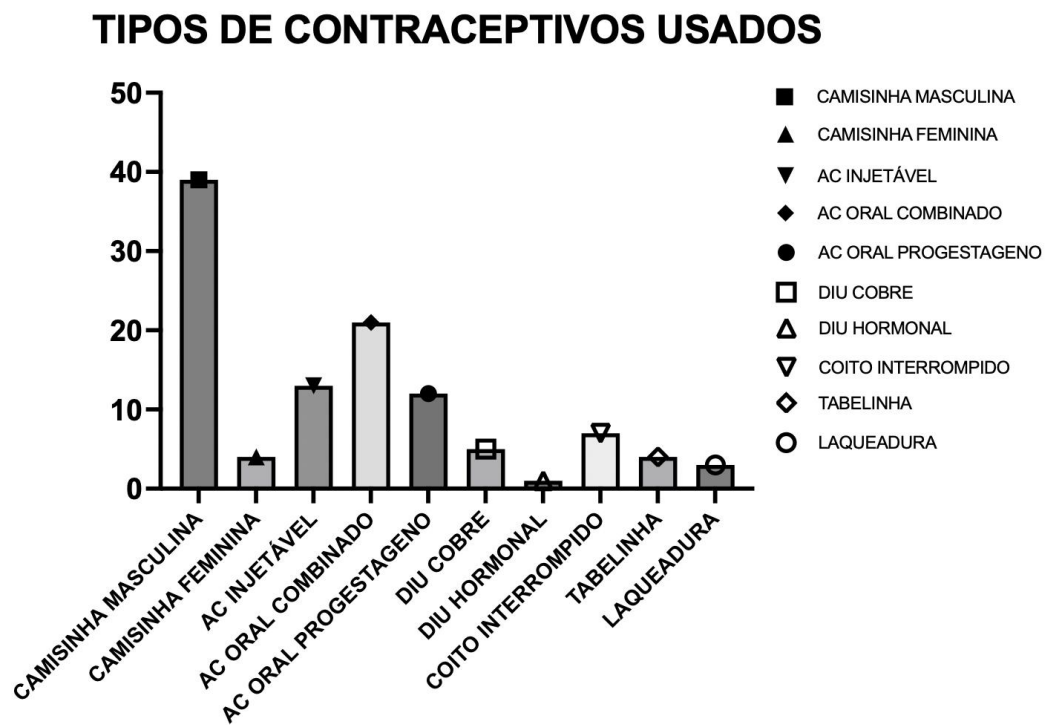
Quando questionadas sobre métodos anticoncepcionais os mais conhecidos eram camisinha (94%), anticoncepcional injetável (79%), anticoncepcional oral combinado (75%) e DIU de cobre (58%) (Figura 2). A maioria (90%) já usou ou faz uso de algum método anticoncepcional. O método mais utilizado é a camisinha (75%), seguido do anticoncepcional combinado (40%) (Figura 3). Comparamos com análise de variância ANOVA e observamos que houve diferença estatística entre os tipos de contraceptivos conhecidos e os contraceptivos usados (Figura 4).

Figura 2 – Distribuição em porcentagem do conhecimento dos tipos de contracepção.



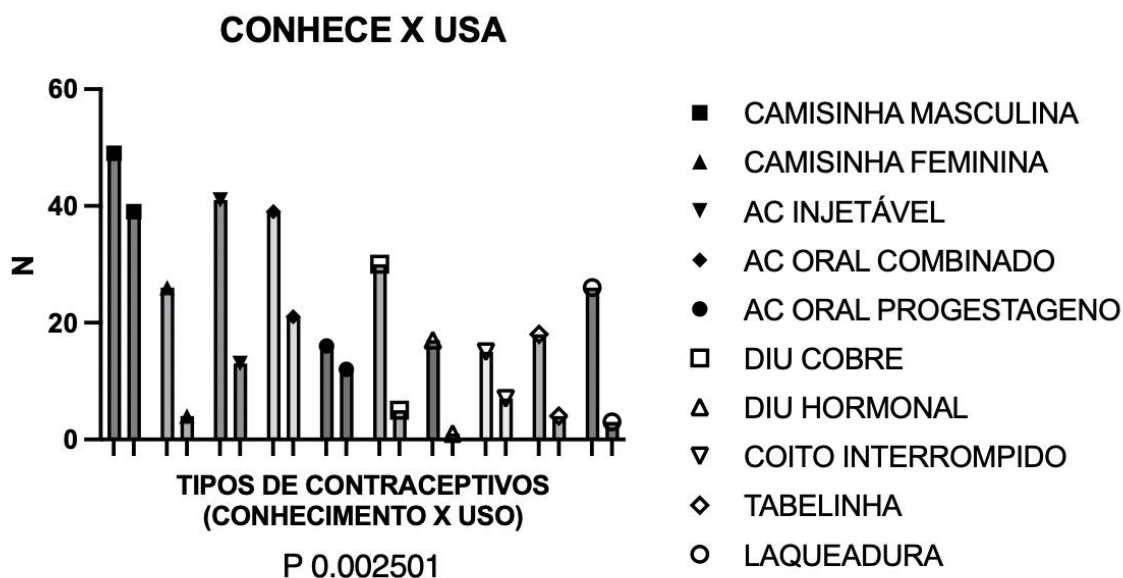
Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Figura 3 – Distribuição em porcentagem do uso dos tipos de contracepção.



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Figura 4 – Diferença entre conhecimento e uso dos tipos de contraceptivos usados entre as mulheres do estudo.  
Teste de ANOVA ( $p=0,002$ ). DIU (dispositivo intrauterino)



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Entre as afirmações sobre fertilidade e diabetes, 28% concordam que a mulher com diabetes tem mais dificuldade de engravidar que a mulher sem diabetes, 56% concordam que a mulher com diabetes tem mais abortos / perdas que a mulher sem diabetes, 22% acreditam que o diabetes faz a mulher com diabetes ser infértil ou menos fértil.

As mulheres relataram que tiveram orientações sobre contracepção de diversas fontes, sendo 15 delas do(a) ginecologista, 7 de outros médicos e 5 de enfermeiro(a); enquanto conhecimento sobre fertilidade 15 delas do(a) ginecologista, 9 de outros médicos e 6 de enfermeiro(a).

### 3.7 Histórico de orientação sobre planejamento familiar

Apenas 38% das mulheres planejou gravidez, sendo que no grupo de DM1 esse planejamento foi de 20% e no grupo de DM2 o planejamento foi de 65% (tendo diferença estatística,  $p=0,0019$ ).

Quando feitas afirmações sobre uso de contraceptivos na mulher com diabetes, 48% das mulheres concordavam que alguns anticoncepcionais podem piorar o diabetes, 32% acreditam que alguns anticoncepcionais não podem ser usados na mulher com diabetes, mas 59% discorda que mulher com diabetes não pode tomar anticoncepcional.

Os profissionais responsáveis pela orientação sobre planejamento familiar mais citados foram 11 do(a) ginecologista, 7 de outros médicos(as) e enfermeiro(a)s (7 mulheres). Fazendo análise estatística sobre planejamento por profissional de saúde e desfecho de gravidez planejada, não houve diferença estatística ( $p=0,15$ ).

Quando fizemos a análise estatística avaliando o grupo das mulheres que foram orientadas a compensar o diabetes antes de engravidar e cruzamos com o grupo que tentou compensar, não houve diferença estatística ( $p=0,11$ ) realizando o teste qui-quadrado.

Quando analisamos o grupo das mulheres que tiveram orientação para compensar o diabetes antes de engravidar e cruzamos com o grupo que planejou gravidez, não houve diferença estatística ( $p=0,7683$ ) realizando o teste qui-quadrado, e mesmo analisando com o teste de Fisher por ser número pequeno de participantes manteve sem significância ( $p>0,99$ ).

Quando analisamos os grupos considerados de risco para uso de contraceptivos hormonais, ou seja, mulheres com idade igual a superior a 35 anos, com nefropatia, retinopatia e hipertensão, foi visto que mesmo sendo de risco relataram ter feito uso de contraceptivos orais combinados em 56%, 75%, 75% e 70%, respectivamente.

Em seguida separamos o grupo das mulheres de risco (idade igual a superior a 35 anos, com nefropatia, retinopatia e hipertensão) que referiram ter usado anticoncepcional oral combinado, e neste grupo respectivamente 64%, 66%, 75% e 71% responderam que tiveram orientação médica para escolha de anticoncepção (tabela 1).

Tabela 1 – Perfil de uso de contraceptivos orais combinados em mulheres com alto risco cardiovascular.

|                               | <b>IDADE 35 ANOS<br/>OU MAIS</b> | <b>NEFROPATIA</b> | <b>RETINOPATIA</b> | <b>HIPERTENSÃO</b> |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| <b>TOTAL (N)</b>              | 25                               | 4                 | 6                  | 10                 |
| <b>USO ACO COMBINADO</b>      | 14                               | 3                 | 4                  | 7                  |
| <b>USO ACO COMBINADO (%)</b>  | 56                               | 75                | 75                 | 70                 |
| <b>USO COM ORIENTAÇÃO</b>     | 9                                | 2                 | 3                  | 5                  |
| <b>USO COM ORIENTAÇÃO (%)</b> | 64                               | 66                | 75                 | 71                 |

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Entre todas análises, o fator que mostrou maior planejamento, mostrando que levou a maior número de gestações planejadas foi a maior escolaridade. Quando comparado as mulheres com ensino médio e as com ensino superior houve diferença estatística, mostrando que mulheres com nível superior planejaram a gravidez em 77,8% das vezes, enquanto as com ensino médio planejaram em 34,4% das vezes ( $p=0,0376$ ). Comparando as com ensino



fundamental com os outros dois grupos não houve diferença estatística provavelmente por o n ser pequeno (total de 5 pacientes com ensino fundamental), apesar de todas as 5 mulheres terem relatado que não planejaram gravidez (100% delas).

## 4 DISCUSSÃO

Os últimos anos vêm trazendo diversas discussões sobre a autonomia da mulher sobre seu corpo e sobre seu direito de decidir sobre ter filhos ou não. O acesso ao conhecimento deve ser universal, e a decisão sobre o desejo de engravidar, quantos filhos ter e quando ter faz parte da educação geral, não somente da educação sexual, já que a decisão na escolha da prole pode interferir na vida social, familiar e no trabalho da mulher, sendo a mulher atualmente parte importante da renda familiar, quiçá a única fonte de renda.

O conhecimento limitado sobre saúde e sobre o impacto que o diabetes pode ter sobre uma gravidez nos fez pensar quais os fatores que mais influenciariam em reduzir complicações e se a orientação profissional adequada levaria a melhorar desfechos.

Ter um diabetes controlado é essencial para evitar complicações, e na gravidez não é diferente. Planejar uma gravidez para o momento em que a mulher esteja na sua saúde plena é o ideal, e conhecer que uma gravidez no contexto de diabetes descompensado é um risco para a mãe e para o bebê deveria levar a maior planejamento, entretanto não foi o que mostrou nosso estudo, e que já foi visto em estudos anteriores (SCOTT, 2021).

Cinquenta mulheres (98%) foram orientadas que o diabetes descompensado na gravidez pode levar a complicações para a mãe e para o bebê e 80% delas referiram ter tido orientação de que deveriam ter o diabetes compensado antes de engravidar. E mesmo com esse nível de conhecimento apenas 53% referiu que tentou compensar/controlar o diabetes antes de engravidar. Valores que se assemelham a literatura, onde se falar em até 2/3 das mulheres com

Atualmente para considerar como um diabetes estando controlado, em consenso, temos como limite máximo seguro um valor de HbA1c de 6,5%. Analisamos o conhecimento dessa meta e fatores que podiam influenciar nesta compreensão e apenas 15% das mulheres estudadas conhecia este valor. Avaliamos se o nível de escolaridade faria diferença nesse conhecimento, e encontramos que havia diferença estatisticamente significativa quando comparamos as mulheres com nível superior, sendo que 44% delas conheciam esta meta enquanto apenas 9,3% das mulheres com escolaridade menor tinham tal conhecimento.

Quando pensamos em planejar uma gravidez, tivemos uma baixa proporção, com 38% das mulheres referindo gravidezes planejadas. Uma das hipóteses do nosso estudo é que se as mulheres tivessem maior orientação profissional haveria maior número de gravidezes planejadas, porém isso não aconteceu, ou seja, o relato de terem sido orientadas não levou a maior planejamento ( $p=0,7683$ ). Análises das variáveis levaram a entender que dois fatores levavam a maior planejamento, um deles foi o tipo de diabetes: mulheres com DM2 planejaram

mais que as mulheres com DM1 (65% versus 22%,  $p=0,0019$ ), o que pode se dar pela idade, já que a idade média das mulheres com DM1 era 30,6 anos e DM2 era 38,2 anos. Outro fator foi a escolaridade – mulheres com nível superior planejaram mais que as mulheres com nível médio e fundamental (77,8% versus 33.4%,  $p=0,0376$ ).

A falta de planejamento altamente prevalente entre nossas pacientes coincide com a literatura, o que nos deixa intrigados qual seria o fator modificável que levaria a maior planejamento, se seria a orientação profissional sobre a contracepção adequada, o tipo de contraceptivo específico para a mulher com diabetes, a disponibilidade desses métodos no SUS com maior acessibilidade ou o nível de conhecimento dessas mulheres (OSMAN, 2015).

Sabemos que o nível atual de educação em saúde reprodutiva dessas mulheres é inadequado, o que já dificulta a contracepção adequada, e além disso o acesso às opções consideradas seguras para essas mulheres é um fator muito limitante. Métodos de longa duração e seguros como o DIU não são acessíveis pelo SUS, ou quando são, as mulheres ficam meses em fila de espera, estando expostas a gravidez não programada ou usando contraceptivos orais combinados que ocasionalmente estão à disposição nas unidades de saúde – o que não seria o adequado para as mulheres com risco cardiovascular.

Quando pensamos em método definitivo, a laqueadura possuía na sua permissão diversos critérios que tornava o acesso impossível para muitas mulheres – a nova lei sobre a laqueadura (14.443/2022) a tornou mais acessível, permitindo laqueadura em mulheres com idade mínima de 21 anos, mesmo sem filhos, sendo dispensada a autorização do cônjuge e parturientes podem realizar a laqueadura logo após o parto. Sendo assim algumas mulheres engravidam não pelo fato de não conhecerem os métodos, mas sim por não terem acesso.

Analizamos separadamente quantas mulheres conheciam os métodos contraceptivos listados no questionário (gráfico 2) e quantas usaram os mesmos métodos (gráfico 3), e houve diferença estatística em análise multivariável – ANOVA (gráfico 4), o que mostra que há uma diferença significativa entre conhecer e praticar a contracepção. Conhecer sobre os métodos é importante, mas o uso na vida real é que faz o planejamento eficaz, evitando complicação na gravidez. Tal baixa adesão a contracepção adequada se assemelha a literatura além do baixo cuidado pré-concepcional (CARTWRIGHT, 2009).

Algumas mulheres são consideradas como de alto risco cardiovascular, que são as mulheres com 35 anos ou mais, como nefropatia, retinopatia e hipertensão. Nessas mulheres há uma recomendação de evitar uso de métodos contraceptivos hormonais, entretanto não é uma contraindicação absoluta, e sim uma recomendação contra.

No subgrupo das mulheres de alto risco que fizeram uso de anticoncepcionais orais

combinados observamos quais tiveram orientação de profissional de saúde sobre a contracepção a escolher. Esse número foi alarmante, mostrando que a maioria destas pacientes usou contraceptivos que elevam risco, e que a maioria delas teve inclusive orientação de profissional de saúde para escolha da contracepção. Tal observação nos faz abrir espaço para uma outra discussão: se a escolha foi feita a revelia da orientação de não usar tais métodos, ou se os profissionais de saúde desconhecem tal recomendação para esse grupo de mulheres.

Quando pensamos em boa comunicação sabemos que existem alguns componentes, como: quem comunica (no nosso caso o profissional de saúde), quem recebe a informação (no nosso caso a mulher com diabetes), a mensagem comunicada (como planejar uma gravidez e uso adequado de contracepção), e, talvez o componente mais importante, como a informação é transmitida. Para construirmos conhecimento é necessário não somente ter acontecido a comunicação, mesmo da maneira mais adequada, mas haver também tomada de consciência, o que ainda é muito falho quando se fala em educação em saúde. Essa tomada de consciência nas nossas mulheres com diabetes deveria levar a melhora do controle glicêmico, assim como ter escolhas melhores sobre contracepção e sobre programar uma gestação para um momento adequado com o diabetes controlado, por isso a mensagem deveria ser melhor comunicada e reforçada para essas mulheres (ROBINSON, 2016).

A análise do nosso estudo confirma essa lacuna, que está tanto na comunicação como na tomada de consciência, existindo uma discrepância entre ter conhecimento sobre riscos e cuidar melhor do diabetes, usando adequadamente a contracepção e planejando gravidez. Alguns estudos mostram que uma equipe multidisciplinar preparada para acompanhar mulheres de alto risco com seguimento mais intensivo levou a melhores desfechos, reduzindo complicações na gravidez e neonatais (YOELI-ULLMAN, 2020).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo destacou a importância do planejamento familiar no contexto da mulher com diabetes, e na redução de riscos materno fetais quando uma gravidez acontece quando o diabetes está controlado. Isto é possível quando se programa a gravidez e para tal o uso de contracepção adequada permite a espera por este momento de controle glicêmico.

Foi visto que apesar do conhecimento e da informação dada pelos profissionais de saúde houve uma baixa programação das gestações entre as nossas pacientes. E além disso, houve uma discrepância entre o conhecimento das possibilidades da contracepção e o real uso, mostrando que o planejamento familiar foi baixo e inadequado.

Houve um grupo de mulheres que teve maior planejamento e maior conhecimento sobre o controle do diabetes que foram as mulheres com escolaridade superior, o que nos faz pensar que o nível intelectual foi o fator que mais levou a tomada de consciência, e não apenas a orientação profissional. O planejamento de gravidez entre as mulheres com diabetes tipo 2 foi maior que no grupo das mulheres com diabetes tipo 1, o que pode estar associado com a idade maior entre as com diabetes tipo 2. Entretanto, mesmo com maior planejamento, o conhecimento sobre o controle do diabetes foi baixo em ambos grupos.

No nosso estudo, ter orientação sobre contracepção não levou a maior planejamento nem levou a maior uso de contracepção, o que nos faz questionar como seria possível aumentar este engajamento. Grupos multidisciplinares com profissionais mais preparados em comunicação, tendo maior enfoque em saúde reprodutiva da mulher, idealmente sendo estabelecida logo no início da idade reprodutiva, e com melhora da motivação em controle glicêmico e na escolha de contracepção deveria ser oferecido neste grupo de mulheres.

As limitações do estudo incluem as possibilidades de alguns vieses, como viés de amostra (maior habilidade com tecnologia responderam mais), viés de representatividade (mulheres com maior acesso a informação) e possíveis erros de interpretação por baixa capacidade de entendimento das perguntas, sendo minimizado por ter sido em parte realizado na presença do pesquisador estando à disposição para qualquer dúvida. Outra limitação se inclui em falta da abordagem qualitativa para captar onde se encontra a falha que leva as mulheres mesmo recebendo orientação sobre o planejamento e uso de contraceptivos terem gravidezes não planejadas e uso de contracepção inadequada.

## REFERÊNCIAS

- ACOG Practice Bulletin No. 201: Pregestational Diabetes Mellitus. **Obstetrics Gynecology**, v. 132, n. 6, p. e228–e248, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006250-201812000-00048>. Acesso em: 8 abr. 2023.
- AKBARIASBAGH, Parvin; SHARIAT, Mamak; AKBARIASBAGH, Naseredin; *et al.* Cardiovascular Malformations in Infants of Diabetic Mothers: A Retrospective Case-Control Study. **Acta Medica Iranica**, Teerã, v. 52, n. 2, p. 103–108, 2017. Disponível em: <https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/5900>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- BRITTON, Laura E.; HUSSEY, Jon M.; BERRY, Diane C.; *et al.* Contraceptive Use Among Women with Prediabetes and Diabetes in a US National Sample. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 64, n. 1, p. 36–45, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12936>. Acesso em: 12 jan. 2023.
- CARTWRIGHT, A; WALLYMAHMED, M; MACFARLANE, I; *et al.* What do women with diabetes know about pregnancy and contraception? **Practical Diabetes International**, v. 26, n. 6, p. 238–242, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pdi.1383>. Acesso em: 11 fev. 2022.
- CDC. **Unintended Pregnancy**. Reproductive Health. 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductive-health/hcp/unintended-pregnancy/index.html>. Acesso em: 7 mar. 2023.
- DATASUS. **TabNet Win32 3.3: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - Ceará**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?hiperdia/cnv/hdce.def>. Acesso em: 5 fev. 2023.
- DIABETES care and research in Europe: the Saint Vincent declaration. **Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association**, v. 7, n. 4, p. 360, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2140091/>. Acesso em: 15 jan 2023.
- ELSAYED, Nuha A.; ALEPPO, Grazia; ARODA, Vanita R.; *et al.* 15. Management of Diabetes in Pregnancy: *Standards of Care in Diabetes—2023*. **Diabetes Care**, v. 46, n. 1, p. S254–S266, 2023. Disponível em: [https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement\\_1/S254/148052/15-Management-of-Diabetes-in-Pregnancy-Standards](https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S254/148052/15-Management-of-Diabetes-in-Pregnancy-Standards). Acesso em: 9 jun. 2022.
- ESTIVALETI, José Matheus; GUZMAN-HABINGER, Juan; LOBOS, Javiera; *et al.* Time trends and projected obesity epidemic in Brazilian adults between 2006 and 2030. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 12699, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-16934-5>. Acesso em: 2 fev. 2022.
- EVANGELISTA, Danielle Rosa; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; COSTA, Carolina Barbosa Jovino De Souza; *et al.* Contraception: knowledge and practice among women with *Diabetes Mellitus*. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140063>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- GEISS, Linda S.; WANG, Jing; CHENG, Yiling J.; *et al.* Prevalence and Incidence Trends for Diagnosed Diabetes Among Adults Aged 20 to 79 Years, United States, 1980-2012. **JAMA**, v.

312, n. 12, p. 1218, 2014. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2014.11494>. Acesso em: 4 jan. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HENDRIECKX, Christel; MORRISON, Melinda; AUDEHM, Ralph; *et al.* Women with type 1 diabetes and women with type 2 diabetes differ in knowledge and beliefs about contraception and pregnancy. **Diabetic Medicine**, v. 38, n. 4, p. e14521, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14521>. Acesso em: 10 jan. 2023.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 10 ed. Brussels: 2021. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>. Acesso em: 9 fev. 2023.

JOVANOVIČ, Lois; LIANG, Yuanjie; WENG, Wayne; *et al.* Trends in the incidence of diabetes, its clinical sequelae, and associated costs in pregnancy. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v. 31, n. 7, p. 707–716, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dmrr.2656>. Acesso em: 5 mar. 2023.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; EVANGELISTA, Danielle Rosa; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 22–29, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100003&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 8 fev. 2023.

MURPHY, H. R.; BELL, R.; DORNHORST, A.; *et al.* Pregnancy in Diabetes: challenges and opportunities for improving pregnancy outcomes. **Diabetic Medicine**, v. 35, n. 3, p. 292–299, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.13579>. Acesso em: 12 abr. 2022.

NEGRATO, Carlos Antonio; MARQUES, Paulo Rubens; LEITE, Heloisa Barreto; *et al.* Glycemic and nonglycemic mechanisms of congenital malformations in hyperglycemic pregnancies: a narrative review. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, 2022. Disponível em: <https://www.aem-sbem.com/article/glycemic-and-nonglycemic-mechanisms-of-congenital-malformations-in-hyperglycemic-pregnancies-a-narrative-review/>. Acesso em: 5 jun. 2023.

O'BRIEN, Sarah H.; KOCH, Terah; VESELY, Sara K.; *et al.* Hormonal Contraception and Risk of Thromboembolism in Women With Diabetes. **Diabetes Care**, v. 40, n. 2, p. 233–238, 2017. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/40/2/233/37022/Hormonal-Contraception-and-Risk-of-Thromboembolism>. Acesso em: 9 abr. 2022.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; VENCIO, Sergio Cunha; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães (Org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2018**. [s.l.]: Editora Clannad, 2017. OLIVEIRA, Stefan Vilges de; LIMONGI, Jean Ezequiel. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde: um método epidemiológico preliminar nas abordagens de comunicação em saúde. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 14–19, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4530>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OSMAN, Ayesha; HOFFMAN, Anne; MOORE, Shane; *et al.* Reproductive knowledge and use of contraception among women with diabetes. **South African Medical Journal**, v. 105, n. 9, p. 760, 2015. Disponível em: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/9510>. Acesso em: 8 abr. 2023.

PETTITT, David J.; WOLLITZER, Alison Okada. Lois Jovanovič, MD, MACE: Pioneer in the Field of Diabetes and Pregnancy and Beyond. **Diabetes Care**, v. 42, n. 3, p. 359–363, 2019. Disponível em: <https://diabetesjournals.org/care/article/42/3/359/36168/Lois-Jovanovic-MD-MACE-Pioneer-in-the-Field-of>. Acesso em: 5 fev. 2023.

RANGEL, Mary; RODRIGUES, Jéssica *et al.* Fundamentos e princípios das opções metodológicas. Metodologias quantitativas e procedimentos quali-quantitativos de pesquisa. **OMNIA Revista Interdisciplinar de Ciências e Artes**, v. 8, n. 2, p. 5–11, 2018. Disponível em: [http://omnia.grei.pt/OM08\\_2/OM201802A.html](http://omnia.grei.pt/OM08_2/OM201802A.html). Acesso em: 5 fev. 2023.

RIOS, Washington Luiz Ferreira *et al.* Repercussões do diabetes mellitus no feto: alterações obstétricas e malformações estruturais. **Femina**, v. 47, n. 5, p. 307–316, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046522/femina-2019-475-307-316.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

ROBINSON, Ann; NWOLISE, Chidiebere; SHAW, Jill. Contraception for women with diabetes: challenges and solutions. **Open Access Journal of Contraception**, p. 11, 2016. Disponível em: <https://www.dovepress.com/contraception-for-women-with-diabetes-challenges-and-solutions-peer-reviewed-article-OAJC>. Acesso em: 11 fev. 2023.

SALINAS, Abril; MERINO, Paulina M.; GIRAUDO, Franco *et al.* Long-acting contraception in adolescents and young women with type 1 and type 2 diabetes. **Pediatric Diabetes**, v. 21, n. 7, p. 1074–1082, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pedi.13069>. Acesso em: 13 jan. 2025.

SCOTT, R.; OLIVER, N; THOMAS, M. *et al.* Pregnancy and contraception in women with Pre-Gestational diabetes in secondary Care— A questionnaire study. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 182, p. 109124, 2021. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168822721004836>. Acesso em: 05 mar. 2023.

SHAW, Kate A.; EDELMAN, Alison B. Obesity and oral contraceptives: A clinician's guide. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 27, n. 1, p. 55–65, 2013. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521690X12000978>. Acesso em: 12 mar. 2023.

WAHABI, Hayfaa A.; FAYED, Amel; ESMAEIL, Samia; *et al.* Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pre-pregnancy care for women with diabetes for improving maternal and perinatal outcomes. **PLOS ONE**, v. 15, n. 8, p. e0237571, 2020. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0237571>. Acesso em: 7 dez. 2022.

WU, Yuxiao; LIU, Buyun; SUN, Yangbo *et al.* Association of Maternal Prepregnancy Diabetes and Gestational Diabetes Mellitus With Congenital Anomalies of the Newborn. **Diabetes Care**, v. 43, n. 12, p. 2983–2990, 2020. Disponível em:



<https://diabetesjournals.org/care/article/43/12/2983/30877/Association-of-Maternal-Prepregnancy-Diabetes-and>. Acesso em: 10 jan. 2023.

YOELI-ULLMAN, Rakefet; DORI-DAYAN, Nimrod; MAZAKI-TOVI, Shali *et al.* Towards Implementation of the Saint Vincent Declaration: Outcomes of Women with Pregestational Diabetes. **The Israel Medical Association journal: IMAJ**, v. 22, n. 3, p. 137–141, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147976/>, Acesso em: 9 dez. 2022.

ZHANG, Tie-Ning; HUANG, Xin-Mei; ZHAO, Xin-Yi; *et al.* Risks of specific congenital anomalies in offspring of women with diabetes: A systematic review and meta-analysis of population-based studies including over 80 million births. **PLOS Medicine**, v. 19, n. 2, p. e1003900, 2022. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1003900>. Acesso em: 10 fev. 2023.

## APÊNDICE A – MATERIAIS PRODUZIDOS

### 1. Material didático

#### LIVRETO:

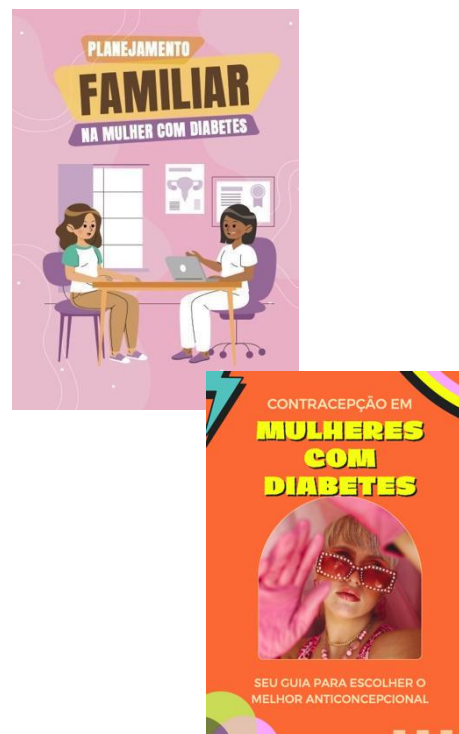
M123p - Macedo, Rejane Belchior Lima.

Planejamento Familiar na Mulher com Diabetes. / Rejane Belchior Lima Macedo; Cristina Figueiredo Sampaio Façanha; Gilberto Santos Cerqueira. – Fortaleza: UFC, Faculdade de Medicina, Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, 2021. 24 f.: il. color.

ISBN 978-65-00-36052-3. CDD 618.3646

### 2. CARTILHA

Contraceção em Mulheres com Diabetes: SEU GUIA PARA ESCOLHER O MELHOR ANTICONCEPCIONAL (2023)



### 3. Artigo de Opinião da Revista do IPREDE (2022)

#### REVISTA IPREDE:

Distúrbios alimentares na infância e adolescência, pagina 34. IPREDE – Instituto da Primeira Infância / Fortaleza: Iprede UFC, Ano 6, No 1 – Maio 2022 / Semestral

ISSN: 2595-1114. CDD 305.232



### 4. Artigo de Opinião da Revista do IPREDE (2023)

Quanto tempo seu filho fica olhando para uma tela?

IPREDE - Instituto da Primeira Infância / Fortaleza: Iprede UFC, Ano 7, No 2 - Outubro 2023 / Semestral  
ISSN: 2595-1114. CDD: 305.232



## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os questionários foram apresentados em forma de *link* às pacientes de duas maneiras: durante atendimento em ambulatório no CIDH ou sendo enviados por meio de mensagem eletrônica. A pacientes que aceitaram responder, dariam o aceite eletrônico do termo de responsabilidade e em seguida responderiam o questionário de forma livre, voluntária, autônoma, não anônima, sem ajuda do pesquisador ou de voluntários. Segue o link:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexnpSHS8kgAjwVr08Tv\\_QQBdNgaqzm97fZmS\\_Grtdp\\_bidpg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexnpSHS8kgAjwVr08Tv_QQBdNgaqzm97fZmS_Grtdp_bidpg/viewform?usp=sf_link)

## **APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “ESTUDO SOBRE O CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ANTICONCEPÇÃO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM IDADE FÉRTIL”. Neste estudo, pretendemos avaliar o conhecimento de mulheres com diabetes sobre a sua capacidade de ter filhos saudáveis, sobre seu entendimento sobre métodos anticoncepcionais e capacidade de escolher o mais adequado para seu uso, além de saber se esta informação tem sido dada de forma adequada pela equipe de saúde. Para isso, estamos solicitando sua autorização para coletarmos dados do questionário que será respondido por você. Os questionários serão aplicados pela nossa equipe no CIDH (Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão) seja presencialmente ou virtualmente por envio do questionário pela internet – via GoogleForms. Serão convidadas mulheres com diabetes mellitus, acompanhadas no CIDH, com o objetivo de traçar um perfil dessas acerca do seu conhecimento e compreensão sobre anticoncepção e gestação saudável na mulher com diabetes. Sua participação é voluntária. Não receberá pagamento e nem terá nenhuma despesa. Caso não deseje participar, você não sofrerá punição ou constrangimento e o seu atendimento será feito normalmente.

**RISCOS DO ESTUDO:** Neste estudo, não serão feitos procedimento ou intervenções em seu tratamento. O procedimento do estudo será você responder a questionário durante a sua espera para ser atendido em sua consulta de rotina, portanto o risco para a sua saúde com a sua participação no estudo será mínimo.

**BENEFÍCIOS DO ESTUDO:** Você não receberá benefício direto ou pagamentos por sua participação, mas acreditamos que sua participação possa contribuir para melhorar o preparo pré-natal de mulheres que têm diabetes, possibilitando as mesmas uma gestação saudável. Todas as informações de identificação pessoal fornecidas serão **CONFIDENCIAIS** e de conhecimento apenas dos pesquisadores e de autoridades regulatórias. As participantes da pesquisa não serão identificadas em nenhum momento, mesmo quando os resultados forem divulgados em qualquer formato de comunicação. Ao assinar esse termo, você estará permitindo acesso aos dados registrados em seus prontuários, sendo sua identidade mantida em sigilo absoluto em todo momento, e apenas os dados relevantes serão utilizados para fins de pesquisa e conhecimento científico. Informamos também que os dados poderão ser apresentados em relatórios e revistas científicas, sempre respeitando o seu direito ao sigilo, sem divulgar o seu nome, ou qualquer informação que possa identificá-lo. O projeto encontra-se de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Você receberá uma via

deste Termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), podendo tirar dúvidas, agora ou a qualquer momento. Pelos motivos acima, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual, desde já, agradecemos.

#### CONTATOS DA PESQUISA

Para qualquer outra informação, poderá entrar em contato com a pesquisadora Rejane Belchior Lima Macedo no CIDH, Rua Silva Paulet, 2406 – Dionísio Torres, Fortaleza–CE, pelo telefone (85) 31011538 ou 991617987. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Tem obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e está sendo executada de forma ética. Se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP/UniChristus – Rua João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060 Fone: (85)3265-6668 – Fortaleza-CE E-mail: cep@hlias.ce.gov.br

#### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA:

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo e tive a oportunidade de discutir as informações. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo. Enfim, orientada quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendida a natureza e o objetivo do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar por minha participação.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE  
FOI REALIZADA A PESQUISA**



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ  
REALIZADA A PESQUISA**

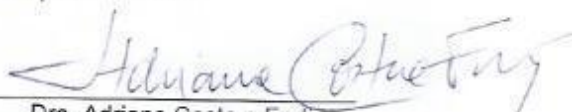
Eu, **ADRIANA COSTA E FORTI**, Diretora do Centro do Integrado de Diabetes e Hipertensão *tenho conhecimento* do projeto de pesquisa intitulado ***"Estudo sobre os Conhecimentos e Práticas de Anticoncepção em Pacientes com Diabetes Mellitus em Idade Fértil"***, que tem como pesquisadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Figueiredo Faganha do Centro Universitário Christus.

A pesquisa tem como objetivo geral: Investigar o conhecimento e as práticas de anticoncepção e planejamento familiar de pacientes com Diabetes Mellitus em idade fértil. Objetivos Específicos: Avaliar o conhecimento de pacientes com Diabetes Mellitus em idade fértil sobre os métodos contraceptivos disponíveis; investigar as práticas de anticoncepção e planejamento familiar mais utilizadas por pacientes com diabetes; avaliar o conhecimento dos pacientes diabéticos sobre a influência dos métodos contraceptivos no controle metabólico e complicações do DM; investigar as práticas habituais de orientação sobre anticoncepção e planejamento familiar oferecidas a estas pacientes.

A coleta de dados será mediante aplicação de questionário estruturado com 150 pacientes do sexo feminino em idade fértil por critérios internacionais, definido pela Organização Mundial de saúde com a faixa etária entre 15 a 49 anos, com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM tipo 1, DM tipo 2, LADA ou MODY).

O período de coleta será de outubro de 2019 a junho de 2020.

Fortaleza, 27 de março de 2019.

  
Dra. Adriana Costa e Forti  
Diretora do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão

## ANEXO B – PARECER DA CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
CHRISTUS - UNICHRISTUS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo sobre o conhecimentos e práticas de anticoncepção em pacientes com Diabetes Melitus em idade fértil.

**Pesquisador:** Cristina Figueiredo Sampaio Façanha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10665119.0.0000.5049

**Instituição Proponente:** Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda-IPADE/Faculdade

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.319.274

#### Apresentação do Projeto:

A escolha do método anticoncepcional (MAC) adequado para a paciente com diabetes nem sempre é simples, já que alguns estão relacionados a aumento do risco de complicações vasculares e piora do controle metabólico. A investigação sobre o conhecimento atual das mulheres com diabetes sobre sua fertilidade e métodos contraceptivos adequados é de importância fundamental no planejamento de ações efetivas em saúde pública para a prevenção de desfechos adversos na gestação diabética. O estudo tem por objetivo: Investigar o conhecimento e as práticas de anticoncepção e planejamento familiar de pacientes com Diabetes Melitus em idade fértil. Trata-se de estudo transversal, descritivo, com a aplicação de questionário estruturado em mulheres diabéticas em idade fértil acompanhadas em serviço de referência secundária no SUS. Para análise estatística será utilizado o software SPSS, v23, SPSS, Inc.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar o conhecimento e as práticas de anticoncepção e planejamento familiar de pacientes com Diabetes Melitus em idade fértil.
- Avaliar o conhecimento de pacientes com Diabetes Melitus em idade fértil sobre os métodos contraceptivos disponíveis.
- Investigar as práticas de anticoncepção e planejamento familiar mais utilizadas por pacientes com Diabetes.

**Endereço:** Rua Joao Adolfo Gurgel, 133

**Bairro:** Cocó

**CEP:** 60.190-060

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3265-6668

**Fax:** (85)3265-6668

**E-mail:** fc@fchristus.com.br