

Rosilda Aparecida de Souda Mundim
FACULDADE ANHANGUERA DE ANAPOLIS
rosildamundim@hotmail.com

Talita Milhomens Lacerda Santos
FACULDADE ANHANGUERA DE ANAPOLIS
talita_milhomens@hotmail.com

Flavia Lara Rodrigues Lopes
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Flavialara@hotmail.com

Reinan de Oliveira da Cruz
FACULDADE METROPOLITANA DE ANÁPOLIS
Reinan_oliveira@hotmail.com

Camila Hofmann Santos
FACULDADE ANHANGUERA DE ANAPOLIS
Camilahofmann@hotmail.com

Eduardo Sardinha Lisboa
FACULDADE ANHANGUERA DE ANAPOLIS
eduardo.lisboa@unianhanguera.edu.br

Mirian Costa Silva
FACULDADE ANHANGUERA DE ANAPOLIS
miriancoesi@hotmail.com

Flavio Marques Lopes
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
flaviomarques.ufg@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Endereço: BR-153 – Quadra Área
75.132-903 – Anápolis – revista.prp@ueg.br

Coordenação:

GERÊNCIA DE PESQUISA

Coordenação de Projetos e Publicações

Artigo Original

Recebido em: 29/07/2011

Avaliado em: 28/05/2012

Publicação: 20 de Dezembro de 2012

SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS GESTANTES PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS

RESUMO

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, responsável por controlar o nível de glicose no sangue ao regular sua produção e armazenamento. Em pessoas com diabetes, as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas parar de produzi-la. Existem diversos tipos que podem se diferir na etiologia, evolução e tratamento. As principais classificações são: Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2 e diabetes gestacional. O objetivo deste estudo foi analisar os sentimentos vivenciados pelas mães portadoras de diabetes gestacional, atendidas na unidade de saúde Dr. Illion Fleury Jr. em Anápolis. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, a coleta de dados realizou-se por meio de entrevistas realizadas na residência de cada participante. Observou-se as dificuldades das mesmas diante da falta de informação e principalmente acompanhamento após o parto.

Palavras-Chave: sentimentos; diabetes gestacional; qualidade de vida.

ABSTRACT

Insulin is a hormone produced by the pancreas, controls the level of glucose in the blood by regulating its production and storage. In people with diabetes, the cells may stop responding or the pancreas may stop producing insulin. There are several types that may differ in etiology, progression and treatment. The main classifications are: diabetes mellitus type 1 and type 2 and gestational diabetes. The aim of this study was to analyze the feelings experienced by mothers with gestational diabetes who were seen at a health Illion Dr. Fleury Jr. in Anápolis method used was a descriptive qualitative research, data collection was through interviews conducted at home for patients, where we observe the difficulties of the same view of the lack of reporting and monitoring after delivery.

Keywords: feelings; Gestational Diabetes; quality of life.

1. INTRODUÇÃO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é definido como doença crônica que possui como fator principal a deficiência parcial ou total da produção do hormônio insulina, é caracterizada por um distúrbio crônico com maior frequência na infância, onde se pode verificar a associação ao aumento na mortalidade, gerando grandes riscos com complicações micro e macro vasculares, bem como as neuropatias (SILVA *et al.* 2009). Segundo Marble *et al.* (1985) o *Diabetes Mellitus* é uma síndrome clínica com evolução crônica e degenerativa dada por distúrbio na secreção e/ou ação da insulina no organismo, que determina um conjunto de alterações metabólicas caracterizadas principalmente pela hiperglicemia. Esta síndrome é classificada com base nos mecanismos etiopatogênicos e fisiopatológicos em diabetes do tipo 1 e diabetes tipo 2 (FOSS *et al.* 2005; DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIAN, 2004).

Esta afecção diminui a capacidade que o indivíduo tem de realizar suas atividades cotidianas e está inserida entre as quatro principais causas de morte no país, sendo a principal causa de cegueira adquirida. Observa-se ainda que a mesma está fortemente interligada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE; 2009).

O *Diabetes Mellitus* tipo 1 (DM1) é considerada por Fernandes *et al.* (2005), como doença auto imune, onde resulta na destruição seletiva das células beta pancreáticas. A maior frequência ocorre em crianças e adultos jovens, mas também se desenvolve em qualquer faixa etária, onde verifica-se diversos fatores desencadeantes, dentre esses é possível destacar os fatores genéticos, imunológicos e ambientais.

O *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2) é a forma mais comum de diabetes, onde a maioria dos pacientes apresentam obesidade ou sobrepeso ocasionados a partir do diagnóstico.

A falta de controle de alguns pacientes ao longo do tempo origina uma falência progressiva das células beta-pancreáticas, levando a insulinodependência (FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009). Vários relatos consideram o DM2 como sendo uma doença com prevalência em ascensão crescente, onde pode-se verificar uma maior frequência na população, com pacientes cada vez mais jovens, e principalmente em faixa etária produtiva (RODRIGUES; CANANI, 2007; FRÁGUAS; SOARES; BRONSTEIN, 2009), sua frequência está associada á deficiência quantitativa e qualitativa da secreção de insulina para o controle dos níveis glicêmicos normais (FOSS *et al.* 2005).

O controle metabólico materno é imprescindível, pois o resultado perinatal está diretamente relacionado, evidenciando 52% de macrossomia, 14.3% de óbito fetal e 82% de má formação em gestantes com controle metabólico não adequado (RUDGE *et al.* 1995; MAGANHA *et al.* 2003; NOMURA; ZUGAIB, 2008). O aumento dos níveis de glicose na gestante proporciona um quadro de hiperglicemia e hiperinsulinemia fetal (FILHO *et al.* 2009). A macrossomia fetal é o reflexo da falta de controle glicêmico devidamente adequado a um pré-natal mal gerenciado ou tardio (SILVA *et al.* 2009).

Além das inúmeras complicações imediatas que podem acometer o recém nascido tais hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, policitemia e distúrbios respiratórios (BASSO *et al.* 2007), o mesmo possui grandes chances de desenvolver complicações em longo prazo. Acompanhamentos nutricionais precoces, como na vida intrauterina, podem promover mudanças permanentes ao metabolismo dos carboidratos. O alto peso ao nascer é um fator predisponente para a resistência insulínica, obesidade e DM2 na infância.

A obesidade infantil tornou-se um sério problema de saúde pública, onde no Brasil ocorre um acréscimo de 0,5% ao ano na população de crianças com sobrepeso (SILVA *et al.* 2009). O rastreamento e a confirmação são considerados duas fases distintas do diagnóstico, durante a triagem do Diabetes *Mellitus* Gestacional. Recomenda-se uma dosagem de glicemia plasmática 1h após teste oral, com 50g de dextrosol, este procedimento deverá ser realizado entre a 24^a e 28^a semana de gestação aceitando valores de corte em torno de 140mg/dL e 130mg/dL respectivamente, com cerca de 80% e 90 % de sensibilidade (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004).

O tratamento do diabetes é feito por meio de adaptação dos regimes de insulina aos resultados do auto monitoramento da glicose sanguínea, e não somente pelo número de aplicações de insulina diariamente. O tratamento nesta etapa visa alcançar o equilíbrio metabólico, bem como, garantir o bem estar do paciente, além de reduzir os riscos de complicações crônicas (JOSÉ *et al.* 2009).

No início do século XXI, com o avanço da tecnologia, ocorreu uma grande evolução nas técnicas que possibilitam atenuar as complicações do diabetes na gestação, dentre essas técnicas destaca-se a ultrassonografia obstétrica, capaz de observar o volume de líquido amniótico em gestações com complicações oriundas do diabetes (MAGANHA; NOMURA; ZUGAIB, 2008).

Estes fatores levaram o seguinte questionamento: "As pacientes que tiveram diabetes durante a gestação conhecem os fatores de risco? Conhecem os fatores que podem melhorar sua qualidade de vida?". Sabe-se que as conseqüências do diabetes na gestação são inúmeras e tornam-se cada vez mais freqüentes, principalmente na população de baixo nível sócio econômico, onde é perceptível a falta de informações.

Quando as pacientes chegam a procurar ajuda dos profissionais de saúde, a dieta ou o tratamento verifica-se que nem sempre elas conseguem atingir os resultados esperados, entretanto as vidas dessas mães ficam marcadas pelo medo, insegurança, baixa estima e sentimentos de incapacidade.

Com a implantação de programas para o atendimento de pacientes portadores do diabetes nos postos de saúde pública, é nítida a possibilidade do acompanhamento da doença, bem como a prevenção de suas complicações. Essas complicações geralmente originam conseqüências graves a saúde física, mental e social do indivíduo.

O objetivo neste trabalho foi avaliar as dificuldades que as gestantes portadoras de Diabetes *Mellitus* e seus filhos enfrentam no dia-a-dia na cidade de Anápolis, especificamente, as cadastradas na Unidade de Saúde Drº Illion Fleury Jr no bairro Jundiáí. O estudo buscou compreender o conhecimento das portadoras de diabetes quanto aos sinais e sintomas que predispõe ao desenvolvimento do diabetes e quais são os cuidados dispensados a essas gestantes após o diagnóstico da doença.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. TIPO DE PESQUISA

Este trabalho foi desenvolvido pela abordagem qualitativa, que segundo Godoy (1995), não procura quantificar os dados estudados, não emprega estatística na análise dos dados e sim, busca envolver dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. O método trabalhado foi o descritivo Este tipo de pesquisa, para Martins (2000), é aquele que “tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno,

bem como o estabelecimento de relação entre variáveis e fatos". Já Andrade (1993) aponta que, na pesquisa descritiva, "os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles".

Entende-se a história oral como um recurso moderno que é utilizado como forma de captação de experiências de pessoas solicitadas para expor seus sentimentos, com o compromisso de se manter no contexto social (MEIHY, 1996). A história oral pode ser entendida como um conjunto de procedimentos que se inicia durante a definição do tema, elaboração do projeto, e seleção do grupo a ser entrevistado. Trata-se do planejamento da condução das entrevistas gravadas, a transição dos relatos orais, conferência dos depoimentos, devidamente autorizados, seguindo do arquivamento e divulgação dos resultados, tendo como obrigatoriedade o retorno dos resultados aos grupos colaboradores.

2.2. LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

Para a realização deste estudo foi realizado um levantamento de todas as gestantes cadastradas na Unidade de Saúde Dr. Illion Fleury Jr., bairro Jundiá na cidade de Anápolis, acompanhadas pelos pesquisadores no período de agosto de 2009 a junho de 2010. O fluxo do procedimento foi normatizado da seguinte forma: apresentação do projeto às gestantes abordando o tema "Diabetes gestacional", a importância da colaboração das mesmas ao projeto, agendamento das entrevistas, e realização das pesquisas nos locais sugeridos e datas agendadas pelas participantes.

Os critérios adotados para seleção dos colaboradores foram as gestantes portadoras de diabetes gestacional, em acompanhamento e tratamento na Unidade de Saúde Dr. Illion Fleury Jr., com idade acima de 18 anos. As clientes

que enquadraram nesses critérios foram contactadas e receberam as informações referente a pesquisa, para que pudessem decidir sobre sua participação no desenvolvimento desta pesquisa. O agendamento das entrevistas foi realizado a critério das participantes, as questões éticas foram informadas e fora solicitado das mesmas o consentimento, determinando local e horário para a realização das mesmas, a critério de cada colaborador, buscando sempre um clima de solidariedade profissional, aberto ao aconchego, permitindo maior confidencialidade, discrição e especialmente o respeito. Nos locais e datas agendados, as participantes foram informadas sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa, bem como a garantia de sigilo quanto ao seu anonimato, para isso, foi designado nomes fictícios, escolhidos por elas, dentre os apresentados em uma listagem de personagens infantis que mais caracterizassem o seu estado gestacional. Estes nomes passaram a ser utilizados desde a coleta de dados, após a concordância em participar da pesquisa, seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo as recomendações da Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, até o término deste trabalho.

Após a realização da entrevista, foram utilizadas questões norteadoras. Para a opção metodológica selecionada para análise foi preconizada a história oral temática. Todas as pausas, silêncios, tonalidades de voz, expressões e emoções foram relatadas, depois de cada entrevista e não mais na presença da colaboradora. Valorizaram-se as conversas informais que ocorreram e as transcrições destas foram utilizadas para enriquecer a análise.

A coleta de dados por meio de entrevistas, a transcrição, as complementações com as conversas informais levaram aos dados obtidos, buscando semelhanças e diferenças entre as narrativas, classificando-os de modo que o significado do

contexto fosse preservado. Os dados foram considerados saturados por meio da reincidência de informações. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não houve a preocupação com a representatividade numérica da amostra investigada, mas sim com a trajetória metodológica. Segundo Portelli (1981) “A diferença da fonte oral, encontra-se no fato de que os depoimentos não verdadeiros são psicologicamente verdadeiros”, e que esses erros, “às vezes, revelam mais dados que o relato exato”.

2.3. O MÉTODO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e de observação não participante, compostas em cinco partes de forma a caracterizar os colaboradores, obter informações e percepções sobre sua convivência após o diagnóstico do Diabetes Gestacional.

As entrevistas, realizadas nos domicílios, foram gravada em mp3 e imediatamente após sua realização, transcritas na íntegra. A cada entrevista transcrita procedeu-se a análise, identificando os pontos a serem contrastados e validados frente à transcrição.

A pesquisa foi iniciada com a pergunta norteadora: Qual foi o sentimento vivenciado por você após o diagnóstico do diabetes gestacional?

A pergunta norteadora forneceu dados sobre a reação de cada gestante após o diagnóstico de DM gestacional.

Após a pergunta norteadora foi questionado à gestante, diagnosticada com a doença em estudo, sobre a qualidade de vida durante a gestação e sobre as dificuldades encontradas durante a gravidez. Buscaram-se também informações sobre os cuidados fornecidos a elas pelas equipes de saúde.

2.4. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados exigiu a organização das entrevistas transcritas, anotações das observações de campo, incluindo as reflexões e comentários da pesquisadora e das transcrições dos dados coletados. De início, foram realizadas leituras minuciosas e sucessivas das entrevistas, em busca do reconhecimento de seus conteúdos e anotações dos conceitos emergentes, nas margens do texto. Os conceitos que emergiram, no início, com a organização das histórias coletadas, eram mais gerais, mas possibilitaram a construção de categorias a partir deles. Esta construção deu-se após a identificação dos conceitos expressos nas falas.

Os dados transcritos das entrevistas foram agrupados sob a forma de narrativas, num processo que requereu, acima de tudo, criatividade. A leitura e releitura das narrativas foram evidenciando um movimento nas falas que ia entrelaçando os tons vitais, conceitos e atitudes dos colaboradores. Nestas falas, os colaboradores da pesquisa deixavam vir à tona, relações, frustrações, inquietações, inseguranças, medos, evidentes ou não. Nesse processo de interpretação, foi necessário ouvir, várias vezes, as vozes dos colaboradores para compreender suas experiências e vivências.

2.4. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Anhanguera Educacional, visando obter permissão para realizá-lo. Frente à permissão para consecução do estudo pela CEP (processo 277/09) foram agendadas e realizadas as entrevistas. Para garantir o anonimato dos colaboradores da pesquisa, foi designado nomes fictícios, escolhidos por elas, dentre os apresentados em uma

listagem de personagens infantis que mais caracterizassem o seu estado gestacional.

3. RESULTADOS

Diante do exposto para análise e discussão dos dados foram criadas três categorias, desenvolvidas a partir das análises de conteúdo do material (discurso dos sujeitos) e agrupadas de acordo com os aspectos que mais se sobressaíram. As categorias explicam os resultados encontrados, respondendo aos objetivos que foram os seguintes: sinais e sintomas do diabetes e sentimentos vivenciados pelas mães, os cuidados com a gestação de mães diabéticas e a falta de informação sobre a prevenção e cuidado com o diabético.

O diabetes gestacional é decorrente da sensibilidade a insulina que pode ser parcialmente explicada pela presença de hormônios diabetogênicos. Tem seu primeiro diagnóstico durante o segundo ou terceiro trimestre da gestação.

Os sinais e sintomas variam podendo causar dores nas pernas, cansaço além de uma elevação no peso do bebê e aumento do número de cesárias. Das entrevistadas todas manifestaram sintomas característicos do diabetes. Os sintomas acarretados pelo diabetes também podem ser: sedentarismo, hipertensão, presença de glicemia de jejum igual ou acima de 100mg/dl, síndrome do ovário policístico, ganho excessivo de peso inchaço entre outros (MARQUEZINE; MANCINI, 2000).

O diabetes na gestação estimula a produção exagerada de insulina, podendo acarretar deformidade no feto, aumento nas taxas de cesárias, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, distúrbio respiratórios e aumento de óbito fetal intra-uterino.

Verificou-se nas gestantes que o principal sentimento era o medo da morte, do bebê e dela própria.

“Sentia muita vontade de chorar e quando passava mal pensava que ia morrer”.

MINIE

“ A filha da minha vizinha morreu por causa da diabete....tive muito medo que meu filho morresse também”.

LILICA

“Fiquei com medo que eu ou minha filha morresse”.

TAZ

“Fiquei muito triste quando descobri que tinha uma doença que não tinha cura, tive medo de morrer”.

MARGARIDA

“Na sala de cirurgia morri e nasci de novo [...] fiquei cega e gritava socorro, socorro...”.

MARIA “JOÃOZINHO E MARIA”

O controle do DM é feito com administração de insulina e/ou controle alimentar. As gestantes entrevistadas encontraram dificuldades no tratamento, principalmente na dieta restritiva.

“Todo mês eu ia ao médico para fazer pré-natal e fazia direitinho a dieta que o médico mandava”.

MARIA “JOÃOZINHO E MARIA”

“As vezes tinha vontade de comer alguma coisa gostosa mas pensava que isso poderia prejudicar meu bebê”.

LILICA.

“Dieta difícil de acompanhar”.

FELÍCIA

“Amava chocolate, tive que mudar totalmente minha alimentação”.

DORI

“Pra mim a parte da alimentação é muito difícil...pois queria comer a toda hora”.

CINDERELA

O DM gestacional é desconhecido para muitas gestantes. O diagnóstico é parte obrigatória do pré-natal, sendo que uma vez constatada a doença, as pacientes encontram uma equipe multidisciplinar para ajudar no controle da doença, apoio que muitas vezes é interrompido após o parto. Fato esse confirmado pelas falas das entrevistadas.

“No parto tive um acompanhamento muito bom, mas agora não consigo atendimento por isso não faço acompanhamento.”

MARIA “JOÃOZINHO E MARIA”

“Não conhecia o que era diabete”.

TAZ

“Não esta atendendo e não tem previsão de quando vai atender o médico da diabete”.

CINDERELA

“Pensei que quando ganhasse meu filho eu ia sara do diabete”.

LILICA

“Não sabia o que o diabete podia causar para minha filha”.

MÔNICA

“Queria que meu parto fosse normal mas o médico falo que era perigoso porque meu filho era muito grande não sabia que o diabete fazia isso”.

MAGALI

“Meus dois filhos nasceram grandes o médico falou que era por causa do diabetes”.

ALICE “NO PAÍS DAS MARAVILHAS”

“Já tinha escutado falar dessa doença, mas não sabia o que ele causava”.

DORI

“Não sabia o que era diabete”.

FELÍCIA

Geralmente pode levar a introdução da insulina na terapêutica da gestante onde tem sido um marco para a assistência a essas mulheres. Alguns cuidados são cruciais quando se fala em prevenção da gestante, por ser difícil o tratamento a prevenção continua sendo a melhor opção. Ações relativamente simples podem ser capazes de impedir o aparecimento de complicações que se não tratadas adequadamente podem levar a conseqüências irreversíveis. (AZEVEDO et al., 2009)

Segundo Filho et al., (2009), ocorre um grande impacto na vida das mães quando recebem o diagnóstico do diabetes, em sua maioria não sabem nem do se

trata, suas causas, suas conseqüências e os riscos que podem desenvolver quando não se tem o tratamento adequado. Além de todos os agravantes ocorre também o fato das gestantes não terem acompanhamento assistido com uma equipe voltada as necessidades dos diabéticos.

4. DISCUSSÃO

Sinais e sintomas do diabetes e sentimentos vivenciados pelas mães.

Ao analisar esta categoria observamos as falas que nos permitiu conhecer os principais sinais e sintomas vivenciados pelas mães. Bare e Smeltzer (2002) revelam que para alguns pacientes o processo de aprendizado pode ser difícil e em alguns casos podem estar relacionados com o nível intelectual dos sujeitos ou fator emocional, como a dificuldade de aceitação do diabetes ou sentimentos gerados com a privação e restrições de alguns alimentos.

Os cuidados com a gestação em mães diabéticas.

Moreira e Dupas (2006) mostram que a vivência com o diabetes é algo a ser enfrentado dia a dia desde o momento do diagnóstico, e são inúmeras as restrições alimentares, um processo muito difícil para mãe e filho que não somente trazem mudanças no estilo de vida como desencadeiam processos emocionais.

As gestantes sempre se preocupam com o bem estar de seus filhos por isso procuram atendimento médico para um devido acompanhamento pré-natal. Além de passarem por um período de grande alegria e expectativas as gestantes se deparam com o problema do diabetes na gestação, onde é acarretada uma gama de sentimentos como: medo, insegurança e impotência.

Falta de informação sobre o Diabetes Mellitus.

O apoio psicológico para a gestante e para a família é de suma importância para a aceitação da patologia. Pois muitas mães logo após o diagnóstico não sabem do que se trata essa doença e como enfrentá-la. Esse processo de conhecimento e aceitação da patologia deve ser acompanhado por profissionais qualificados para dar todo o suporte necessário.

5. CONCLUSÕES

Neste estudo, foram abordados os sentimentos vivenciados pelas mães que desenvolveram diabetes na gestação, as dificuldades encontradas por elas na questão do acompanhamento médico, nutricional e suas conseqüências.

Nem todas as gestantes que desenvolveram Diabetes Mellitus Gestacional tinham o conhecimento acerca da doença e quais eram seus sintomas, os riscos para a própria mãe e para a criança. Entretanto, muitas gestantes se preocupam em ter um cuidado especial, para que sua gestação ocorra sem complicações e seus filhos possam nascer saudáveis.

Baseado nas entrevistas realizadas, o diagnóstico em fase inicial pode direcionar uma melhor qualidade de vida tanto para a mãe quanto para seu filho.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 27 (Suppl. 1). 2004.

AMERICAN DIABETES. Clinical practice recommendations 1996. *Diabetes Care*; 19 (suppl 1) S1-118, 1996.

ANDRADE, Maria Terezinha Dias de. Técnica da pesquisa bibliográfica. 3.ed. São Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública, 1972.

AZEVEDO, M.J; MELLO, V.D; SILVA, F.M; STEEMBURGO, T. Papel do índice glicêmico e da carga glicêmica na prevenção e no controle metabólico de pacientes com diabetes mellitus 2. Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabologia. São Paulo. v.55, n 5, p.560-571, 2009.

BARE, B G.; SMELTZER, S C. Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica. In: BRUNNER & SUDDARTH.9.ed v.2, Rio de Janeiro: Guanabara Googan,2002.

BASSO, N.A.S.; COSTA, R.A.A.; MAGALHAES, C.G.; RUDGE, M.V.C.; CALDERON, I.M.P.Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal - diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.29, n 5, Rio de Janeiro, maio. 2007.

CALSOLARI, M.R; ROSÁRIO, P.W.S ; REIS, J.S ; SILVA, S.C. Diabetes auto imune latente do adulto ou diabetes melito tipo 2 Magro?. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo. v. 46, n 4, p.419-425, 2002.

DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I ; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina ambulatorial : Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3º edição, cap. 68, p.671-675, 2004.

FERNANDES, A.P.M; PACE, A.E; ZANETTI, M.L ; FOSS, M.C ; DONADI, E.E.Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus do tipo 1. Revista latino-am enfermagem. Setembro-outubro. 2005.

FILHO,F.M.; DIAS, C.C.; MEIRELLES R.S.; CUNHA, SP; NOGUEIRA,A.; DUARTE,G. Aspectos clínicos e perinatais. Diabetes e gravidez.2009.

FOSS, N.T; POLON, D.P; TAKADA, M.H; FREITAS,M.C.F; FOSS, M.C. Dermatoses em pacientes com diabetes mellitus. Revista Saúde Pública. v. 39,n 4.São Paulo, Agosto, 2005.

FRÁGUAS, R; SOARES, S.R.M.S; BRONSTEIN, M.D.Depressão e diabetes mellitus. Revista de Psiquiatria Clínica.v.36, n 3, p.39, 2009.

FREITAS, S.M. História oral. Possibilidades e procedimentos. Ed.Humanitas da USP e Imprensa oficial de SP. 2003.145p.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63. Abril. 1995

GROSS,J.L.; SILVEIRO, S.P.; CAMARGO, J.L.; REICHEL, A.J. Diabetes mellito: Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica, v. 46, n 1. São Paulo. Fev. 2002.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M.A.A. Diabetes Mellito tipo 1 e gestação. 2008

GUERRA, G.C.B; SILVA, A.Q.B.; FRANÇA, L.B.; ASSUNÇÃO, P.M.C; CABRAL, R.X.; FERREIRA, A.A.A. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol.30, nº 71 Rio de Janeiro. Jan.2008.

GUYTON, A.C; HALL,J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 10ªedição, Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, p.837, 2002.

JOSÉ, L.P.S.; DEMARTINI, A.A.C.; JUNIOR, R.D.R.L.; PAULINO, M.F.; V.M; MARINI, S.H.V.L.; JÚNIOR, G.G; RODRIGUES, A.G. Perfil clínico e laboratorial de pacientes pediátricos e adolescentes com diabetes tipo 1. Jornal de Pediatria, vol.85, nº 6, 2009.

LUCAS. M.J. Diabetes complicating pregnancy. Obst Gyn Clin. v.28, n 3, 2001.

MAGANHA, C.A; VANNI, M.A; BERNARDINI, M.A; ZUGAIB, M. Tratamento do diabetes melito gestacional. Revista da associação médica brasileira. Vol.49, nº3. São Paulo jul/set. 2003.

MAGANHA, C.A; NOMURA, R.M.Y ; ZUGAIB. Associação entre perfil glicêmico materno e o índice de líquido amniótico em gestações complicadas pelo diabetes mellitus pré-gestacional. São Paulo jan/maio. 2008.

MARBLE,A; KRALL, L.P; BRANDELY, R.F; CRIISTLIEB, A.R; SOELDNER, J.S, Editors. Joslin's diabetes mellitus. 12 ed. Philadelphia: Lea-Febiger; 1985.p.526-52.

MARQUEZINI F.G; MANCINI M.C. Como diagnosticar e tratar diabetes mellitus. Revista Brasileira de Medicina, 2000.

MARTINS, Gilberto de Andrade & LINTZ, Alexandre. Guia para elaboração de monografia e trabalhos de conclusão de curso. São Paulo: Atlas, 2000.

MCLELLAN, K.C.P ; BARBALHO, S.M ; CATTALINI, M ; LERARIO, A.C. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. Revista de nutrição. Campinas, set/out. 2007.

MEIHY. José Carlos S. Bom. Manual da história oral. São Paulo:Loyola, 1996a.

MIRANDA, P; REIS R. Diabetes mellitus gestacional. Revista da associação médica brasileira. v.54, n 6,São Paulo nov/dez. 2008.

MOREIRA PL, DUPAS G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. Rv Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):25-32.

NEGRI, G. Diabetes melito: plantas e princípios ativos naturais hipoglicemiantes. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, vol. 41, n.2. abr/jun, 2005.

PAULI, J.R.; CINTRA, D.E.; SOUZA, C.T.; ROPELLE, E.R. Novos mecanismos pelos quais o exercício físico melhora a resistência à insulina no músculo esquelético. Arquivo brasileiro de Endocrinologia de Metabolismo.v.53,p.4, 2009.

PILGER, C.; ABREU,I.S. Diabetes mellitus na infância: Repercussões no cotidiano da criança e de sua família . Guarapuava , v.12, n.4, 2007.

PORTELLI, A. The peculiarities of oral history. History Workshop Journal, n, 12, p. 96-107, 1981.

REICHELT, A.J.; OPPERMAN, M.L.R.; SCHIMIDT,M.L. Recomendações da 2ª reunião do grupo de trabalho em diabetes e gravidez, 2002.

RUDGE. M.V.C, CALDERON, I.M.P.; RAMOS, M.D; MAESTÁ, I.; SOUZA, L.M.S.; PERAÇOLI, J.C. Perspectiva perinatal decorrente do rígido controle pré-natal em gestações complicadas pelo diabete. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v15, n26, p32, 1995.

RODRIGUES, T.C; CANANI, L.H. A influência do turno de trabalho em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Porto Alegre, ago/nov 2007.

SILVA, F.M; STEEMBURGOT,T ; AZEVEDO, M.J; MELLO, V.D. Papel do índice glicêmico na prevenção e no controle metabólico de pacientes com diabetes mellito tipo 2. 2009.

XAVIER, A.T.F; BITTAR, D.B; ATAÍDE, M.B.C.Texto-contexto. Enfermagem. Crenças no autocuidado em diabetes-implicações para prática. v.18, n1, Florianópolis, jan/mar 2009.

Rosilda Aparecida de Sousa Mundim - Biomédica graduada pela Faculdade Anhanguera de Anápolis.

Talita Milhomens Lacerda Santos - Biomédica graduada pela Faculdade Anhanguera de Anápolis.

Flávia Lara Rodrigues Lopes - Cirurgiã Dentista especialista em Saúde Pública e Odontopediatria. Funcionária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - GDF.

Reinan de Oliveira da Cruz - Graduado em Farmácia Generalista pela Faculdade Anhanguera de Anápolis (2010). Pós-graduando em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Faculdade Oswaldo Cruz (2011) Docente na Faculdade Metropolitana de Anápolis nas áreas de Bioquímica e Biologia Celular.

Camila Hofmann Santos - Graduação em Farmácia pela Universidade Estadual de Goiás (2004). Habilitação em Análises Clínicas pela Universidade Estadual de Goiás. Especialista em Saúde Pública. Tem experiência em docência, na área de Genética, Biologia Celular e Parasitologia Clínica. Professora Assistente da Faculdade Anhanguera de Anápolis.

Eduardo Sardinha Lisboa - Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2003). Especialização Lato Senso em: Saúde Pública pela FACLIONOS(2006); Especialização Lato Senso em: Administração Hospitalar pela FACLIONOS(2007); Especialização Lato Senso em: Educação Profissional na Área de Saúde pela FIOCRUZ(2007); Especialização Lato Senso em: MBA em Gestão Estratégica pela UniEVANGÉLICA (2008); Especialização Lato Senso em: Acupuntura pela UNISAÚDE(2009); Especialização Lato Senso em: Massoterapia pela UCDB(2009); Cuso profissionalizante de 600 horas em: Iridologia e Irisdiagnose pelo Instituto Shnagri-lá(2010); Cuso profissionalizante de 400 horas em: Fitoterapia e Florais de Bahc pelo Instituto Shnagri-lá(2010); Cuso profissionalizante de 1200 horas em: Terapia Holística pelo Instituto Shangri-lá(2011); Especialização Lato Senso em: Enfermagem do Trabalho pela UCBD (2011). Atualmente é professor de graduação e pós-graduação da Anhanguera Educacional Ltda. de Anápolis. Coordenador no Curso de Graduação da Faculdade

Anhanguera de Anápolis, com experiência profissional nas áreas de : Administração Hospitalar; Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva; Saúde Pública; Acupuntura; Massoterapia; Argiloterapia e demais Terapias Alternativas.

Mirian Costa Silva - Possui graduação em Farmácia pela Universidade Estadual de Goiás (2004) e graduação em Ciências Habilitação em Química pela Universidade Estadual de Goiás (2000). Atualmente é professora da Faculdade Anhanguera de Anápolis. Tem experiência na área de Química, com ênfase em laboratório prático.

Flavio Marques Lopes - Possui graduação em Farmácia Habilitação Bioquímica pelo Instituto Unificado de Ensino Superior Objetivo (2000), mestrado em Biologia pela Universidade Federal de Goiás (2003) e doutorado em Biologia pela Universidade Federal de Goiás (2008), Pós-Doutorado Empresarial (2010). Tem experiência na área de Bioquímica, com ênfase em Imobilização de Biomoléculas, Análise de Alimentos; Controle de Qualidade, Análise Química e Ambiental. Desenvolvimento de Biossensores, atuando principalmente nos seguintes temas: peroxidase, imobilização, saúde pública, diabetes e biotecnologia. Prospecção e aplicação de Microorganismos em processos de Biorremediação de Corantes, Agrodefensivos e Fármacos. Professor Adjunto da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás.