

LAISE POTÉRIO DOS SANTOS

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADAS
AO DIAGNÓSTICO DE *DIABETES MELLITUS*
GESTACIONAL**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. BELMIRO GONÇALVES PEREIRA

**UNICAMP
2003**

LAISE POTÉRIO DOS SANTOS

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADAS
AO DIAGNÓSTICO DE *DIABETES MELLITUS*
GESTACIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. BELMIRO GONÇALVES PEREIRA

**UNICAMP
2003**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Sa59a Santos, Laise Potério dos
Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico do *Diabetes Mellitus Gestacional*. / Laise Potério dos Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Belmiro Gonçalves Pereira
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Diabetes na gravidez. 2. Diabetes – Reabilitação – Aspectos psicológicos. 3. Psicologia clínica da saúde. I. Belmiro Gonçalves Pereira. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: LAISE POTÉRIO DOS SANTOS

Orientador: Prof. Dr. BELMIRO GONÇALVES PEREIRA

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 27/06/2003

Dedico este trabalho...

*Aos meus três filhos Guilherme, Gustavo e Isabela.
Pela maior realização de minha vida, Ser mãe.
E cuja colaboração, compreensão e respeito neste
caminho trilhado me dão certeza do caminho a seguir.*

*À minha mãe Lenyde, batalhadora incansável.
Cujas palavras sempre me acompanham,
Cujo amor sempre me conduz.*

*Ao meu pai Roberto, in memoriam, cuja luz
sempre conduz o meu caminho*

*À minha irmã Gisela
pela força e apoio precioso.*

*A DEUS,
A quem devo tudo.*

*Ao meu orientador Belmiro,
Pela confiança em mim depositada,
pelo brilhantismo e sabedoria.
Muito me auxiliou no trilhar deste caminho científico.
O meu muito obrigada.*

Agradecimentos

Para que este trabalho fosse realizado muitas pessoas colaboraram.

Manifesto o meu agradecimento a todas elas e, de maneira especial, agradeço:

Às mulheres que participam deste estudo pela sinceridade, compreensão e colaboração, partilhando comigo suas histórias, sem as quais este estudo não seria possível.

À amiga e colega Claudia Aparecida Duarte pelo apoio, amizade e companheirismo a mim dedicados.

Aos amigos e colegas Vera Lúcia Rezende, Maria Silvia Vellutini Setúbal e Celso Veiga pela valorosa colaboração nas discussões e sugestões acerca de meu trabalho.

Às amigas Sirlei Siani e Gislaine Carvasan, pela valiosa colaboração na realização da análise estatística deste trabalho, além da sincera amizade.

Ao Edson Z. Martinez pela ajuda na realização da estatística deste trabalho.

Ao Klésio Palhares, Margarete Donadon e Conceição Aparecida da Silva Santos pelo apoio e amizade.

Aos amigos e funcionários da Biblioteca do Caism, Luzia Aguiar, Wanda Fulgêncio e Rodrigo Santos que muito me ajudaram nas buscas e apoio para a realização deste trabalho.

À equipe multiprofissional do PNE, o meu muito obrigada pelo apoio e compreensão (quando do meu distanciamento para a elaboração deste trabalho) .

À equipe de Enfermagem da Unidade de Internação, pela valorosa dedicação e presteza na identificação e encaminhamento dos sujeitos de minha pesquisa.

Às amigas Dalva Rossi e Zoraide Gregório, pelo incansável apoio e incentivo.

À Maria Celeste Vilas Boas e Carolina Aparecida Macedo pela colaboração, compreensão e apoio.

Às estagiárias e aprimorandas do Serviço de Psicologia do Caism pelo apoio, incentivo e compreensão.

Ao Serviço de Psicologia do Caism, do qual faço parte, pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho.

À Assessoria Técnica e Científica do Caism, em especial à Sueli Chaves, pela ajuda e carinho que me dispensou.

Às profissionais que compuseram minha banca de qualificação: Egle Cristina do Couto, Fernanda Castro Surita e Maria Yolanda Bahamondes, que, com seus relevantes apontamentos, puderam contribuir para o aprimoramento deste trabalho.

Ao meu tio e padrinho João Potério Filho, um verdadeiro estudioso na busca incansável das comprovações científicas.

À minha tia Glória Maria Braga Potério, pelo apoio imprescindível, pela capacidade de sofrer e ouvir todas as ansiedades comigo e acreditar na realização deste trabalho.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo	x
Summary	xi
1. Introdução	12
1.1. Aspectos Psicológicos da Gestação	12
1.1.1. Diabetes gestacional	16
1.2. Aspectos Psicossomáticos	20
1.3. Ansiedade e Depressão associadas ao Adoecer	22
2. Objetivos	27
2.1. Objetivo geral	27
2.2. Objetivos específicos	27
3. Sujeitos e Métodos	29
3.1. Desenho do estudo	29
3.2. Tamanho Amostral	29
3.3. Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos	30
3.3.1. Critérios de Inclusão	31
3.3.2. Critérios de Exclusão	31
3.4. Variáveis e Conceitos	31
3.4.1. Variáveis Dependentes	31
3.4.2. Variável Independente	32
3.4.3. Variáveis Sociodemográficas	32
3.4.4. Variáveis de Controle	33
3.4.5. Variáveis qualitativas	34
3.5. Instrumentos para a coleta de dados	35
3.6. Técnicas e questionários	36
3.7. Processamento e análise de dados	37
3.8. Aspectos éticos	37
4. Resultados	38
5. Discussão	46
6. Conclusões	55
7. Referências Bibliográficas	56
8. Bibliografia de Normatizações	63
9. Anexos	64
9.1. Anexo 1 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD	64
9.2. Anexo 2 - questionário de avaliação psicológica	67
9.3. Anexo 3 - Protocolo de rastreamento e assistência à grávida diabética	73
9.4. Anexo 4 - Termo de Consentimento livre e esclarecido	81

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Caism	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CN	Caso Novo
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DMG	<i>Diabetes Mellitus Gestacional</i>
DTG	Departamento de Tocoginecologia
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
MAC	Método Anticoncepcional
n	Número de casos
PO	Patologia Obstétrica
PNE	Pré-Natal Especializado
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
TEF	Teste exato de Fisher
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a ansiedade e depressão em gestantes com diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional, através da escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, aplicada durante a primeira internação das mulheres no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas. Trata-se de estudo-piloto qualitativo, descritivo de algumas características psicológicas destas mulheres. Foram incluídas no estudo 20 gestantes que receberam o diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional, pela primeira vez, nesta gestação. Estas gestantes foram convidadas a participar do estudo, a responder um questionário específico e às perguntas da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Algumas variáveis demográficas e da história obstétrica foram avaliadas. Trinta e cinco por cento das gestantes diabéticas avaliadas apresentaram depressão e 30% apresentaram ansiedade. A concomitância de ansiedade e depressão foi observada em quatro das 20 pacientes (20%). As demais variáveis analisadas, como desejo ou planejamento da gravidez pela gestante ou casal, assim como as variáveis sociodemográficas ou obstétricas, não interferiram nesta distribuição.

Summary

The objective of this study was to evaluate anxiety and depression among twenty women who had the diagnosis of gestational *diabetes mellitus* (GDM) during index pregnancy, using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) at their first hospitalization at Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). A pilot prospective study was performed, to evaluate some psychological characteristics. These women were invited to participate and answer one specific questionnaire and the HAD scale. Some demographic variables and obstetric history were also evaluated. Depression was encountered in 6 studied women and anxiety in 7 of them. The concomitance of anxiety and depression was found in 4 of 20. The other variables as wished and planned pregnancy as well as demographic or obstetric variables didn't interfere on anxiety and depression distribution.

1. Introdução

1.1. Aspectos Psicológicos da Gestação

A gravidez normal faz parte da etapa do desenvolvimento psíquico da mulher e pode ser vivenciada como transição ou crise de vida. A palavra crise vem do grego *Krisis*, que significa separação ou ruptura, situação na qual ocorrem alterações fisiológicas, sociais e psíquicas intensas. Estas mudanças podem ser manifestadas sob a forma de introversão, mudanças de humor e labilidade emocional, conforme as características psíquicas da gestante e o contexto em que se instala a gravidez (MIELNIK, 1993; TEDESCO, 1998). Tais crises, chamadas vitais, constituem importante capítulo dentro da psiquiatria preventiva (HOIRISH, 1998).

Algumas destas crises são previsíveis e não costumam ser extremamente danosas, representando oportunidades de desenvolvimento. São chamadas de crises evolutivas. A gravidez e o parto são incluídos nas crises evolutivas e podem fortalecer e amadurecer os mecanismos de adaptação e defesa, mas também são potenciais estímulos para reações psiconeuróticas e até psicóticas.

Além disso, há as crises acidentais, que são oriundas do inesperado, e exigem maior capacidade de adaptação (HOIRISCH, 1998).

“A cada transformação sofrida nas esferas biológica, psíquica e ou social, a pessoa utiliza-se de mecanismos de adaptação ou defesa para restabelecer o equilíbrio geralmente abalado pela crise” (HOIRISH, 1998).

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento e envolve a necessidade de elaboração, adaptação e reestruturação em vários níveis, especialmente no que se refere à identidade e a definições de papéis, tanto para mulher como para o homem. Isso pode reeditar antigos conflitos com as figuras parentais (pais, irmãos). Assim, a gravidez pode contribuir para a elaboração de conflitos e, por outro lado, pode constituir uma ameaça ao equilíbrio pessoal, conjugal e familiar (SOIFER, 1984; SZJER e STEWART, 1997).

A situação de gravidez engloba uma diversidade de crises concomitantes: dificuldade de renúncia à situação anterior, adaptação difícil à situação nova, idealização do papel de mãe, dificuldade de adaptação às mudanças corporais, realidade externa frustradora e hostil. Essa convergência de fatores pode conferir gravidade à situação específica de crise no ciclo grávido-puerperal (HOIRISH, 1998). Desta forma, a gravidez pode configurar uma crise acidental.

Na gestação há uma busca inconsciente do filho ou da afirmação da fertilidade como fonte de valorização pessoal. Em boa parte das gestações não planejadas, o desejo de ser fecundada manifesta-se não somente pelas sabotagens

da anticoncepção, como também por mecanismos psicossomáticos que podem resultar em alterações da data da ovulação (MALDONADO, 1992).

Desta forma, um certo grau de ambivalência faz-se presente sob a forma de dúvidas, temores e insegurança em todas as gestações, mesmo naquelas planejadas e desejadas, e que transcorrem de forma totalmente normal (MALDONADO, 1992; VIDELA, 1997).

A mulher que deseja engravidar e que planeja a gravidez também vive essa situação como uma crise evolutiva, devido à ambivalência (querer e não querer) que está presente em todas as gestações, em maior ou menor grau (HOIRISCH, 1998).

Segundo MALDONADO (1992), a gravidez normal, do ponto de vista psicológico, pode ser dividida em três trimestres distintos, com características marcantes, específicas e comuns em cada um.

O primeiro trimestre é marcado por incertezas, dúvidas e ambivalências. Na maioria das vezes é nesse período que a mãe toma conhecimento da gravidez, mas com a demora das modificações físicas e a percepção dos discretos movimentos, a gravidez não se faz notar nem para ela mesma, nem para o companheiro, nem mesmo para a família. Nessa fase a combinação de fatores emocionais com as alterações hormonais pode desencadear o aparecimento de sintomas como sonolência, enjôos e transtornos alimentares, entre outros.

O segundo trimestre é considerado o mais tranquilo de toda gestação. A percepção dos movimentos fetais por parte da mãe, dissipando as dúvidas e dando lugar às certezas, leva os sintomas de náuseas e fadiga a desaparecerem. Entretanto, nesta fase, as modificações corporais são visíveis e percebidas pela sociedade. Ainda persiste a preocupação com o bem-estar do feto, o que continuará até o final da gestação. A maioria das gestantes experimenta forte sensação de bem-estar físico e, apesar de a barriga tornar-se mais visível, nesse momento não é sentida como desconfortável.

No terceiro trimestre, a proximidade do parto intensifica as ansiedades e incertezas referentes ao mesmo, que se expressam através de incógnitas: como será o parto, onde será, se estará sozinha ou acompanhada, se saberá quando é hora de ir para o hospital, somando-se a isto dúvidas quanto à educação e cuidados com o recém-nascido. Nessa época, os temores do parto, da dor e da morte são intensificados. O parto pode ser visto com muita ambivalência. Há mulheres que vivem uma ambigüidade interessante: ficam divididas entre manter o filho no ventre ou deixá-lo nascer. O temor ao parto e a angústia de separação do bebê, que ocorrerá com o nascimento, quando irá se inaugurar novo papel, podem levar a mulher a ficar mais ansiosa, podendo interferir na qualidade do parto (SOIFER, 1984; MALDONADO, 1992; VIDELA, 1997).

É necessário ressaltar aqui a importância do contexto em que a gravidez se instala. Não se pode deixar de situar como foi o projeto deste filho, se foi desejado, planejado, se é fruto do projeto de ambos os pais, ou somente fruto do desejo e planejamento da mulher, por exemplo (SZJER e STEWART, 1997).

O planejamento de uma gravidez implica a programação para conceber um bebê, passando do ideal para o concreto. Deixa-se de utilizar um método anticoncepcional para se aguardar o momento em que a fecundação vai ocorrer. Esta espera que, muitas vezes, é acompanhada de ansiedade e expectativa (SZJER e STEWART, 1997).

O diagnóstico de uma enfermidade durante a gestação implica as perdas da gravidez perfeita e do bebê saudável esperado. Estas perdas, como transição entre o que era e o que haverá de ser, significam um microduelo, que consta de diversas fases desde a tomada de consciência, ou da informação do diagnóstico, ante ao impacto gerado pelo mesmo. Este tem a função de propor o enfrentamento da realidade, passando primeiramente por fases de negação e hostilidade, depositadas, por exemplo, sobre a equipe de saúde que conhece a situação da paciente, de ajuste posterior à situação, até chegar a uma certa depressão. Tal depressão, segundo DEFEY et al. (1994), implica um nível maior de aceitação e reorganização, favorecida com o término da gestação, quando o bebê nasce saudável e os riscos de mãe e filho diminuem consideravelmente.

1.1.1. Diabetes gestacional

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia devido à deficiência na produção ou diminuição da ação da insulina, levando a distúrbio no metabolismo de carboidratos, lipídios, proteínas, água e eletrólitos. Esse dismetabolismo pode manifestar-se pela primeira vez na gravidez ou pela

primeira vez ser diagnosticado na gestação, sendo então chamado de *Diabetes Mellitus Gestacional* (DMG) METZGER e COUSTAN, 1998; OATS, 1998).

Para se compreender os fatores psicológicos no diabetes é importante entender a reação e o ajustamento psicossocial do indivíduo com a doença. O impacto do diagnóstico de uma doença crônica pode levar a uma desorganização inicial, a um não reconhecimento de si mesmo, expondo a vulnerabilidade do ser humano, a destrutibilidade, e o caráter inevitável da própria morte (KIMBALL, 1971).

A forte relação entre o diabetes e aspectos psicológicos como ansiedade e depressão parece ter importância tanto na origem da doença quanto em seu curso (GENTILLI et al., 1996).

Do ponto de vista epidemiológico, é uma das síndromes metabólicas mais freqüentes. Na atualidade, aceita-se a idéia de que a etiologia do diabetes é heterogênea, sendo muitos fatores associados ao seu aparecimento: genéticos, hormonais, ambientais, entre outros. Os fatores ambientais têm adquirido certa relevância, nos últimos anos, em oposição à explicação exclusivamente genética defendida anteriormente. Hoje se sabe que a hiperglicemia nos diabéticos não é motivada somente por uma deficiência de insulina e sim por intolerância a vários nutrientes; intolerância esta que pode estar associada às cargas de epinefrina que acompanham as reações de estresse e ansiedade (MEDINA, 1994).

Vários estudos acerca da relação entre a adaptação ao *diabetes mellitus* e funcionamento psicológico concluem que os sintomas depressivos afetam tanto a adaptação quanto o controle metabólico. Assim, é importante identificar

os pacientes com sintomas depressivos e acompanhá-los durante a gestação, fornecendo-lhes suporte para que possam aprender a cuidar de sua doença e das interações com a gestação (LERNMARK et al., 1999).

Mulheres com diabetes gestacional mal controlado têm um risco maior de gerar bebês grandes, o que aumenta o risco de complicações, como partos prematuros. A chance de ocorrência de outras complicações, como pré-eclâmpsia e infecção urinária também é maior. Parte dos efeitos pode ser atribuída a alterações psicológicas (PEREIRA, 2000).

Crianças nascidas de mães com controle ruim do diabetes gestacional têm maior probabilidade de ser obesas e apresentar pior desempenho escolar (MULFORD et al., 1993; PEREIRA, 2000).

Assim, para a gestante diabética, o conhecimento desses fatores de risco tem o impacto de uma doença, e não de uma situação de transição.

Mulheres com diabetes gestacional têm maior chance de desenvolver diabetes em outra gestação (recorrência) e em sua vida futura (DAMM et al., 1992; ABERG et al., 2002).

Uma diferenciação baseada na glicemia de jejum pode ser importante em relação aos índices de perda fetal (MESTMAN, 1980; O'SULLIVAN, 1980). A identificação da paciente com diabetes gestacional é importante devido ao risco global de óbito fetal ser duas a três vezes superior que na população em geral (O'SULLIVAN, 1980; COLOVSKY e VAISSMAN, 1988; MONACI e LERÁRIO

2000; PEREIRA, 2000). Pode ser também observada a macrosomia fetal, mesmo quando as concentrações plasmáticas de glicose em jejum são normais (FREINKEL, 1980)

O diagnóstico do diabetes gestacional constitui uma condição completamente nova. Nesse caso, ao mesmo tempo que se informa o diagnóstico à gestante, faz-se necessário orientá-la sobre o tratamento, riscos e formas de controle da doença. As formas de tratamento do diabetes gestacional são expostas para compreensão da gestante, visando esclarecer as dúvidas apresentadas (PERSILY, 1996; PEREIRA, 2000).

Na maioria das vezes, o tratamento da mulher com diabetes gestacional não difere do tratamento das demais diabéticas. Assim, o conhecimento do estado emocional da mulher pode, eventualmente, auxiliar na elaboração de uma abordagem menos traumática.

Existem inúmeras diferenças entre as mulheres com DMG e as diabéticas pré-gestacionais, mas uma diferença óbvia e fundamental é o momento do diagnóstico. Durante a gestação, a diabética pré-gestacional, que já pode estar adaptada à enfermidade, apresenta reações psicológicas características dos pacientes crônicos. Em contrapartida, a paciente com DMG enfrenta uma enfermidade nova, que pode continuar após o parto, como uma complicação da gravidez, e, que se une ao choque produzido pelo diagnóstico, desencadeando um microduelo pela saúde perdida. A psique pode utilizar mecanismos de defesa negando esta realidade, podendo levar à sabotagem do tratamento.

Algumas vezes a dificuldade no controle metabólico tem como causa a negação da enfermidade. As mulheres, às vezes, pensam que negando o diabetes, este deixará de afetar suas vidas. A negligência seria um sintoma, uma expressão extrema da dificuldade de lidar com a realidade (DEFEY et al., 1994).

O diagnóstico de diabetes gestacional pode ter importantes conseqüências para a mulher. Embora 70% das mulheres com diabetes gestacional voltem à tolerância normal à glicose no período pós-parto. O risco de desenvolver o diabetes posteriormente, para as pacientes que tiveram diagnóstico de DMG, é tão alto que justifica uma avaliação criteriosa (GINSBERG et al., 1980; O'SULLIVAN, 1980; METZGER e COUSTAN; OATS, 1998; ABERG, 2002).

1.2. Aspectos Psicossomáticos

Dentro de uma mesma categoria de diagnóstico existe uma variação individual das reações emocionais. Em conseqüência, o procedimento terapêutico também é individual e requer uma coordenação clínica equilibrada de diferentes métodos somáticos e psicoterapêuticos (ALEXANDER, 1989).

A associação de efeitos psicológicos e fenômenos fisiológicos ou patológicos constituem um “fenômeno psicossomático”. Para que o fenômeno psicossomático apareça, é necessária a reunião de três fatores: um tipo específico de conflito, uma predisposição especial do organismo chamada fator somático X e uma situação atual de conflito (ALEXANDER, 1989). Por exemplo, a gravidez normal é vista como um desafio adaptativo (tipo específico de conflito). Quando a essa

nova condição adiciona-se uma doença, como é o caso da *diabetes mellitus gestacional*, temos então um segundo fator (fator somático X), a associação dos dois e a falta de conhecimento da evolução da gestação nestas condições constituem a situação atual de conflito.

Os inúmeros exames clínicos para o controle da doença, associados a várias internações para ajustes do tratamento, podem ser vivenciados de forma conflituosa, constituindo-se a gravidez com diabetes gestacional um distúrbio psicossomático.

No plano sintomático o *diabetes mellitus* é visto como diarréia do amor, medo do amor; desejo de saborear coisas doces (amor) e a doce vida, em uma concomitante incapacidade de aceitar ou mesmo deixar o amor entrar completamente (DAHLKE, 1996).

Quando a mulher depara-se com o diagnóstico de diabetes gestacional, deve procurar entender as ligações da doença com a história desta gravidez, inserida no contexto familiar (SZEJER e STEWART, 1997). O adoecimento pode ser vivenciado como castigo por uma “má-ação”, por exemplo, por não ter aceitado esta gestação incondicionalmente desde o princípio.

As diversas emoções que se manifestam na grávida podem desencadear modificações somáticas. Aquilo que no nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria, no corpo é expresso através de alterações das funções motoras, secretoras e da irrigação sangüínea (MELLO FILHO, 1992).

Essas modificações ocorrem nos sistemas metabólico e endócrino, o que dará ao quadro gestacional uma riqueza de sintomas nada agradáveis a esta gestante, levando a um nível de tensão relativamente alto.

Existe um outro fator desencadeante da angústia: o seu próprio filho é a existência de algo desconhecido dentro dela, estranho até, mas com poder incrível de criar tantas modificações, de gerar tanta ansiedade. Daí o motivo pelo qual as mulheres demonstram forte ambivalência em relação ao bebê que esperam. A gestação não é um processo linear; é repleto de medos, angústias e indefinições e, portanto, é uma situação de extrema fragilidade que caracteriza uma situação de crise. Sendo um momento de reflexão, o ego desta gestante utiliza, como mecanismo de defesa, o recurso da regressão, que é natural e até fisiológico, levando o indivíduo a etapas anteriores já vivenciadas ou não (NORONHA, 1991).

1.3. Ansiedade e Depressão associadas ao Adoecer

Os sintomas que caracterizam o quadro de alterações psicológicas do diabetes incluem: depressão, ansiedade e estresse (WILSON et al., 1986 SPIRITO et al., 1989).

A ansiedade constitui uma resposta comum às sobrecargas rotineiras e aos conflitos emocionais. O diagnóstico de uma doença no ciclo de desenvolvimento (na gravidez, por exemplo) pode ser visto como fator desencadeante, que nada mais é do que um evento vital significativo e estressor. O quadro é caracterizado por angústia subjetiva, decorrente destas mudanças significativas de vida, como

conseqüência de acontecimentos estressantes. Estes acontecimentos, caracterizados pelo inesperado, são as crises acidentais, e que podem interferir no desempenho do indivíduo.

Há estudos em que os pacientes com altos índices de ansiedade e depressão durante a internação são mulheres com menos de 40 anos, pacientes que foram internados para investigação e diagnóstico, pacientes oncológicos, com algum tipo de infecção ou com enfermidade desconhecida, aqueles pacientes com baixo controle emocional e com tendência à ansiedade e depressão (ABREU e CARDIOLLI, 1996).

Há evidências para se afirmar que a hospitalização pode produzir respostas emocionais negativas e uma delas pode ser a ansiedade, dependendo de fatores individuais. Outro elemento para as respostas emocionais negativas à hospitalização é a depressão, que se caracteriza por afeto deprimido, sintomas somáticos, retardo psicomotor e hipocondria (WILSON et al., 1986; POSTIGO e MEDINA, 1994).

A depressão pode ser descrita por sentimentos de perda de interesse pela vida, acompanhados por sintomas como mudança de apetite e distúrbios de sono. A ansiedade freqüentemente acompanha os sintomas de depressão em mulheres (SANTOS, 1996). Foi demonstrada associação significativa e consistente de complicações do diabetes e sintomas depressivos (DE GROOT *et al.*, 2001). CABULLUM *et al.*, 1987 relatam associação entre estresse psicológico e controle glicêmico em mulheres com DMG.

Já em outro estudo em que foram avaliados os níveis de ansiedade de mulheres com diagnóstico de DMG comparando com mulheres grávidas, sem alterações nos níveis de glicose e em estágio similar de gravidez, não se encontrou nenhuma diferença significativa em níveis de ansiedade entre os dois grupos (DANIELLS et al., 2003).

No presente estudo será identificada, na paciente que está em sua primeira internação para controle do diabetes gestacional, a presença de ansiedade e depressão, utilizando-se para isto de um instrumento para medir a existência destes fatores.

Na pesquisa científica as escalas são o método mais indicado para investigação destes sintomas. A finalidade é garantir que a informação coletada seja padronizada a fim de ser comparada de forma confiável. Assim, torna-se possível a elaboração de uma base para compreensão das múltiplas relações e interações destes sintomas. As escalas e os questionários permitem a utilização de seus achados e facilitam os esforços comuns para melhorar a qualidade do cuidar. Uma das dificuldades encontradas na avaliação da ansiedade e da depressão é a sua concomitância. Os sintomas nunca se apresentam de forma puramente ansiosa ou puramente depressiva. Cabe ao pesquisador identificar qual a melhor escala que se aplica aos seus objetivos, a partir dos limites e características de cada uma (NARDI, 1998).

Na clínica em psicologia não há justificativa para utilização de escalas. O julgamento clínico é o ideal. As escalas devem ficar restritas à necessidade de

quantificação, comparação. A objetividade e a fidedignidade caminham juntas e são tão importantes quanto a validade da escala. O questionário clínico deve estar presente ao se observar a utilização ou os resultados de uma escala (NARDI, 1998).

Os fatores psicológicos têm sido considerados importante componente na etiologia do diabetes, com as eventuais flutuações do quadro clínico, do controle da glicemia, e ainda com a maior latência no ajuste individual do controle e uso da insulina (DUNN e TURTLE, 1981).

Não se pode deixar de ressaltar a denominação de gravidez de risco, ou pré-natal de risco, atribuído às gestantes com diabetes. O período gestacional, via de regra, não pressupõe complicações. Entretanto, frente a um fator de risco, surge o medo real, em relação a si própria e ao seu filho, ao que está ocorrendo com seu corpo, ou ao temor de ter uma criança com anormalidades. Tal fato se associa à perda de controle em relação à gravidez, e a si mesma (QUAYLE, 1997).

Nos últimos anos, as equipes de saúde especializaram-se no, atendimento às gestantes de risco gestacional. No diabetes, faz-se necessário um controle mais estrito, rigoroso e diversas internações, para controle glicêmico e de ajuste de insulina. Deve-se ressaltar que no atendimento à grávida com diabetes, sendo este gestacional (DMG) ou preexistente, é fundamental que a atenção seja feita por uma equipe multidisciplinar especializada, que trabalhe em conjunto, composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (DEFEY et al., 1994).

A avaliação psicológica das mulheres com diabetes gestacional é a forma pela qual se pode avaliar o surgimento desta doença, que aparece pela primeira vez nesta gestação, e desta forma, ampliar os conhecimentos acerca da psicodinâmica.

Justifica-se, portanto, um estudo detalhado do contexto psicológico que envolve as gestantes com diabetes, verificando-se a presença de ansiedade e depressão frente às mudanças decorrentes do diagnóstico da doença e suas conseqüências para a mãe e o feto, visando, com isto, a uma maior compreensão destas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar ansiedade e depressão apresentadas por mulheres grávidas frente ao diagnóstico de diabetes gestacional, usando a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

2.2. Objetivos específicos

1. Avaliar a ocorrência de ansiedade e depressão e de transtorno misto de ansiedade e depressão, de acordo com a escala HAD em gestante com DMG.
2. Avaliar a influência dos fatores sociodemográficos e da história gestacional prévia sobre a presença da ansiedade e depressão.

3. Avaliar nestas mulheres o conhecimento real e as fantasias elaboradas referentes ao diabetes gestacional em relação a si mesma e ao seu conceito.

4. Avaliar se a gravidez desejada e planejada ou não interfere nestes resultados.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo-piloto qualitativo e descritivo de algumas características psicológicas de mulheres que receberam o diagnóstico de diabetes gestacional, pela primeira vez, nesta gestação.

3.2. Tamanho Amostral

Não há na literatura estimativas prévias da proporção de mulheres com diabetes gestacional e depressão/ansiedade avaliadas conforme a escala HAD. Portanto, utilizou-se uma amostra-piloto de 20 casos de gestantes com diagnóstico de DMG atendidas no Ambulatório de Pré-Natal Especializado do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no período dezembro de 2001 a agosto de 2002.

Por se tratar de um estudo-piloto, descritivo e predominantemente qualitativo, entendeu-se que um “*n*” de 20 seria suficiente para permitir uma orientação e

formular diretrizes para estudos futuros. As pacientes foram entrevistadas quando de sua primeira internação no CAISM, no período de segunda a sexta-feira, segundo os critérios preestabelecidos.

A determinação final do tamanho amostral será baseada na construção de intervalos de confiança ($\alpha = 5\%$) simultâneos para as proporções de mulheres com depressão e ansiedade conforme uma distribuição multinomial (ALTMAN, 1991). Fixando uma semi-amplitude de, no máximo, 10% para estes intervalos, será calculado o número de casos que atenda a estes parâmetros.

3.3. Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos

Foram incluídas no estudo mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional dado pela primeira vez nesta gestação. Estas gestantes foram atendidas no PNE do CAISM e triadas a partir da admissão como caso novo (CN). Foram internadas na Enfermaria de Patologia Obstétrica (PO), conforme protocolo de assistência em uso no serviço (PEREIRA, 2000) (Anexo 1). As gestantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Pós-Informado (Anexo 2).

Durante a internação, todas as mulheres selecionadas responderam ao Questionário de Avaliação Psicológica (Anexo 3) e foram avaliadas segundo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo 4).

3.3.1. Critérios de Inclusão

Mulheres cujo diagnóstico de DMG foi realizado nesta gestação, pela equipe de médicos da Área de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia (DTG) do Caism/Unicamp, independentemente da idade gestacional, e que aceitaram participar do estudo.

3.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídas as gestantes com quaisquer das seguintes condições:

- Diabetes preexistentes
- Patologias psiquiátricas
- Deficiência auditiva e ou de fala
- DMG em gestações anteriores.

3.4. Variáveis e Conceitos

3.4.1. Variáveis Dependentes

Para todas as variáveis dependentes considerou-se: presente se o score foi maior ou igual a oito, de acordo com a escala HAD.

- Ansiedade: a característica essencial deste transtorno é uma preocupação excessiva, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (DSM-IV).

- Depressão: atitude emotiva ou sentimental referente ao futuro e caracterizada por uma alternativa desagradável de medo e esperança (DSM-IV).
- Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão: sintomas clinicamente significativos de ansiedade e depressão, porém não satisfazem os critérios para um Transtorno do Humor ou um Transtorno de Ansiedade Específico (DSM-IV). De acordo com a escala HAD considera-se transtorno misto quando a somatória da pontuação, tanto de ansiedade como de depressão, é igual ou maior que oito.

3.4.2. Variável Independente

- Diagnóstico de Diabetes Gestacional pela primeira vez na atual gestação – alteração dos valores na glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose ou perfil glicêmico diagnosticado durante a gestação (COSLOVSKY e VAISSMAM, 1988; MONACI e LERÁRIO, 2000; PEREIRA, 2000).

3.4.3. Variáveis Sociodemográficas

Estas variáveis foram consideradas a partir das informações da gestante.

- Idade: anos completos desde a data do nascimento até a data do estudo.
- Estado conjugal: situação marital na data de inclusão no estudo, compreendendo solteira, casada e amasiada.
- Escolaridade: série escolar em que a gestante parou de estudar.
- Número de gestações: número de vezes que engravidou, incluindo a atual.

- Número de filhos vivos: quantos filhos estão vivos por ocasião da entrevista.
- Número de filhos mortos: quantos filhos nasceram vivos e morreram até o dia da entrevista.
- Problemas na gestação: ocorrência de patologias em gestações anteriores.

3.4.4. Variáveis de Controle

- Gestação desejada: conteúdo manifesto em relação ao desejo de ter engravidado, anterior à concepção, tratando-se, portanto, de material consciente e expresso (MALDONADO e CANELLA 1981; SZJER e STEWART, 1997).
- Gestação planejada: opção determinada para engravidar, havendo a intenção premeditada para a não utilização ou interrupção do uso de métodos anticoncepcionais, com a atuação dirigida ao ato sexual, visando a concepção (MALDONADO e CANELLA 1981; SZJER e STEWART, 1997).

Obs: A avaliação do planejamento e do desejo da gestação considerou a informação da gestante, e não exatamente este conceito, que é técnico. Portanto, considerou-se como positiva a resposta afirmativa à pergunta sobre o desejo e o planejamento da atual gestação.

3.4.5. Variáveis qualitativas

Estas variáveis foram selecionadas a partir de um estudo anterior em que se encontraram as respostas que se transformaram nas variáveis deste estudo.

Este grupo de variáveis incluiu perguntas abertas; as respostas a esta variável foram agrupadas em “unidades de sentido”, representando cada unidade um conceito mais amplo do que a resposta em si. Por exemplo, se a gestante se disse “feliz” ou “contente” ao saber que estava grávida, estas respostas foram agrupadas, pois têm o mesmo sentido. Este tipo de agrupamento foi realizado para as seguintes respostas:

- O sentimento expresso quando soube que estava grávida.
 - Feliz:: quando a paciente se disse feliz e contente,
 - Preocupada,:quando se disse ansiosa, preocupada.
 - Respostas que não foram possível agrupar: surpresa, com medo, triste, irritada, revoltada, decepcionada.

- Qual o sentimento quando soube que estava com diabetes gestacional.
 - Preocupada: quando se disse ansiosa, preocupada
 - Respostas que não foram possível agrupar: ficou assustada, triste, deprimida, tranqüila, confusa.

- Por que ela acredita que ficou com DMG. Se foi por antecedentes familiares, fatores alimentares, tristeza, ansiedade, questões emocionais, sofrimento na infância e outros.
- Se o aparecimento do DMG deu-se por nervoso, traumas, perdas de pessoas queridas, problemas no casamento, dificuldade de aceitar a gravidez, ou outra causa. A diferença desta questão e da anterior está relacionada à maneira de se fazer a pergunta; na anterior se questionava - se com a resposta dada se anotava a variável, já nesta questão eram feitas todas as perguntas para que se respondesse sim, não ou não sabe.
- Sobre o que ela sabe sobre gravidez com o DMG, se é complicada, se tem necessidade de fazer dieta, se pode prejudicar o bebê, se há necessidade de cuidados especiais nesta gestação. Quanto à possibilidade do caráter temporário desta doença, disse não saber quase nada, ou ainda outras respostas foram apresentadas.
- Se houve alguma mudança em sua vida desde que soube que estava com DMG
- Se houve, dizer quais foram essas mudanças.

3.5. Instrumentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados por entrevista individual, estruturado com perguntas abertas e fechadas (Anexo 3). Foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo 4). A coleta foi feita pela pesquisadora durante a internação da gestante na Enfermaria de Patologia Obstétrica do Caims/Unicamp.

3.6. Técnicas e questionários

Foram usados os questionários: (anexos e descritos)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD (Anexo 4). Este instrumento de autopreenchimento possui 14 itens, dos quais sete pesquisam ansiedade (HAD-A) e sete pesquisam depressão (HAD-D).

Cada item tem uma pontuação de 0 a 3; a soma do total das pontuações em cada item fornece a pontuação total (de 0 a 21 em cada subescalas). A HAD tem sido utilizada tanto para medir ansiedade quanto depressão (ZIGMOND e SNAITH, 1983).

Os dados foram coletados pela autora do projeto, de maneira sistematizada quanto ao preenchimento dos questionários, para garantir a uniformidade na coleta dos dados. A escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foi validada no Brasil (BOTEGA et al., 1998), e o ponto de corte estabelecido foi de 8 na somatória de todos os pontos, em ambas as subescalas.

Segundo esta escala considera-se ansiedade, assim como depressão, quando os valores obtidos na avaliação são maiores ou iguais a oito, de acordo com a especificidade das questões.

Quando os valores foram maiores ou iguais a oito nas questões referentes à ansiedade, assim como nas de depressão, considerou-se distúrbio misto de ansiedade e depressão.

3.7. Processamento e análise de dados

Os dados foram codificados e inseridos no banco de dados Epi Info 6.0, e depois analisados por frequência para cada variável estudada. Esse banco de dados foi transportado para o programa SAS, versão 8.2. Entretanto, os dados foram apresentados como porcentagens do total já que este estudo foi um piloto e, predominantemente, descritivo das características da população.

Para algumas variáveis quantitativas foi utilizado o teste exato de Fisher (TEF) para comparação das frequências de respostas entre o grupo total e aquele que apresentou alguma alteração psicológica.

3.8. Aspectos éticos

Do ponto de vista ético, não houve nenhuma implicação ou desacordo em relação à DECLARAÇÃO DE HELSINKE III, 2000. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Caism e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM em 13/11/01, parecer do projeto nº 243/2001. Todas as mulheres que participaram do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Sua identidades foram mantidas em sigilo, pois seus registros foram transformados em números e arquivados em lugar seguro.

4. Resultados

Na primeira entrevista, durante a primeira internação, mediante a aplicação do questionário HAD, em 20 gestantes foram detectados: depressão em dois casos, ansiedade em três casos e um misto de ansiedade e depressão em outros quatro casos. Os dados obtidos com a escala HAD mostraram, portanto, que a depressão foi encontrada em seis gestantes e a ansiedade em sete. Dentre as entrevistadas onze (55%) não apresentaram ansiedade nem depressão (Tabela 1).

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ANSIEDADE(A) E DEPRESSÃO(D) EM GESTANTES COM *DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL DMG – SEGUNDO HAD**

Sintomas	n	%
Ausência A e D	11	55
Só com Ansiedade	3	15
Só com Depressão	2	10
Com Ansiedade/Depressão	4	20
Total	20	100

*HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Entre as 20 pacientes estudadas, duas tinham até 19 anos, sete tinham entre de 20 e 29 anos, 11 tinham mais de 30 anos e a média de idade foi de 29 anos. Destas mulheres 12 eram casadas, sete amasiadas, e uma estava sozinha. Quanto à escolaridade 13 cursaram até o Ensino Fundamental, cinco o Ensino Médio, uma paciente não tinha nenhuma escolaridade e outra tinha cursado o ensino superior. Entre as nove pacientes que apresentaram transtorno de humor - ansiedade, depressão ou ambos - seis eram casadas e três amasiadas. Quanto à escolaridade, a maioria cursou até os Ensinos Fundamental (cinco) e Médio (duas) (Tabela 2).

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DE IDADE, ESTADO CIVIL E ESCOLARIDADE NAS MULHERES ESTUDADAS (GRUPO TOTAL n=20) E NO GRUPO COM ANSIEDADE E/OU DEPRESSÃO (n =9)

Variável	Categoria	n=20	A e/ou D*
Idade	Até19	2	0
	20-29	7	2
	30 ou mais	11	7
Estado civil	Casada	12	6
	Amasiada	7	3
	Está sozinha	1	0
Escolaridade	Nenhuma	1	1
	E. Fund	13	5
	E. Médio	5	2
	Superior	1	1

*HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Duas das 20 gestantes estudadas eram primigestas, sete tinham duas gestações anteriores e 11 tinham mais de três gestações. Das 18 pacientes que tinham duas gestações ou mais, nove tiveram abortos prévios e o mesmo número de pacientes disse ter tido outro tipo de problemas nas gestações anteriores. Das mulheres com ansiedade e/ou depressão, uma era primigesta, uma tivera uma gravidez anterior e sete tiveram duas ou mais gestações. Dentre as oito, cinco nunca tiveram abortos e sete de oito pacientes apresentaram problemas nas gestações anteriores (Tabela 3).

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS GESTACIONAIS DAS PACIENTES ESTUDADAS (N=20) E DAS PACIENTES QUE APRESENTARAM ANSIEDADE(A) E DEPRESSÃO(D) OU AMBOS (n =9)

Variável	Categoria	n=20	A e/ouD* n=9	TEF
Gravidez	1	2	1	-
	2	7	1	
	3 ou +	11	7	
Abortos	0	9	5	
	1	8	2	
	2 ou +	3	2	
Problema nas gestações anteriores	não	7	2	NS
	sim	11	6	

*HAD Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

**Teste exato de Fisher

NS = diferença não significativa

A maioria das 20 gestantes estudadas recebeu o diagnóstico de DMG entre o sexto e o oitavo mês de gestação. Já entre as nove que apresentaram algum

distúrbio de humor, sete receberam o diagnóstico de DMG no sétimo ou no oitavo mês de gestação. Quanto ao desejo e ao planejamento da gestação, os dados assemelharam-se quando a pergunta foi acerca do desejo e planejamento por parte dos casais, sugerindo uma equivalência entre os mesmos. Catorze casais desejavam a gravidez e seis não. Quanto ao planejamento, 11 disseram ter planejado a gravidez e nove afirmaram que não haviam planejado a gravidez. Somente uma das 20 pacientes disse que estava utilizando método anticoncepcional (MAC) quando engravidou. Ao avaliar as mesmas variáveis somente nas mulheres que apresentaram ansiedade e/ou depressão, foi notado que cinco casais desejavam a gravidez e quatro não. Quanto ao planejamento, três casais disseram ter planejado a gravidez e seis afirmaram que não haviam planejado. Somente uma das nove pacientes disse que estava utilizando método anticoncepcional quando engravidou (Tabela 4).

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ESTUDADAS QUANTO AO DESEJO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ PELO CASAL E UTILIZAÇÃO DO USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL (N=20), E QUANTO AS GESTANTES COM ANSIEDADE (A), DEPRESSÃO (D) OU AMBOS (n = 9)

Variável	Categoria	N=20	A e/ouD* n=9	p**
Gravidez desejada pelo casal	Sim	14	5	NS
	Não	6	4	
Gravidez planejada pelo casal	Sim	11	3	NS
	Não	9	6	
Uso de MAC	Sim	1	1	NS
	Não	19	8	

*HAD- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

**Teste exato de Fisher

NS = diferença não significativa

Quanto à pergunta “*Como você se sentiu quando soube que estava grávida?*”, 11 mulheres disseram ter ficado felizes e três tristes com este diagnóstico. Outros sentimentos também foram observados: uma paciente ficou irritada, uma surpresa e uma revoltada, três delas manifestaram medo frente à gravidez (Anexo 2).

Entre as 11 respostas das pacientes que se mostraram felizes ou contentes com o diagnóstico da gestação, quatro apresentaram ansiedade e três depressão, segundo a escala HAD (Tabela 5).

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES DE ACORDO COM AS RESPOSTAS À PERGUNTA
“*COMO VOCÊ SE SENTIU QUANDO SOUBE QUE ESTAVA GRÁVIDA?*” (n =20)

Respostas	Grupo total (n=20)	Grupo A e/ou D (n-9)
Feliz	11	4
Triste	3	1
irritada	1	1
surpresa	1	1
Revoltada	1	1
Medo frente à gravidez	3	2

Algumas pacientes deram mais que uma resposta

Das 14 mulheres cuja gravidez foi dita como desejada, cinco apresentaram ansiedade ao receberem o diagnóstico de DMG e três apresentaram depressão. Dentre as 11 mulheres que responderam que a gestação fora planejada, três apresentaram ansiedade e duas depressão (Tabela 6).

TABELA 6**DISTRIBUIÇÃO DO DESEJO E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ DE ACORDO COM A PRESENÇA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO SEGUNDO A ESCALA HAD (n=20)**

Respostas	Com ansiedade	Com depressão	n
Gravidez desejada	5	3	14
Gravidez planejada	3	2	11

Em relação ao conhecimento sobre a associação da gravidez com o DMG e suas complicações, duas pacientes disseram saber ser uma gravidez de risco - com necessidade de cuidados especiais -, oito disseram não saber quase nada sobre o DMG e apenas seis gestantes entenderam ser esta associação prejudicial ao bebê (Tabela 7).

TABELA 7**DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DAS MULHERES ESTUDADAS À PERGUNTA : “O QUE A VOCÊ SABE SOBRE A GRAVIDEZ COM DIABETES GESTACIONAL?” (n=20)**

Resposta da paciente	n
Quase nada	8
Que pode afetar o feto/RN	6
Cuidados alimentares	2
Tem que fazer dieta	2
Que é complicada	4

° Algumas pacientes deram mais que uma resposta

Quanto às mudanças na vida desde o diagnóstico do DMG, 14 das 20 entrevistadas (70%), disseram que tiveram mudanças depois que souberam do diagnóstico, cinco disseram que nada mudou desde que souberam do DMG e uma disse não aceitar a doença (Tabela 8).

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE DMG.
"MUDOU ALGUMA COISA DESDE QUE SOUBE DO DG?" (n=20)

Respostas	n
Sim	14
Não	5
Não aceita	1
TOTAL	20

Dentre as pacientes, nove referiram que essas mudanças seriam quanto aos cuidados alimentares, seis disseram ter ficado tristes e uma se disse assustada. Entre as nove mulheres que apresentaram ansiedade e/ ou depressão, quatro referiram a necessidade de aumento dos cuidados com a alimentação, cinco ficaram tristes, uma manifestou preocupação com a possibilidade de prejudicar seu bebê, e outra ainda disse não aceitar o DMG.

Quanto à pergunta sobre as dúvidas a respeito do diagnóstico de DMG, nove disseram ter dúvidas, e 11 afirmaram não ter qualquer tipo de dúvida. (Tabela 9).

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO DE QUAIS ERAM AS DÚVIDAS SOBRE O *DIABETES MELLITUS* GESTACIONAL (DMG) RELATADAS PELAS MULHERES ESTUDADAS DO GRUPO COM ANSIEDADE E/OU DEPRESSÃO (n = 9)

Respostas	n
“Se o DMG vai desaparecer depois da gravidez”	3
“O que pode prejudicar”	3
“Se o bebê pode nascer com diabetes”	1
“O que pode afetar o DMG na gravidez”	1
“Ter ficado confusa”	1
“Se tem que ficar internada direto”	1
“Porque tem que aumentar a insulina”	1
“Quero saber a causa”	1

* Algumas mulheres deram mais de uma resposta

5. Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que, ao avaliar a ansiedade e depressão em pacientes com Diabetes Gestacional, encontrou-se em aproximadamente 50% dos casos, ansiedade, depressão ou ambas.

Vários estudos apontam a gestação como um fator de risco para o aparecimento de transtornos psicológicos. As gestantes, em geral, estão sujeitas a algum desequilíbrio emocional, incluindo ansiedade e depressão, durante a gravidez ou pós-parto (SOIFER, 1984; MALDONADO, 1992; YORK et al., 1996; SZJER e STEWART, 1997, DELLA NINA, 1998).

Em outro estudo, usando como instrumento de pesquisa a escala HAD em 120 adolescentes grávidas, com o objetivo de avaliar a ocorrência de ansiedade, depressão e ideação suicida nos diferentes trimestres da gravidez, foram encontrados como principais resultados em que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas de ansiedade (23,3%), depressão (20,8%) e ideação suicida (16,7%), quando se compararam os três trimestres (FREITAS e BOTEGA, 2002). Os dados desse trabalho reforçam a idéia da aplicabilidade do presente estudo em qualquer

momento da gestação, embora neste, estejamos lidando com gravidez associada a uma doença, o DMG. No presente estudo optou-se por avaliar as gestantes por ocasião da primeira internação, independentemente da idade gestacional.

A importância dos aspectos psicológicos ligados ao diabetes tem sido descrita em vários trabalhos como um dado importante, que confirma a preocupação com gestantes diabéticas e a associação entre persistência de transtornos emocionais e a dificuldade quanto ao controle e a estabilização dos níveis glicêmicos (KIMBALL, 1971; SPIRITO et al., 1989; BRADLEY, 1994).

O primeiro passo deste estudo foi a identificação das características das mulheres com DMG atendidas no CAISM, quanto à ocorrência de ansiedade e depressão, e eventuais fatores de risco para desenvolvê-las. Para tal, buscou-se um instrumento como a HAD e um questionário desenhado a partir de entrevistas prévias (pré-teste) com gestantes do Ambulatório de Pré-Natal Especializado. Instrumentos de pesquisa estruturados têm sido amplamente utilizados em saúde mental, procurando-se reduzir os possíveis desvios. Na literatura, não foi possível localizar algum instrumento previamente testado ou validado para aplicação em pacientes com DMG.

Assim, foi realizado um estudo-piloto em que foram incluídas 20 gestantes que receberam o diagnóstico de DMG pela primeira vez nesta gestação. Observamos que, entre elas, nove apresentaram algum distúrbio de humor do tipo ansiedade ou depressão ou um misto de ambos, quando avaliadas pela HAD. Fatores como desejo ou planejamento desta gestação e os fatores socio-

demográficos expressos pela paciente quando entrevistadas, tendo como instrumento um questionário desenhado para este estudo, não modificaram estas proporções.

Quase todas as gestantes deste grupo manifestaram saber que alguma coisa mudou após terem recebido tal diagnóstico. Por exemplo, nove das 14 que acharam que alguma coisa mudou disseram que sabiam ter que conviver com cuidados especiais quanto à alimentação. De certa forma, esta é uma maneira de elas estarem manifestando a percepção da mudança frente à gestação perfeita ou normal, que assim se transforma na gravidez patológica. Passa a ser considerada a assistência em um ambulatório especializado, chamado, em alguns serviços de obstetrícia, de pré-natal de risco. É de suma importância ressaltarmos aqui, que quando a terminologia utilizada é pré-natal de risco ou de alto risco, ou ainda gravidez de alto risco; isto pode implementar ansiedade, angústia e medo aos já existentes. Por isso, acreditamos que o termo mais adequado seria falarmos gravidez patológica ou pré-natal especializado.

Não podemos deixar de ressaltar a denominação de gravidez de risco, ou pré-natal de risco, atribuído às gestantes com diabetes. O período gestacional, via de regra, não pressupõe complicações. Entretanto, frente a um fator de risco, surge o medo real em relação a si própria e ao seu filho, ao que está ocorrendo com seu corpo, ou ao temor de ter uma criança com anormalidades. Isto se associa à perda de controle em relação à gravidez, e a si mesma (QUAYLE, 1998).

De certa forma, a mudança de gravidez normal para patológica, poderia acarretar algumas mudanças comportamentais, ou mesmo de humor, nas gestantes ao serem informadas desta nova condição.

Em um trabalho acerca da contribuição da Psicologia para o manejo do diabetes, BRADLEY (1994), citou a escala HAD como sendo um instrumento desenvolvido para o uso em pacientes em geral, e não especificamente para diabéticos. Porém, o autor acreditava ser tal escala muito útil na avaliação de ansiedade e depressão em pacientes diabéticos, dado que suas características apresentavam questões focadas principalmente nos sintomas psíquicos, e não nos sintomas físicos.

SPIRITO et al., 1989 avaliaram 68 grávidas com DMG comparadas com 50 grávidas não diabéticas, e observaram que a maioria das mulheres com diagnóstico de DMG adaptou-se rapidamente à inesperada informação.

Em um estudo de KIMBALL, 1971, acerca dos aspectos emocionais e psicossociais no *diabetes mellitus*, é ressaltado que não se deve tratar o diabetes sem tentar entender o indivíduo com um todo. A tristeza e a exacerbação da doença, por exemplo, estão relacionadas aos eventos na vida do paciente. O efeito do diabetes na vida do indivíduo depende de vários fatores, incluindo idade de aparecimento, gravidade, personalidade do paciente e capacidade de adaptação ao processo da doença.

Uma das questões primordiais avaliadas neste foi, de fato, saber qual era a frequência de distúrbios do humor em gestantes que receberam o diagnóstico de DMG e, secundariamente, qual era o conhecimento da associação gravidez com DMG e suas complicações. Quarenta por cento das diabéticas entenderam ser esta associação prejudicial ao bebê e outras 40% disseram não saber nada ou quase nada sobre DMG. Este dado reforça a idéia da necessidade de se desenvolver estratégias para melhor acolhermos as mulheres com tal associação. Desta forma, fica claro que a elaboração do conhecimento e do tratamento da doença necessitam de intervenções educativas constantes da equipe de saúde. Principalmente, deve ser ressaltada para elas a importância da prevenção e tratamento, a manutenção pós-gestacional ideal, buscando, com este aprendizado durante a gestação, melhoria na qualidade de vida. Saliente-se ainda que, se essas mulheres mantiverem alguns cuidados com sua saúde, isso poderá retardar ou evitar o aparecimento de um diabetes no futuro.

Segundo GAVARD et al. (1993), a depressão tem relevante associação com o diabetes e, conseqüentemente, com o mau controle glicêmico e aderência ao tratamento.

Os resultados de DE GROOT et al. (2001), obtidos a partir de um estudo de metanálise, que procurou examinar a consistência da relação entre depressão e ansiedade e complicações do diabetes, demonstraram que a depressão é significativamente associada a uma variedade de complicações e sintomas depressivos.

Outra questão importante, neste estudo, foi a percepção das gestantes com DMG ao saberem estar grávidas. Onze das 20 mulheres avaliadas disseram-se felizes ou contentes, tendo esta proporção sido mantida mesmo nos casos em que se manifestou a ocorrência de ansiedade e/ ou depressão.

Os estudos de YORK et al. (1996), indicam a existência, em mulheres com DMG, de altos índices de ansiedade e hostilidade. Segundo este autor, isto ocorre como resultado do ajuste ao diagnóstico e à nova doença (em especial relacionado a dietas e procedimentos). LERNMARK et al., (1999) confirmaram que os sintomas depressivos afetam tanto a adaptação como o controle metabólico, e ainda sugeriram a identificação dos pacientes com sintomas depressivos, para que seja oferecido tratamento para as dificuldades emocionais, bem como um maior suporte para cuidarem do diabetes.

No presente estudo, 70% afirmaram ter algumas mudanças em sua vida desde o diagnóstico de DMG. Os cuidados alimentares foram mencionados em 64% das pacientes estudadas e 42% disseram ter ficado tristes.

O estudo de DETHLEFSEN e DAHLKE, (2002) relata que problemas na gravidez podem revelar, em algum nível, certo grau de rejeição da mãe em relação ao filho, o que poderia ser expresso através de sintomas e adoecimentos.

No presente estudo o desejo da gravidez, por exemplo, que no grupo total esteve presente em 14 dos 20 casais, também foi notado em cinco pacientes entre as nove que apresentam ansiedade, depressão ou ambos. Assim sendo,

quaisquer outros fatores que se somem a este risco inerente da gravidez ou que venham a contribuir para o agravamento desses sintomas (ansiedade e depressão) devem, preventivamente, ser identificados e/ou tratados no período pré-natal.

A amostra populacional de gestantes diabéticas estudadas é pequena, pois este é um estudo-piloto a ser desenvolvido posteriormente. Entretanto, esta população apresenta características demográficas e história gestacional semelhantes às encontradas em uma população maior, avaliada em um estudo prévio realizado no Serviço de Obstetrícia da Unicamp (PEREIRA, 1997). A média de idade, por exemplo, esteve em torno de 30 anos e a paridade teve distribuição similar (PEREIRA, 2000). É possível que este número seja pequeno para permitir maiores conclusões.

O tamanho amostral do presente estudo foi calculado previamente, levando-se em conta dados da literatura. A amostra incluída foi numericamente semelhante àquela descrita no trabalho de ROTHAR et al. (1987), quando em pequena pesquisa acerca de distúrbios emocionais, comparando ansiedade e depressão em dez gestantes diabéticas e dez gestantes não diabéticas, encontraram níveis significativamente altos de depressão, ansiedade e ambos, entre as dez gestantes diabéticas. Esses autores detectaram que a ocorrência de depressão e ansiedade na vigência de DMG é um dado muito próximo ao detectado neste estudo.

No presente estudo tentamos identificar a presença de ansiedade e depressão ao diagnóstico de diabetes na gestação. Parece possível afirmar que, por

ocasião deste diagnóstico, ansiedade ou depressão podem ser desencadeadas em uma parcela das gestantes.

Naturalmente, a casuística precisa ser ampliada em diferentes momentos de gravidez, pois assim poderíamos também avaliar a capacidade adaptativa entre outras mudanças comportamentais ou vivenciais frente a tal diagnóstico. A intenção deste estudo foi tentar facilitar a identificação das mulheres que necessitem de maior auxílio e acompanhamento psicológico, visando uma melhora do atendimento no seguimento clínico.

O *diabetes mellitus* (DM), em geral, é uma complicação médica freqüente na gravidez e acomete cerca de 3% a 5 % das mulheres grávidas (MULFORD et al., (1993). Em estudos realizados no Ambulatorio de Pré-Natal Especializado do Caism, cerca de 60% apresentam diabetes gestacional (PEREIRA,1997; 2000). Dessa forma, o atendimento pré-natal de gestantes com diabetes confirma-se como uma excelente oportunidade de conjugar esforços de diferentes profissionais a fim de melhorar a detecção de ansiedade e depressão, visando um maior equilíbrio emocional e propiciando um ajuste e adesão ao tratamento. Como este percentual representa uma fatia considerável da população, é importante que a equipe de saúde que atende estas mulheres esteja informada quanto à probabilidade de ocorrência de ansiedade e depressão, o que motivou a realização deste estudo.

A partir deste trabalho, podemos propor a realização de outros estudos que avaliem a adesão ao tratamento e ansiedade e depressão.

Quanto à aplicabilidade deste estudo na rotina do Caism, a escala HAD passará a ser aplicada em todas as pacientes com diabetes em um futuro próximo.

A atenção dada às mulheres com DMG pelos profissionais da Saúde Mental que atuam no CAISM pode vir a ser acentuada a partir do conhecimento dos resultados obtidos neste trabalho. Com isso, os objetivos maiores deste estudo terão sido atingidos.

6. Conclusões

1. Entre as 20 gestantes diabéticas gestacionais estudadas cerca de metade apresentou ansiedade, depressão ou ambos, quando receberam o diagnóstico de diabetes.
2. Os fatores sociodemográficos como idade, história gestacional prévia e estado conjugal não modificaram a proporção de casos de ansiedade depressão ou ambos.
3. Em relação ao diagnóstico de DMG, algumas pacientes referem não saber qual o efeito sobre a gestação e ou feto/recém-nascido. Porém, a maioria refere algum tipo de modificação quanto à evolução da gestação, hábitos e riscos.
4. O desejo ou planejamento da gestação pelo casal não modificou a ocorrência de ansiedade, depressão ou ambos.

7. Referências Bibliográficas

ABERG, A.E.B.;JÔNSSON, E.K.; ESKILSSON, I.;LANDIN-OLSSON, M;FRID, A.H. Predictive factors of development of diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 8:11-6, 2002.

ABREU, P.B.;CARDIOLI, A.V. Ansiedade. In; DUNCAN, B.;SCHIMITD, M.I.; GIULIANI,E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**, 2ªed., Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p 529-49.

ALEXANDER, F. Medicina psicossomática. Porto Alegre: Artes Médicas;1989.

ALTMAN, D.G. Pratical statistics for medical research. London: Chapman & Hall; 1991. 611p.

BOTEGA, N.J.; PONDÉ, M.P.; MEDEIROS, P.; LIMA, M.G.; GUERREIRO, C.A.M. Validação da escola hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. **J Bras Psiq**, 47:285-9,1998.

BRADLEY, C. Contribution of psychological to diabetes management. **Br J Clin Psychol**, 33:11-21 1994.

CABULLUM, T.; ROBBINS, N.; ROJAS, E. Psychological stress and glicemic control in gestational diabetic. Paper presented at 7th Annual Meeting of the Society of Perinatal Obstetricians, Lake Buena Vista,FL, 1987.

COLOVSKY,S.; VAISSMAN,I. Diabete In: REZENDE, J **Obstetrícia**. 5^a. ed., São Paulo.Ed Guanabara Koogan,1988. p 313-9.

DAHLKE, R. **Doença com sintoma - pequena enciclopédia de psicossomática**. São Paulo: Editora Cultrix; 1996. 256p.

DAMM, P.; KUHL, C.; BERTELSEN, A.; MOLSTED-PEDERSEN, L. Predictive factors for development of diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus. **Am J Obstet Gynecol**, 607-16, 1992.

DANIELL, S.S.;GRENYER, B.; DAVIS, W.; COLEMAN, K.J.; BURGESS, J.A.P.; MOSES, R. Gestational diabetes mellitus: Is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? **Diabetes Care**, 26:385-9, 2003.

DETHLEFSEN,T; DAHLKE,R. A doença como caminho. 10^aed., São Paulo: Ed. Cultrix; 2002. p.179-85.

DE GROOT, M.; ANDERSON, R.; FREEDLAND, K.E.; CLOUSE, R.E.; LUSTMAN, P.J. Association of Depression and Diabetes Complications: A meta-analysis. **Psychosom Med**, 63:619-30. 2001

DECLARAÇÃO DE HELSINKE III: Sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. (online) Edimburgo, Escócia, 2000 (citada em 7 de outubro de 2000). Avaliável na Internet: <http://www.ibemol.com.br/declarações/helsinque>.

DEFEY, D.; ROSSELLO, J.L.D.; FRIEDLER, R.; NUÑES, M.; TERRA, C. **Duelo por un niño que muere antes de nacer – vivencias de los padres y del equipo de salud**. 2ªed., Montevideo: Gnosos Ltda.; 1994. 157p.

DELLA NINA, M. Estresse e ansiedade na gestação. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu; 1998. p.85-98.

DUNN, S.M.; TURTLE, J.R. The myth of the diabetic personality. **Diabetes Care** 4:640-6, 1981.

FREINKEL, N. Of pregnancy and progeny. **Diabetes**, 29:1023-7, 1980.

FREITAS, G.V; BOTEGA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev Assoc Med Bras**, 48:245-9, 2002.

GAVARD, J.; LUSTMAN, P.J.; CLOUSE, R.E. Prevalence of depression in adults with diabetes. **Diabetes Care**.16:1167-78.1993.

GENTILLI, P.;MALDONATO, A.; SCALABRINO, A.M. Influenza dei fattori psichici sull'autogestione del diabete- **Minerva Psich**, 37:83-91,1996.

GINSBERG, J.; FELLNER, F.; MARK, E.M.; NECHEMIAS, C.; HAUSKNECHT, R,V.;RUBINSTEIN, P. et al. Islet cell antibodies in gestation diabetics. **Lancet**, 2:362,1980.

HOIRISCH, A. **Aspectos psicológicos e psiquiátricos**. São Paulo. 4ªed., Editora Atheneu:1998. p.354-9.

KIMBALL, C.P. Emotional and psychological aspects of diabetes mellitus In: Symposium on Diabetes Mellitus **Med Clin North Am**, 55:241-4, 1971

LERNMARK, B.; PERSSON, B.; FISHER, L.; RYDELIUS, P.A. Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. **Diabet Med**, 16:14-22,1999.

MALDONADO, M.T.; CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Editora Atheneu; 1981. p.189-98.

MALDONADO, M.T. Psicossomática e obstetrícia. In: MELLO FILHO, M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.208-14.

MEDINA,P.J.B. Aspectos Psicológicos de la Diabetes. In: **Psicología de la salud**. Aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires: Editora Lumen; 1994. p 257-72.

MELLO FILHO, J. Psicossomática In: MELLO FILHO, M. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

MESTMAN, J.H. Outcom of diabetes screening in pregnancy and perinatal morbidity in infants of mothers with mild impairment in glucose tolerance.**Diabetes Care**, 3:477-82,1980.

METZGER, B.; COUSTAN, D. (eds). Proceeding of the Fourth International Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, 21(suppl 2):B1-B167, 1998.

MIELNIK, I. **Mãe, pai e filhos encontros e desencontros**. São Paulo: Editora Hucitec; 1993. p.1-23.

MONACI, J.; LERÁRIO, A.C. Diabetes: aspectos fisiopatológicos. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2ªed., São Paulo: Sarvier; 2000. p.374-88.

MULFORD, M.I.; JOVANOVIC-PETERSON, L.; PETERSON, C.M. Alternative therapies for the management of gestational diabetes. *Clin Perinatol*, 20:619-32, 1993.

NARDI, A.E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clin*, 25:331-3, 1998.

NORONHA, D.T. Psicossomática em obstetrícia. *Rev Bras Pesq Psicol*, 3:101-2, 1991.

OATS, J.J.N. Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Overview and commentary on first session. *Diabetes Care*, 21(suppl 2) 1998.

O'SULLIVAN, J.B. Establishing criteria for gestacional diabetes. *Diabetes Care*, 3:437-41, 1980.

PERSILY, C.A. Relationships between the perceived impact of gestational diabetes mellitus and treatment adherence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 25:601-7, 1996.

PEREIRA, B.G., Fetal monitoring and maternal perception of fetal movements in fetal surveillance of diabetic women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 76:53-7, 1997.

PEREIRA, B.G. Diabetes. In: **Obstetrícia básica**. NEME, B. 2ªed., São Paulo: Sarvier; 2000. p.389-97.

POSTIGO, J.M.; MEDINA, P.J. **Psicología de la salud**. Buenos Aires: Editora Lumen; 1994. 317p.

QUAYLE, J. O. Abortamento espontâneo e outras perdas gestacionais. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu; 1998. p.172-8.

ROTHAAR, D.; DARANY, J.; BAKLAND, G.; PETERS, J.; COUSINS, L. **Anxiety and depression in early pregnant diabetic women**. Paper presented at 7th Annual Meeting of the Society of Perinatal Obstetricians, Lake Buena Vista, FL, 1987.

SANTOS, M.J.P. Depressão e risco de suicídio In; DUNCAN, B. SCHIMITD, M. I; GIULIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2^a ed., Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.550-6.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 3^aed., São Paulo: Artes Médicas; 1984. p.1-50.

SPIRITO, A.; CONNIE, W.; RUGGIERO, L.; BOND, A.; MCGARVEY, S.T.; COUSTAN, D. Psychological impact of the diagnosis of gestational diabetes. **Obstet Gynecol**, 73:562-6, 1989.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p.191-5.

TEDESCO, J.J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J.J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1998. p.99-108.

VIDELA, M. **Maternidad mito y realidad**. 2ªed., Buenos Aires: Nueva Visión;1997. p103-275.

WILSON, W.; ARY, D.V.; BIGLAN, A.; GLASGLOW, R.E.; TOOBERT, D.J.; CAMPBELL, D.R. Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. **Diabetes Care**, 9:614-22, 1986.

YORK,R.; BROWN, L.P.; PERSILY, C.A.; JACOBSEN, B.S. Affect in diabetic women during pregnancy and postpartum. **Nurs Res**, 45:54-6,1996.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, 67:361-70, 1983.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD

Este questionário ajudará os profissionais de saúde que estão lhe atendendo, a saber, como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

- 1A Eu me sinto tensa e/ou contraída
- 3 A maior parte do tempo
- 2 Boa parte do tempo
- 1 De vez em quando
- 0 nunca
- 2 D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes
- 0 Sim, do mesmo jeito que antes.
- 1 Não tanto quanto antes
- 2 Só um pouco
- 3 Já não consigo ter prazer em nada
- 3 A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.
- 3 Sim, e jeito muito forte.
- 2 Sim, mas não tão forte.
- 1 Um pouco mais isto não me preocupa
- 0 Não sinto nada disso
- 4 D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas
- 0 Do mesmo jeito que antes
- 1 Atualmente um pouco menos
- 2 Atualmente bem menos
- 3 Não consigo mais
- 5 A Estou com a cabeça cheia de preocupações
- 3 A maior parte do tempo
- 2 Boa parte do tempo
- 1 De vez em quando
- 0 Raramente

- 6 D Eu me sinto alegre
 3 Nunca
 2 Poucas vezes
 1 Muitas vezes
 0 A maior parte do tempo
- 7 A Consigo ficar sentada à vontade e me sentir relaxado
 0 Sim, quase sempre.
 1 Muitas vezes
 2 Poucas vezes
 3 Nunca
- 8 D Eu estou lenta para pensar e fazer s coisas
 3 Quase sempre
 2 Muitas vezes
 1 De vez em quando
 0 Nunca
- 9 A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.
 0 Nunca
 1 De vez em quando
 2 Muitas vezes
 3 Quase sempre
- 10D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência
 3 Completamente
 2 Não estou mais me cuidando como deveria
 1 Talvez não tanto quanto antes
 0 Cuido-me do mesmo jeito que antes
- 11A Eu me sinto inquieta; como se eu não pudesse ficar parada em lugar nenhum
 3 Sim, demais.
 2 Bastante
 1 Um pouco
 0 Não me sinto assim
- 12A Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir
 0 Do mesmo jeito que antes
 1 Um pouco menos que antes
 2 Bem menos que antes
 3 Quase nunca
- 13A De repente tenho a sensação de entrar em pânico
 3 A quase todo momento
 2 Várias vezes
 1 De vez em quando
 0 Não senti isso
- 14D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa.
 0 Quase sempre
 1 Várias vezes
 2 Poucas vezes
 3 Quase nunca

ANEXO - 1

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Nome:
Nº da Entrevista
Nº do H.C.

Questionários	Ansiedade	Depressão
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

9.2. Anexo 2 - questionário de avaliação psicológica

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DIABETES GESTACIONAL

Nº Questionário			
Data Aplicação	/		

Entrevistador: _____
Data da Revisão _____
Revisado por: _____

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DIABETES GESTACIONAL

Nº Questionário			
Data			

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

HC

ENDEREÇO

CIDADE

FONE:

ANEXO 2
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA
DIABETES GESTACIONAL

HC			
N. ° Questionário.			
Data			

I - ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 Quantos anos a (Sra.) você fez no seu último aniversário?

1.2 Em que data a (Sra.) você nasceu?
 Não sabe

1.3 Atualmente a (Sra.) você é casada, vive junto com um companheiro na mesma casa, tem um companheiro, mas vive em casa separada ou está sozinha ?

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | Casada |
| 2 | Vive junto na mesma casa. |
| 3 | Vive junto em casa separada |
| 4 | Está sozinha -> PASSE A 1.4 |

1.3.1 Há quanto tempo vocês estão juntos? ANOS
 ou MESES

1.4 A (Sra.) você foi à escola? 1 SIM 2 NÃO.....PASSE 2.1

1.4 .1 Qual a última série que a (Sra.) você completou?
 _____ SÉRIE DO _____ 8 NÃO SABE/NÃO LEMBRA

II - HISTÓRICO OBSTÉTRICO

2.1 Quantas vezes a (Sra.) você já ficou grávida antes desta gravidez?
 Nenhuma Gestações
 PASSE A 3.1

2.2 A (Sra.) você teve algum aborto? 1 SIM 2 NÃO
 PASSE A 2.3

2.2.1 Quantos?

2.3 A (Sra.) Você teve algum filho que nasceu e morreu? 1 SIM 2 NÃO
PASSE A 2.5

2.4 Quantos?

2.5 A (Sra.) você teve algum filho que nasceu morto? 1 SIM 2 NÃO
PASSE A 2.7

2.6 Quantos?

2.7 Quantos filhos estão vivos hoje??

2.8 A (Sra.) você teve problemas na (s) gestação (es) anterior (es)?

1	SIM
2	NÃO.....PASSE A 3.1
8	NÃO SABE...PASSE A 3.1

2.9 Qual (Quais)?

1	hipertensão	4	P. Prematuro	7	Prob. cardíaco	10	M.F.F.
2	eclâmpsia	5	Prob. renais	8	Prob. pulmonar	11	B.R.E.
3	P.Prévia	6	I.T.U.	9	S.F.A.	12	Outros

III – HISTÓRICO DA GESTAÇÃO ATUAL

3.1 Com quanto tempo de gravidez a (Sra.) você está? MESES

3.2 Qual foi a data da última menstruação? ____/____/____

3.3 ANOTAR do cartão de pré-natal ou da pasta: SEMANAS

3.4 A (Sra.) você desejava ter ficado grávida desta vez? 1 SIM 2 NÃO

3.5 O pai do bebê desejava a gravidez? 1 SIM 2 NÃO

3.6 A (Sra.) Você planejou esta gravidez? 1 SIM 2 NÃO

3.7 E o pai do bebê planejou? 1 SIM 2 NÃO

3.8 Quando engravidou estava usando algum Método Anticoncepcional?

1 SIM 2 NÃO (PASSE A 3.10)

3.9 Qual? _____

3.10 Como a (Sra.) você se sentiu quando soube que estava grávida?

1	Feliz	6	ansiosa	11	outros _____
2	Contente	7	preocupada		_____
3	Triste	8	revoltada		_____
4	Irritada	9	medo		_____
5	Surpresa	10	decepcionada		_____

3.11 Durante esta gravidez a (Sra.) você fez pré-natal? 1 SIM 2 NÃO
PASSE A 3.12

3.12 Aonde?

1	PNN	3	CECOM	5	Convênio. Qual?
2	Posto Saúde	4	PNE	6	PNA

IV – CONHECIMENTO E FANTASIAS RELATIVOS AO DIABETES GESTACIONAL

4.1 Há quanto tempo a (Sra.) você recebeu o diagnóstico de Diabetes Gestacional?

DIAS OU MESES

4.2 Quando soube que estava com Diabetes Gestacional, como a (Sra.) você se sentiu?

1	assustada	4	Triste	7	Confusa
2	ansiosa	5	Deprimida	8	Não sabe
3	preocupada	6	Tranquila	10	Outros

Outros (especificar) _____

Por que a (Sra.) você acha que ficou com Diabetes Gestacional?

- | | | | |
|----------|--------------------------|-----------|------------------------|
| 1 | Antecedentes. Familiares | 6 | Emocional |
| 2 | Muito refrigerante | 7 | Obesidade |
| 3 | Muito doce | 8 | Sufrimento na infância |
| 4 | Por tristeza | 9 | Não sei |
| 5 | Por ansiedade | 10 | Outros |

AGORA EU VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS E PEÇO POR FAVOR QUE A (Sra.) VOCÊ ME RESPONDA **SIM** OU **NÃO**...

4.4 A (Sra.) você acha que o Diabetes Gestacional apareceu por:

	SIM	NÃO	NÃO SEI
1 Nervoso ?			
2 Traumas ?			
3 Perdas de pessoas queridas?.....			
4 Problemas emocionais			
5 Problemas no "casamento?"			
6 Dificuldade de aceitar a gravidez ?			
7 Outra causa?			

4.5 O que a (Sra) você sabe sobre a gravidez com Diabetes Gestacional?

1	É complicada
2	Quase nada
3	Tem que fazer dieta
4	Não pode comer doce
5	Pode prejudicar o bebê
6	Os bebês nascem grandes
7	O bebê pode morrer
8	É uma gravidez de alto risco
9	Pode ocorrer o aborto
10	O bebê é mais afetado do que a mãe
11	Necessidade de fazer exames freqüentes
12	Pode passar depois da gravidez
13	Exige cuidados especiais
14	Outros _____

4.6 Mudou alguma coisa na sua vida desde que a (Sra) você soube que estava com Diabetes Gestacional? **1** SIM **2** NÃO - PASSE PARA 4.8.

4.7. Qual(ais)?

- | | |
|-----------|--|
| 1 | Fiquei com medo de morrer |
| 2 | Medo do bebê nascer com diabetes |
| 3 | Medo de perder o bebê |
| 4 | As pessoas dão mais atenção |
| 5 | Aumento dos cuidados com a alimentação |
| 6 | Ficou triste / chateada |
| 7 | Entrou em pânico |
| 8 | Ficou assustada |
| 9 | Aumento do cansaço |
| 10 | Passei a fazer mais exercícios físicos |

Outros: _____

4.7 A (Sra) você tem alguma(s) dúvida(s) sobre o Diabetes Gestacional?

- 1** SIM **2** NÃO - PASSE A 4.8

4.7.1 Qual (Quais)?

- | | |
|----------|--|
| 1 | Fico confusa |
| 2 | Se a diabetes pode desaparecer |
| 3 | Se foi causado pelo nervosismo |
| 4 | O que pode prejudicar |
| 5 | Se engravidar novamente posso ter Diabetes Gestacional |
| 6 | Se vou poder amamentar |
| 7 | Se o bebê pode nascer com diabetes |
| 8 | Se pode causar deformidade no bebê |
| 9 | Outras _____ |

4.8 O que lhe foi dito no posto de saúde (ou outro local em que realizava o pré-natal) sobre o Diabetes quando a (Sra.) você foi encaminhada para fazer o pré-natal aqui no CAISM/UNICAMP?

4.9 Quem disse isso?

- 1** MÉDICO **2** OUTRA PESSOA

9.3. Anexo 3 - Protocolo de rastreamento e assistência à grávida diabética

1. RASTREAMENTO

Pesquisar diabetes em todas as gestantes que ingressam ao Serviço de obstetrícia seja a nível ambulatorial seja nas unidades de internação.

Também é necessário pesquisar em todas as parturientes que têm parto no Serviço e não receberam assistência pré-natal. A investigação deve ser mais rigorosa nos casos de puérperas com natimortos, malformados ou com recém-nascidos grandes para a idade gestacional.

Como proceder:

- Identificação dos fatores de risco:

São consideradas gestantes de risco, aquelas portadoras de pelo menos um dos seguintes fatores:

- Antecedentes familiares de diabetes em parente de primeiro grau.
- Antecedentes de diabetes em gestações anteriores.
- Antecedentes de feto macrossômico (peso acima de 4000g. Ou acima do percentil 90 da curva de lubchenco).
- Antecedentes obstétricos insatisfatórios (fetos malformados e mortes fetais tardias e neonatais precoces sem causas definidas).
- Glicosúria durante a gravidez.
- Obesidade ou sintomas de diabetes.

Em todas gestantes com pelo menos um fator de risco positivo solicitar glicemia de jejum.

Se a glicemia de jejum for menor que 90mg %, solicitar novo exame de jejum e pós-prandial entre 28 e 32 semanas de gravidez.

Se a glicemia de jejum estiver entre 90 e 110 mg %, fazer teste de tolerância à glicose oral (TTGO) com 100g de destrosol.

Se a glicemia de jejum for maior que 110mg % considerar a paciente como diabética sem fazer TTGO (observar a Figura 1).

2. VALORES NORMAIS DO (TTGO): mg%

- Jejum - 105
- 1 h - 190
- 2 h - 165
- 3 h - 145

Obs: Este exame é considerado anormal quando pelo menos um dos valores for maior que o normal.

3. OPÇÕES TERAPÊUTICAS DURANTE A GRAVIDEZ

3.1. Dieta:

Recomenda-se dieta para todas as gestantes diabéticas.

A proposta do Serviço é a utilização de dieta balanceada com carboidratos (exceto os de absorção rápida como sacarose), gorduras e proteínas.

O Total de calorias é calculado da seguinte forma:

$$\mathbf{30cal/Kg*/dia}$$

*Considerar, para o cálculo, o peso de ingresso no Serviço.

Considerar como limites mínimo e máximo 1800 e 3000 calorias, respectivamente.

Fracionar a dieta em "sete", da seguinte forma:

- 1/7 - café da manhã
- 2/7 - almoço
- 1/7 - lanche da tarde
- 2/7 - jantar
- 1/7 - lanche da noite

3.2. Insulina:

Indicada em gestantes com glicemia de jejum acima de 90 mg % .

Pacientes que vão usar insulina pela primeira vez:

Usar sempre preparado de insulina humana.

Pacientes usuárias de insulina antes de engravidar:

Manter o tipo de insulina usada e fazer ajustes de acordo com perfil glicêmico e a ação das insulinas.

Como iniciar e ajustar as doses de insulina:

Iniciar sempre com insulina NPH pela manhã.

A dose inicial é obtida da seguinte forma;

$$\frac{\text{Jejum} - 90}{4}$$

Ex: Glicemia de jejum de 130 mg %

$$\text{Dose Inicial} = \frac{130 - 90}{4} = 10 \text{ UI}$$

Dose inicial sempre igual ou maior que 5 UI, nunca superior a 25 UI.

Ajustar sempre de acordo com o perfil glicêmico alterado.(normal jejum 110mg pós prandial (140 mg %)).

A cada perfil alterado aumentar apenas 5 UI

Se todos os valores estiverem alterados aumentar NPH

Se apenas alguns valores estiverem alterados introduzir insulina regular.

A insulina NPH acima de 30 U deve ser fracionada em 2/3 manhã e 1/3 à tarde.

3.3.Exercício Físico:

(recomendado pela Conferência Internacional de Diabetes Mellitus Gestacional 1985, como terapia adjuvante em todas as gestantes diabéticas).

Tipo de exercício (paciente internada):

Marcha lenta em esteira: usando esteira rolante e velocidade inferior a 20 km/hora durante 15 minutos consecutivos.

Bicicleta ergométrica: usando uma bicicleta ergométrica adaptada no assento para gestante, sem resistência e com velocidade de 20 km/hora.

(paciente Ambulatorial):

Marcha lenta: caminhada diária de 15 minutos em terreno aproximadamente plano.

(Obs: A atividade domiciliar não substitui este tipo de exercício)

Contra-indicações ao exercício:

- Maternas
- Hipertensão arterial moderada/grave
- Cardiopatias
- Anemia
- Tireoidopatias

- Obesidade extrema
- Baixo peso
- Gestação e Feto
- Risco de parto prematuro
- Sangramento vaginal
- Placenta prévia
- Retardo do crescimento fetal
- Gestação múltipla
- Sofrimento fetal

SEGUIMENTO DA MULHER

1. Antes da gestação

- Anticoncepção eficiente
- Consulta pré-gestacional
- Exame oftalmoscópico
- Planejamento da gravidez

Estabelecimento de um metabólico adequado com dieta e insulina (obs.: se a paciente usar hipoglicemiante oral, trocá-lo por insulina ou dieta mais rígida, dependendo da motivação da paciente).

2. Primeira hospitalização

- Hospitalização na 1ª consulta ao pré-natal
- Avaliação do estado metabólico e função renal
- Perfil glicêmico
- Na/K, Uréia /creatinina.
- Urocultura

- Exame oftalmoscópico
- Ultra-sonografia
- Dieta com 30 cal/ K/ dia

Planejamento médico, psicológico, social, nutricional e fisioterapêutico desta gravidez com a paciente e os profissionais da equipe de saúde.

3. Seguimento Ambulatorial

- Controle semanal da glicemia de jejum e pós-café, se possível pela própria paciente em casa.
- Controle de MF/dia após 28 semanas.
- Visita ao Pré-natal:
 - Sempre que a gestante achar necessário
 - A cada 15 dias até 32 semanas
 - Semanalmente após 32 semanas

Em cada consulta devem ser avaliados:

- Pressão arterial
- Crescimento uterino
- Glicemia jejum e pós-café
- Internar a cada 28 dias

Na internação, realizar os seguintes exames:

- Perfil glicêmico
- Urocultura
- Ultra-sonografia

- Cardiotocografia basal: semanalmente entre 30-34 semanas, duas vezes por semana após 34 semanas até 36 semanas, diário após 36 semanas
- Doppler fluxometria e perfil biofísico fetal: sempre que a cardiotocografia estiver alterada.

4.Hospitalização Imediata

- Quando ocorrerem complicações tais como:
- Controle metabólico inadequado
- Alteração da função renal
- Hipertensão arterial
- RCIU
- Polidrâmnio
- Infecção urinária
- Cardiotocografia suspeita

5.Hospitalização Final

- Idade gestacional de 36 semanas para a paciente classe B ou mais de Priscilla White.
- Idade gestacional de 38 semanas para a gestante classe A ou AB de Priscilla White
- Às 40 semanas, se a paciente estiver bem controlada, proceder à avaliação do colo para programar a interrupção da gestação.

6. Parto

- Parto prematuro em caso de complicações não controladas
- Indução do parto na 40^a semana, se controlada

Conduta no dia do parto:

- Meia dose de insulina em NPH na manhã do parto
- Soro glicosado 5% - gotas/gotas
- Controle de glicosúria e glicemia-hora
- Administrar insulina regular de acordo com a glicemia
- Monitorização eletrônica do BCF durante o trabalho de parto

7. Pós-Parto

- Duas medidas de glicemia pós-prandial no primeiro dia
- Utilizar a dose de insulina pré-gestacional ou metade da dose total anterior ao parto, em aplicações únicas.

8 .Anticoncepção

- Esterilização cirúrgica
- DIU com antibioticoterapia prévia
- Depoprovera ® Acetato de Medroxiprogesterona 150mg
- Minipílula

9.4. Anexo 4 - Termo de Consentimento livre e esclarecido

Departamento de Tocoginecologia: CAISM – UNICAMP Fone 0XX- (19) 788 9326

Nome do Participante: _____

RG: _____

Endereço - _____

Eu, _____

Fui informada de que está sendo realizada uma pesquisa com o título de ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADAS AO DIAGNÓSTICO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, sob a responsabilidade da psicóloga Laise Potério dos Santos, da Seção de Psicologia do CAISM - UNICAMP, Setor de Obstetrícia.

Esta pesquisa tem como objetivo estudar o que sentem as mulheres que apresentam diabetes mellitus gestacional pela primeira vez nesta gestação.

O conhecimento acerca da experiência de algumas situações poderá ser útil e oferecer uma melhor orientação às mulheres, em geral, que procuram o PNE.

Caso eu aceite participar desta pesquisa serei entrevistada. Nesta entrevista serão feitas perguntas sobre o desejo e o planejamento da minha gravidez e conhecimento da doença.

O questionário será identificado somente por um número e ninguém além da pesquisadora saberá a pessoa correspondente à entrevista. Não terei nenhum prejuízo caso não aceite participar desta pesquisa ou vier a desistir em qualquer momento.

Caso aceite participar me será pedido para assinar juntamente com a pesquisadora este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caso eu considere necessário, posso pedir esclarecimentos e fazer perguntas à pesquisadora responsável, que assumiu o compromisso de me esclarecer.

Laise Potério dos Santos