



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Larissa Moreira Pitta

**DESCREVENDO A ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS NOS CUIDADOS À
GESTANTE COM DIABETES GESTACIONAL**

Santo Antônio de Jesus

2019

Larissa Moreira Pitta

DESCREVENDO A ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS NOS CUIDADOS À
GESTANTE COM DIABETES GESTACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Colegiado do Curso de
Enfermagem do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Dra. Amália Nascimento do
Sacramento Santos

Santo Antônio de Jesus

2019

Larissa Moreira Pitta

**DESCREVENDO A ATUAÇÃO DE ENFERMEIRAS NOS CUIDADOS À
GESTANTE COM DIABETES GESTACIONAL**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 26 Fevereiro de 2019.

Banca examinadora:

Dr.^a Amália Nascimento Sacramento dos Santos (orientadora)
Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB

Dr.^aDeisy Vital dos Santos
Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB

Rosa Cândida Cordeiro
Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB

Santo Antônio de Jesus- BA

2019

Á Deus por sempre ter sido meu maior porto seguro.

Agradecimentos

Agradeço a **Deus**, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

À minha família, a todos os meus tios, tias, primos e primas, por terem feito parte da minha formação enquanto ser humano.

Aos meus pais **Adail e Wesiner**, minha maior gratidão por tudo que vocês fizeram e fazem por mim, e por terem acreditado, incentivado e proporcionado a realização de todos os meus sonhos.

Aos meus irmãos **Rafael e Ícaro** por nunca terem soltado a minha mão na caminhada da vida.

À minha colega de turma que se tornou mais que amiga **Rafaele** gostaria de lhe agradecer por cada dia que convivi com você, por cada palavra de incentivo, por suportar meus momentos mais difíceis, por ter compartilhado cada momento dessa jornada comigo. Por ter acreditado em mim, em momentos que eu mesma descreditei.

Aos meus amigos em especial **Sabrina, Reinaldo e Adenilton** por todo apoio, paciência e incentivo.

A todas as Enfermeiras que participaram das entrevistas.

A todos os mestres que contribuíram para a minha formação.

À minha orientadora **Prof.a Dra. Amália Nascimento Sacramento dos Santos**, por toda paciência, incentivo, ajuda e dedicação.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” (Carl Jung)

RESUMO

PITTA, Larissa Moreira, **DESCREVENDO A ATUAÇÃO DE DE ENFERMEIRAS NOS CUIDADOS À GESTANTE COM DIABETES GESTACIONAL. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem).** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde/2019.

O objetivo geral dessa pesquisa é descrever experiências de cuidado de enfermeiras (os) sobre o empoderamento para prevenção e enfrentamento da diabetes gestacional. Trata-se de um recorte de um projeto mais amplo. Optou-se por uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa que teve como cenários as Unidades de Saúde da Família – USF da zona urbana, do município de Cruz das Almas/BA. A coleta foi realizada no período entre 21 e 28 de janeiro do ano de 2019, tendo como colaboradores 7 enfermeiras. Utilizou-se como ferramenta para coleta de dados entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados da entrevista e da observação, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As práticas de cuidado para prevenção do DMG utilizadas pelas enfermeiras do estudo são: avaliação de fatores de risco, educação em saúde, cuidado compartilhado com outros profissionais e encaminhamento ao pré-natal de risco. As enfermeiras percebem dificuldades das gestantes para participarem das atividades educativas e assistenciais na USF, sendo melhorado esse contexto em Unidades onde há implementação de algumas estratégias para melhorar a adesão. Também percebem que o autocuidado das gestantes é limitado, ocorrendo mais no contexto de percepção de riscos pelas gestantes e com maior enfrentamento das dificuldades pela enfermeira. Há necessidade de maior adequação pedagógica nas atividades educacionais com as gestantes para minimizar os riscos de complicações por diabetes gestacional e de educação permanente sobre a temática para melhorar a qualificação da assistência pré-natal realizada pelas enfermeiras.

Palavras chaves: Diabetes Mellitus Gestacional. Enfermeiras. Educação em Saúde.

ABSTRACT

PITTA, Larissa Moreira, **DEVELOPING THE ACT OF NURSES IN THE CARE OF PREGNANT WITH DIAGNOSIS. Completion of course work (Undergraduate Nursing)**. Federal University of the Recôncavo of Bahia, Health Sciences Center / 2019.

The general objective of this research is to describe experiences of nurses' care about empowerment to prevent and cope with gestational diabetes. It is a cut of a larger project. We chose a descriptive-exploratory research with a qualitative approach that had as scenarios the Family Health Units - USF of the urban area, in the municipality of Cruz das Almas / BA. The collection was carried out between January 21 and 28, 2019, with 7 nurses as collaborators. It was used as a tool for semi-structured interview data collection. For the analysis of interview and observation data, the content analysis technique was used. The research was approved by the Research Ethics Committee. The preventive care practices of GDM used by the nurses of the study are: risk factors assessment, health education, shared care with other professionals and referral to risk prenatal care. The nurses perceive the difficulties of the pregnant women to participate in the educational and assistance activities in the USF, and this context is improved in Units where some strategies are implemented to improve adherence. They also perceive that the self-care of pregnant women is limited, occurring more in the context of perceived risks by pregnant women and with more confrontation of the difficulties by the nurse. There is a need for greater pedagogical adequacy in educational activities with pregnant women to minimize the risks of complications due to gestational diabetes and permanent education on the subject to improve the qualification of prenatal care performed by nurses.

Key words: Gestational Diabetes Mellitus. Nurses. Health education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Diabetes Gestacional: Aspectos conceituais, epidemiológicos e fisiopatológicos	14
2.2 A triagem para o diagnóstico do diabetes gestacional	16
2.3 A enfermagem e o autocuidado	19
2.4 A assistência de enfermagem e educação em Saúde.....	20
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 POPULAÇÃO-ALVO	23
3.3 SELEÇÃO DA CASUÍSTICA	23
3.3.1 Critérios de inclusão.....	23
3.3.2 Critérios de exclusão.....	23
3.4 CENÁRIO DO ESTUDO	23
3.5 TÉCNICA DE PESQUISA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS....	24
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.RESULTADO E DISCUSSÃO	26
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	26
4.2 O OLHAR E AS CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMEIRAS NOS CUIDADOS	

COM DIABETES GESTACIONAL	28
4.2.1 Práticas de cuidados para prevenção do diabetes gestacional.....	28
4.2.2 O olhar das enfermeiras sobre a participação das gestantes nas atividades da USF	33
4.2.3 Percepção das enfermeiras sobre o processo de autocuidado das gestantes com diabetes mellitus gestacional ou com risco para o problema.	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico natural, que provoca uma sequência de adaptações no corpo após a fertilização, e as mesmas requerem vários ajustes dos mais variados sistemas fisiológicos (MANTLE e POLDEN, 2005) e uma dessas mudanças fisiológicas pode ser o Diabetes Mellitus Gestacional. Logo, é conveniente considerar uma intervenção com ênfase no cuidado as essas mudanças fisiológicas da enfermagem no pré-natal e atendimento hospitalar eficiente pode diminuir significativamente a morbimortalidade materna e fetal, tendo como causa à diabetes gestacional (BRASIL, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, SBD (2016), a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é o problema metabólico mais comum na gestação e ocorre em 1 a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada, e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais, sendo que no Brasil, cerca de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional. O Diabetes Mellitus Gestacional caracteriza-se por qualquer nível de intolerância a carboidratos, que resulta em hiperglicemia de intensidade variável, sendo identificado pela primeira vez no período gestacional.

A enfermagem possui um papel fundamental na promoção da saúde da gestante com Diabetes Mellitus Gestacional, pois através dos seus conhecimentos é possível atuar na prevenção das complicações ou minimização de potenciais riscos, na orientação sobre a doença e sobre o tratamento farmacológico, realização de orientações de hábitos e comportamentos saudáveis e esclarecimento das mais diversas dúvidas que possam surgir durante a gestação.

Além disso, traz preocupação os fatores de riscos existentes responsáveis pelo surgimento do diabetes gestacional que são bastante comuns nas gestantes brasileiras. De acordo com Brasil (2016, p. 114) os fatores estão relacionados à “idade de 35 anos, sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual, deposição central excessiva de gordura corporal, baixa estatura ($\leq 1,50$ m), crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso $\geq 4,5$ kg), história familiar de DM em parentes de 1º grau, síndrome de ovários policísticos”. E a Sociedade Brasileira de Diabetes ratifica esses fatores.

Sendo o Diabetes Mellitus Gestacional o problema metabólico mais comum na gestação, é de fundamental importância que a equipe de enfermagem esteja apropriada do

assunto para auxiliar as gestantes no seu tratamento, por meio de ações de autocuidado, tanto no pré-natal quanto no atendimento hospitalar.

Nessa perspectiva, a educação em saúde e o autocuidado são pontos importantes para o trabalho de enfermeiras/os:

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde engajado na assistência ao diabético, deve programar novas práticas de cuidado capazes de promover a saúde dos diabéticos, já que a adesão ao tratamento e o Autocuidado são pontos frágeis da educação em saúde e que, portanto, merecem ser refletidos profundamente (XAVIER, 2009, p. 125).

Para Orem (1995), o autocuidado “é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.” Este autocuidado é universal por abranger todos os aspectos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diária e às instrumentais”. Nesta perspectiva, a educação para o autocuidado tem sido recomendada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (2003) como instrumento para o desenvolvimento de competências e habilidades de cuidado com a própria saúde, na expectativa de dar suporte ao aprendizado de convivência mais positiva com a enfermidade, modificando hábitos nocivos à saúde e estimulando a autoconfiança.

Orem (1995) desenvolveu o seu projeto em três teorias inter-relacionadas, que são: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. A teoria do autocuidado admite ao indivíduo possibilidades de prevenção em que ele mesmo compreende os fatores de risco para o agravo, e nessa visão busca participar de ações, ministradas pelo profissional visando seu benefício, bem estar e a própria continuidade e manutenção da vida. Assim sendo o (a) enfermeiro (a), como educador em saúde, torna-se elemento essencial nesse processo, devendo o seu cuidado clínico ser abrangido pela relação estabelecida entre o cuidador (enfermeiro) e o ser cuidado (gestante), de modo que, conjuntamente, procurem as melhores estratégias de promover o autocuidado em saúde, sendo um aporte para o empoderamento em saúde.

O Enfermeiro quanto profissional que realiza consultas no programa de pré-natal realizadas nas unidades básicas de saúde, tem um papel importante tanto na prevenção do Diabetes Mellitus Gestacional, seja utilizando as mais diversas ferramentas existentes, como

as educações em saúde ou através de uma escuta mais aprofundada aos sinais e sintomas que as gestantes costumam citar direta ou indiretamente nas consultas.

Neste sentido, a motivação para o referente trabalho, deu-se na busca por compreender melhor a atuação do profissional enfermeiro (a) diante das demandas impostas pelas gestantes com diabetes gestacional, visando vislumbrar seu poder de agente transformador emponderando essas gestantes para o autocuidado.

Diante dos argumentos expostos, essa pesquisa levanta as seguintes questões: Como tem sido a contribuição de enfermeiras de Unidades de Saúde da Família para o cuidado à gestantes com diabetes gestacional ou risco para esse problema? Como é feito o acolhimento e a triagem dessas gestantes? Qual a visão das (os) enfermeiras (os) quanto a participação das nos cuidados nos serviços de saúde e sobre o autocuidado dessas gestantes?

Logo, o objetivo geral dessa pesquisa é descrever as contribuições de enfermeiras no cuidado com diabetes gestacional. E os objetivos Específicos: Discutir os modos de acolhimento e classificação das gestantes com risco para diabetes gestacional; Descrever ações realizadas por enfermeiras (os) relacionadas ao processo de educação em saúde às gestantes para prevenção do diabetes gestacional; Descrever a percepção de enfermeiras sobre a participação das gestantes nos cuidados realizados na Unidade de Saúde; Identificar as percepções de enfermeiras sobre o autocuidado das gestantes com diabetes gestacional ou risco para a doença.

Esta pesquisa poderá subsidiar o desenvolvimento de outras pesquisas, favorecer o planejamento de ações de Educação permanente para profissionais e potencializar um refinamento no cuidado pré-natal e no pós-parto, gerando melhoria na qualificação da atenção à gestante e para enfrentamento da diabetes gestacional. Além disso, poderá contribuir para a melhoria da qualidade do ensino de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia na temática da pesquisa.

Trata-se de um recorte de projeto de pesquisa mais amplo intitulado: Autocuidado gestacional: Contribuições de enfermeiros (as) para o empoderamento de gestantes na prevenção do diabetes gestacional.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes Gestacional: Aspectos conceituais, epidemiológicos e fisiopatológicos

Segundo (SDB, 2016), o Diabetes mellitus (DM) é formado por doenças metabólicas de múltiplas etiologias, que apresenta em comum à hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas, podendo também incidir na gravidez.

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), e aqui recomendada, inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional.

Segundo (OPAS, 2017) Atualmente, cerca de aproximadamente 415 milhões de adultos apresentam Diabetes Mellitus (DM) em todo o mundo e 318 milhões de adultos possuem intolerância à glicose, e assim correndo um risco elevado de desenvolver a DM no futuro, sendo o Brasil o quarto país com maiores taxas de DM na população adulta, com um total de 14,3 milhões de pessoas de 20 a 79 anos com DM.

O DM tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, (geralmente causada por processo autoimune), sendo assim necessária a administração da insulina. O DM tipo 2 caracteriza-se pela resistência à ação da insulina e a deficiência da insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Outros tipos de Diabetes são menos frequentes, e podem resultar de: defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças no pâncreas exócrino, infecções, efeito colateral de medicamentos, etc. (SBD, 2014).

Alterações metabólicas durante a gestação são importantes para o desenvolvimento do feto. Porém, algumas mulheres engravidam com algum grau de resistência à insulina e também com alguns fatores de risco, como nos casos de sobrepeso/obesidade, obesidade central e síndrome dos ovários policísticos, idade acima de 35 anos, e esses fatores associados a alguns hormônios produzidos pela placenta e outros aumentados pela gestação, tais como lactogênio placentário, cortisol e prolactina, podem promover redução da atuação da insulina em seus receptores e assim favorecem o quadro de hiperglicemia de intensidade variada, caracterizando o diabetes mellitus gestacional (DMG), que é detectado pela primeira vez na gestação e assim podendo levar a efeitos adversos tanto maternos quanto fetais. (BOLOGNANI CV et al, 2011).

Segundo a SBD (2016), o diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma distorção do processo metabólico mais comum na gestação, cuja prevalência encontra-se entre 3 e 25% das gravidezes, dependendo de vários indicadores da população, de cor/raça e do critério diagnóstico utilizado, e a incidência de DMG está aumentando de forma igualitária com o aumento do DM2 e do sobrepeso/obesidade feminina. Contudo, verifica-se aumento dessa prevalência nos consensos publicado pela OPAS (2017), que refere que a prevalência estimada de casos de DMG varia de 1 a 37,7%, com uma média mundial de 16,2%.

Logo, o diagnóstico do DMG deve ser considerado uma prioridade mundial de saúde, a fim de diminuir a sua prevalência e as consequências de um diagnóstico tardio. Nos últimos vinte anos houve um aumento significativo no número de mulheres com diagnóstico de diabetes em idade fértil (que não é diagnosticado como DMG) e durante o ciclo gravídico- puerperal (apenas no ciclo gravídico é considerado DMG), o crescimento populacional, aumento da idade materna, a falta da realização de atividade física e, também o aumento da prevalência de obesidade são os principais fatores ligados a esse aumento. (OPAS, 2017)

O DMG potencializa o crescimento de intercorrências tendo a mãe como peça principal, no que corresponde ao fator de risco para desencadear uma pré-eclâmpsia e periodicidade de cesarianas, relacionado à peça principal, DMG está ligada com macrossomia e aumento considerado de peso do bebê maior que 4000g, mudança e distorção do desenvolvimento, óbitos perinatal, quadros de hipoglicemias no instante do nascimento infância e sobrepeso na fase adulta. Nos estudos é percebido que 50% das acometidas por DMG pode desenvolver ao longo do tempo certas para a mãe o Diabetes Mellitus tipo 2, estima-se que por volta dos cinco anos, sendo também mais predisposto numa gestação futura o DMG (CHAVEZ-COURTROI, 2014).

Vários estudos mostraram associação entre sobrepeso e obesidade pré-gestacional e ganho de peso gestacional com o desenvolvimento do DMG, e Segundo Louzada (2015), nos últimos anos houve um acréscimo por alimentos embutidos, enlatados e condimentados, que possuem uma quantidade elevada de sódio, gorduras trans, dando destaque as bebidas altamente adoçadas, cujo consumo tem potencializado o ganho de peso.

As gestantes com Diabetes Mellitus gestacional enfrentam das diversas complicações relacionadas às restrições alimentares, dentre elas estão a dificuldade de adaptação a nova dieta e novos hábitos de vida e também algumas privações alimentares que as gestantes precisam enfrentar, principalmente nas horas de lazer. (Schmalfuss M. J et al, 2014)

Sabe-se que a atividade física tem importante papel na manutenção da saúde física e mental das pessoas. Giacopini e Cols (2015) trazem que na atualidade as mulheres estão cada vez mais conscientes da importância da prática regular de atividade física, ao longo da vida, devido aos inúmeros benefícios comprovado por diversos estudos, dentre eles prevenção da obesidade e doenças cardíacas, bem-estar-físico, emocional e mental, sendo assim espera-se que as mulheres em sua fase fértil mantenham a prática de exercícios físicos.

Com todas estas informações sobre os benefícios da atividade física espera-se que as mulheres em sua fase fértil mantenham seu programa de exercícios físicos.

Porém (ZANETI, 2015), traz que apesar de a atividade física ser outra orientação ao manejo com a DMG, na maioria das vezes esta não é praticada, sendo simultaneamente descumpridas tanto as orientações médicas quanto as nutricionais. E o descumprimento dessas orientações é justificado através dos obstáculos vivenciados por essas mulheres com DMG em praticar a atividade física destacando-se: autoestima baixa evidenciado pela aparência, cansaço, pouco conhecimento sobre o assunto relacionado a sua condição a às práticas de realizar esporte, acessibilidades das praticas, algias, risco ou pós parto (SILVA, 2013) .

2.2 A triagem para o diagnóstico do diabetes gestacional

Sendo a gestação um fenômeno fisiológico, ela precisa ser vista e vivida como uma experiência saudável tanto pela gestante, quanto pela a equipe de saúde, porém devido a alguns fatores de riscos, algumas gestantes podem passar por momentos desfavoráveis, que são as chamadas “gestantes de alto risco”, dentre elas estão as gestantes que tem DMG. (Brasil, 2016 p. 56).

Após procurar a unidade básica de saúde e tendo a gestação confirmada a mulher passa pela sua primeira consulta de pré-natal, nessa primeira consulta o enfermeiro ou medico deve pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual, nessa primeira consulta o profissional já pode observar se a gestante apresenta alguns dos fatores de risco que podem levar ao DMG (“ idade de 35 anos, sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual, deposição central excessiva de gordura corporal, baixa estatura ($\leq 1,50$ m), crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso $\geq 4,5$ kg), história familiar de DM em parentes de 1º

grau, síndrome de ovários policísticos”) e através desses dados levantados poder utilizar de estratégias para a prevenção do DMG. (Brasil, 2016).

Até o momento, não existe um consenso para o rastreamento e o método para diagnóstico de DMG, sendo muitas vezes deixando essa decisão de qual parâmetro utilizar a critério do profissional que irá dá o diagnóstico, a SBD recomenda que sejam seguidos os critérios aceitos em 2013 pela OMS. (SDB, 2016)

As recomendações para o Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil no ano de 2016 é resultado de um consenso entre a Organização Pan- Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Diabetes e essas instituições levam em consideração que gestações complicadas pelo diabetes apresentam risco aumentado de resultados perinatais desfavoráveis e o desafio brasileiro para redução do componente neonatal da mortalidade infantil, além disso, o potencial de prevenção de risco para obesidade e DM do tipo 2 para a mulher com antecedente de DMG e seus filhos. Essas situações que referendam a necessidade das recomendações no âmbito nacional (OPAS, 2016).

Nesse consenso foram analisados alguns pontos relevantes como: - Fatores clínicos de risco: a utilização de fatores clínicos de risco como forma de rastrear gestantes que devem ser submetidas a testes diagnósticos para DMG não é ideal, pois apresenta baixa sensibilidade; - Diagnóstico universal: deve-se proporcionar a todas as gestantes a possibilidade de diagnóstico de DMG; - Viabilidade financeira e disponibilidade técnica do teste proposto: o método diagnóstico a ser utilizado deve ser o melhor possível dentro da capacidade da região;

- Teste com melhor sensibilidade/especificidade: considera-se que o teste com melhor sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de DMG é o TOTG com 75g (OPAS, 2016). A recomendação para o diagnóstico da DMG para o Brasil, apresenta duas classificações a serem seguidas, a depender das condições locais de recursos operacionais: 1. Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total: nessa situação todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum (até 20 semanas de idade gestacional) para diagnóstico de DMG e de DM diagnosticado na gestação. Todas as gestantes com glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL devem realizar o TOTG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas. Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas de idade gestacional) deve-se realizar o TOTG com a maior brevidade possível. Estima-se que assim sejam detectados 100% dos casos. 2. Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade

financeira e/ou disponibilidade técnica parcial: nessa situação, todas as gestantes devem realizar a glicemia de jejum no início do pré-natal para diagnóstico de DMG e de DM diagnosticado na gestação e caso o resultado do exame apresente valores inferiores a 92 mg/dL, antes de 24 semanas de idade gestacional, deve-se repetir a glicemia de jejum de 24 a 28 semanas. Estima-se que assim sejam detectados 86% dos casos (OPAS, 2016).

Os níveis propostos para confirmação diagnóstica da DMG nesse consenso, já referenciado, é o seguinte: para gestantes com pré-natal iniciado antes de 20 semanas, considera-se diagnóstico de diabetes gestacional quando os resultados da glicemia de jejum estiver entre os valores de 92 a 125 mg/dl, glicemias de jejum a partir de 126 mg/dl, considera-se a paciente com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Para as gestantes com pré-natal iniciado entre 20 a 28 semanas, quando a glicemia de jejum for abaixo de 92 mg/dl, deve-se fazer o Teste de Tolerância Oral a Glicose com 75 g de glicose e considerar Diabetes Mellitus Gestacional se ao menos um valor for equivalente ao seguinte: Jejum – 92 a 125 mg/dl; primeira hora após – glicemia maior ou igual a 180mg/dl; e Segunda hora após – glicemia com valores entre 153 a 199 mg/dl. Caso a glicemia de jejum esteja no valor igual ou maior a 126mg/dl; ou a glicemia da segunda hora após for maior ou igual a 200mg/dl, consider –se a gestante com Diabetes Mellitus. E por fim, as gestante com pré-natal iniciado acima de 28 semanas de gestação, o Teste de Tolerância Oral a Glicose deve ser feito imediatamente, e considera-se os valores referidos acima para diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional ou de Diabetes Mellitus.

Já o ministério da saúde preconiza que todas as gestantes que iniciam o pré-natal pelo SUS, independentemente de apresentarem fator de risco, ou não, devem realizar uma dosagem de glicemia em Jejum, se possível antes de 20 semanas de gestação ou logo que possível. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum \leq 85mg/dL a 90 mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24^a e 28^a semana de gestação. (Brasil, 2012)

O rastreamento é considerado positivo nas gestantes com nível de glicose plasmática em jejum igual ou superior a 85 mg/dL e/ou na presença de qualquer fator de risco para o diabetes gestacional, se o resultado for entre 85 mg/dL e 90 mg/dL e/ou na presença de fatores de risco ou <90mg/dL a 109 mg/dL, sem fatores de risco. As gestantes com rastreamento positivo, ou seja, com glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 85mg/dL até 109mg/dL e/ou com qualquer fator de risco devem ser submetidas à confirmação diagnóstica com teste oral de tolerância à glicose após ingestão de 75g de glicose anidra em 250–300ml de água, depois de um período de jejum entre 8–14 horas (TOTG 75g/2h). Se o resultado do TOTG

for < 110mg/dL em jejum e/ou <140 mg/dL em 2h o resultado é considerado negativo e se o resultado for maior que >110mg/dL em jejum e/ou >140 mg/dL em 2h o resultado é considerado positivo. (Brasil, 2012)

Se o valor da glicemia em Jejum for maior que 110mg/dL é recomendado que o teste seja refeito e caso o valor do resultado seja maior que 110mg/dL o diagnóstico é positivo e se o valor for <110 mg/dL é recomendado fazer o esquema de rastreamento positivo.

Diante desse consenso para diagnóstico da DMG e dos resultados desfavoráveis que esse problema pode apresentar, vê-se a relevância de um pré-natal de qualidade. Nesse ínterim, destaca-se a importância do cuidado de enfermagem eficiente, tendo em vista a responsabilidade que o enfermeiro assume, no contexto atual, com o pré-natal nas Unidades de Atenção Primária em Saúde, possibilitando a prevenção do DMG e que as gestantes identificadas com diabetes gestacional tenham condições de aprender sobre a sua patologia e conseguir desenvolver os cuidados necessários.

2.3 A enfermagem e o autocuidado

Em 1958, a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, menciona pela primeira vez, no campo da enfermagem o autocuidado, e passou a refletir acerca da necessidade que os indivíduos tem do cuidado da enfermagem e como eles podem ser ajudados pela mesma e a partir desta reflexão formulou a sua teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias inter-relacionadas, que são: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. A teoria do autocuidado admite ao indivíduo possibilidades de prevenção em que ele mesmo compreende os fatores de risco para o agravo, e nessa visão busca participar de ações, ministradas pelo profissional visando seu benefício, bem estar e a própria continuidade e manutenção da vida.

O autocuidado constitui na prática de atividades que as pessoas desempenham de forma consciente para seu próprio benefício, com a finalidade de manter a qualidade de vida, sua saúde e seu bem-estar físico e emocional.

Sabe-se que o sobrepeso e a obesidade são uns dos fatores de riscos para Diabetes Mellitus Gestacional, hipertensão e a um risco maior a cesariana, por tanto é de dever do

enfermeiro calcular o IMC da gestante durante o pré-natal e acompanhá-lo durante a gestação e fazendo análise de acordo com idade gestacional. (Brasil, 2012, pag. 74 a 76).

Sendo o prognóstico da gestação influenciado pelo estado nutricional da gestante antes e durante a gravidez, se houver um desequilíbrio tanto para mais ou para menos podem influenciar no crescimento e desenvolvimento do bebê, independente de possuir fatores de risco ou não (alerta maior para as que possuem), a enfermeira ao realizar a consulta de pré-natal deve orientar a gestante quanto à alimentação saudável, seguindo algumas orientações do Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco tais como: “fazer ao menos três refeições (café, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer, e beber pelo menos dois litros de água entre as refeições”. (Brasil, 2012, pág. 80). E lembrando sempre que estas orientações devem e podem ser mudadas conforme as especificidades de cada gestante.

(Schmalfuss JM et al, 2014) Traz em seu estudo relato de mulheres quanto as implicações de seguir a dieta para mulheres com DMG, algumas relatam que conseguem seguir completamente o plano alimentar, outras relataram apresentar sentimentos negativos e descontentamento ao diante das privações de alguns alimentos de sua preferência. Algumas participantes também relataram prejuízos relatados aos momentos de lazer e o hábito de frequentar ambientes desfavoráveis para o cumprimento do plano alimentar.

Não apenas a alimentação é importante para a prevenção e/ou controle do Diabetes Mellitus Gestacional a prática de exercícios físicos também é de fundamental importância.

Para a ADA, a atividade física é uma valiosa forma de terapia de suporte para o DMG, devendo ser indicada quando os níveis glicêmicos não regularizam apenas com a dieta.

2.4 A assistência de enfermagem e educação em Saúde

Porto (2007) traz como definição de consulta de enfermagem sendo a prestação de assistência realizada pelo profissional de enfermagem, tanto para o indivíduo sadio quanto para aquele que se encontra hospitalizado. Em muitos casos é o primeiro contato com o cliente para que sejam identificados seus problemas de saúde.

A assistência de enfermagem embasada na aplicação da consulta de enfermagem foi, implantada junto às instituições de saúde na década de 60 e no dia 25 de junho de 1996, foi formalizada pelo art:11, inciso I, da Lei do exercício Profissional nº 7.498, e padronizada pelo Decreto 94-406-97, definindo-a como uma prática exclusiva do enfermeiro (a) (MACIEL, 2003).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2017), conforme Resolução n.º 544/2017, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida em todos os níveis de assistência à saúde, tanto em instituições públicas quanto privadas. Isso inclui também a Estratégia Saúde da Família – ESF, cujas normas preveem a entrevista de enfermagem.

Segundo Brasil (2012) as atribuições do enfermeiro na assistência a gestante no pré-natal são: “orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta), realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a), solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal, realizar testes rápidos, prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica), orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B), identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica, realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero, desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera), orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade, orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas, realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

A educação em saúde é uma ferramenta empregada para o planejamento de ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde que busca auxiliar na qualidade de vida do ser humano, além de reduzir consideravelmente os custos da assistência em todas as esferas da saúde. A utilização das práticas educativas em saúde vem sendo uma realidade devido à mudança no modelo de atenção à saúde, ampliando o conceito pautado somente na doença para a atenção à saúde com vistas a promover o cuidado à população (OLIVEIRA, 2004).

Assim sendo, as práticas educativas, propiciam a autonomia do indivíduo no que diz respeito à condição de agente da sua própria trajetória de saúde e doença. Nesse sentido, ao desenvolver a autonomia, o indivíduo assume a responsabilidade sobre decisões relacionadas à sua saúde e pode incorporar ações para o autocuidado.

Os profissionais de enfermagem ocupam um importante espaço na promoção do autocuidado, também amplia suas práticas assistenciais e educativas à família e à

comunidade, pontos de apoio fundamentais às pessoas que vivenciam um processo de adoecimento. Com a efetivação dessas atividades, esses profissionais podem impulsionar a construção de possibilidades para os indivíduos, tornando a educação em saúde parte da construção da cidadania. Para isso, é necessário conhecer as melhores estratégias de abordagem educativa, reconhecer potencialidades e reforçar a capacidade dos indivíduos no desempenho de ações de autocuidado (TOSSIN, 2017).

Nessa perspectiva, o formato da educação em saúde deve ser pautado nas especificidades culturais da população ou indivíduo que se destina a atividade, para que ocorra melhor adesão às orientações, deve ainda ser realizada de forma participativa, permitindo a valorização de formas de cuidado em saúde populares, próprias de determinados grupos e ou indivíduos.

Os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG merecem destaque, dada a sua relevância perante a atenção pré-natal. Como visto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no cuidado a esses sujeitos, colaborando no controle da patologia, desfecho gestacional sem intercorrências e de maneira satisfatória, assim como no nascimento de um bebê saudável e sem complicações neonatais.

Segundo (Brasil, 2012), a troca de saberes e vivências entre gestantes e a equipe de saúde é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação e suas especificidades.

O Ministério da Saúde preconiza no protocolo de atenção básica que os profissionais de saúde devem promover educação em saúde, e assim oferecer orientações educativas de forma individual ou coletiva e se possível que o pai/parceiro e familiares possam também participar. E também sugere alguns temas que precisam ser abordados nessa prática, tais quais: “Modificações fisiológicas da gestação” (conforme trimestre), importância do acompanhamento pré-natal, cuidados em saúde alimentar e nutricional, orientar sobre os Dez passos para alimentação saudável da gestante, complementando com os Dez passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças até dois anos, chamar atenção para a necessidade de vitaminas e minerais, chamar atenção para o consumo de cafeína, álcool e adoçantes, chamar atenção para a segurança alimentar e nutricional, sexo na gestação, atividades físicas e práticas corporais na gestação, exposição ao tabaco, dentre outros temas.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O trabalho é de cunho qualitativo com a intenção de materializar os objetivos da pesquisa apontando os significados e determinações da realidade que não pode ser quantificado, contudo foi utilizada em alguns aspectos a abordagem quantitativa.

De acordo com Minayo (2012, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, (...) o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 POPULAÇÃO-ALVO

Os participantes da pesquisa serão enfermeiras e enfermeiros de Unidades de Saúde da Família (USF) de Cruz das Almas- BA.

3.3 SELEÇÃO DA CASUÍSTICA

3.3.1 Critérios de inclusão

Enfermeiras ou enfermeiros, de qualquer idade, com atuação no Programa de pré-natal.

3.3.2 Critérios de exclusão

Os Critérios de exclusão serão enfermeiras ou enfermeiros (os) recém-admitidos no serviço, com menos de seis meses de atuação em Unidades Básicas de Saúde e que não assinem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em todas as Unidades de Saúde da Família – USF da zona urbana, do município de Cruz das Almas/BA. O município de Cruz das Almas faz parte

da macrorregião Leste e se configura como sede da Região de Saúde de Cruz das Almas e está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (CRUZ DAS ALMAS, 2016).

3.5 TÉCNICA DE PESQUISA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi realizada pesquisa de campo através das técnicas da entrevista semiestruturada e gravada.

A entrevista semiestruturada, para Minayo (2012), é um instrumental técnico para a coleta de dados que representa um norte para o entrevistador, um instrumento orientador que possibilite o aprofundamento e ampliação da comunicação entre o entrevistador e o entrevistado. Dessa forma, a técnica permite maior flexibilidade na interlocução, permitindo abarcar informações para além do roteiro utilizado. Assim sendo, o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado, torna-se mais rico em detalhes, o que possibilita o surgimento de novos fatos, propiciando outras proposições no universo da pesquisa.

Foi utilizado um formulário com roteiro de perguntas para a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados da entrevista foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, a qual nos permite “caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” Minayo (2012, p. 84). A intenção dessa análise é destacar o conteúdo expresso na mensagem e suas representações, deixando de lado a preocupação com as quantificações (BARDIN, 2009).

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo tem três momentos, os quais desenvolveremos nesse estudo, a saber:

O primeiro momento, denominado pré-análise, nele organiza-se o material, escolhendo as informações mais relevantes, fazendo uma leitura repetida dos textos, ou seja, uma leitura flutuante que tem como objetivo ajudar na escolha de informações dos documentos que permita a descrição do tema da forma mais coerente possível; serão reunidas informações da observação e da entrevista para constituir um único corpus de análise.

O segundo momento, denomina-se “exploração do material”, que proporcionará a codificação e classificação dos temas que surgirem em resposta á pesquisa. De acordo com Bardin (2009, p.20):

“A análise do material exige sua codificação, ou seja, sua transformação de dados brutos dos textos por recortes, agregação ou enumeração, até que sua codificação atinja a representação do conteúdo ou sua expressão. Para codificação, pode-se usar palavras, temas, contextos, relações, personagens, etc., até se chegar à categorização dos mesmos”.

E o terceiro momento, faz-se o “tratamento dos resultados”, ou seja, a interpretação. Nesse sentido, busca-se compreender o significado das falas vinculado ao contexto em que estão inseridas, buscando a articulação com os referenciais teóricos (BARDIN, 2009).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Educacional Maria Milza – Faculdades Maria Milza por se tratar de uma pesquisa, realizada com seres humanos, conforme a resolução 466 de 2012, CAAE: 83719417.0.0000.5025

Aos participantes (enfermeiras, enfermeiros) foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da entrevista, após receberem orientações sobre o procedimento a ser realizado para obtenção de dados para a pesquisa, como também os benefícios esperados, possíveis riscos, garantia de fornecer esclarecimentos quando necessário, privacidade de seus dados, liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem que haja prejuízo e penalidade de cada participante.

O material obtido através da entrevista foi utilizado para fins da pesquisa, assim que seu conteúdo for reproduzido/ transcrito e analisado, o material será destruído. A pesquisa teve como principal benefício à produção de conhecimentos, que servirá para subsidiar outros trabalhos.

4.RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram do estudo sete enfermeiras, correspondendo a uma profissional por Unidade de Saúde da Família (USF), visto ser a representação de 100% das USF's da área urbana do município estudado. A totalidade de profissionais mulheres reflete, mesmo que numa pequena amostragem, o universo profissional da enfermagem, eminentemente feminino. Conforme pode-se observar no quadro 1, a maioria (seis) se autodeclararam de religião católica, sendo que uma delas se definiu sem religião. Cinco delas (5) se autodeclararam parda (negra) e duas se autodeclararam branca. Quatro delas eram solteiras e 03 casadas. A enfermeira com menor tempo de formação tinha 01 ano de graduada e a com maior tempo tinha 10 anos, sendo que a maioria (4 enfermeiras) tinham entre 6 e 7 anos decorridos de formação. Seis enfermeiras possuíam pós-graduação na forma de especialização, apenas uma delas não a possui, apesar de graduada há sete anos.

QUADRO 1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DAS ENFERMEIRAS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Características / Entrevistada	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Idade	24 anos	45 anos	29 anos	24 anos	36 anos	33 anos	34 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Religião	Católica	Católica	Católica	Sem religião	Católica	Católica	Católica
Cor/raça	Parda	Branca	Parda	Branca	Parda	Parda	Parda
Formação acadêmica	Enf	Enf	Enf	Enf	Enf	Enf	Enf
Tempo de formado	1 ano e 9 meses	7 anos	6 anos	1 ano	10 anos	7 anos	7 anos
Pós-graduação	UEU	SFS	UEU	Gestão em saúde	Emergência	Nenhuma	UEU
Conjugalidade	Solteira	Casada	Solteira	Solteira	Casada	Casada	Solteira
Tempo que trabalha em USF	1 ano e 9 meses	4 anos	2 anos	6 meses	2 anos	2 anos	5 anos

Legenda: Enf- enfermeira;

UEU- Urgência, emergência e UTI;

SFS- Saúde da Família com ênfase em Sanitarismo.

FONTE: Dados da autora, entrevista.

As áreas de pós-graduação de maior ocorrência é urgência, emergência e intensivismo. Uma delas tem pós-graduação em mais de uma área. Duas tem na área de saúde da família e uma em gestão em saúde. O tempo de trabalho em Unidade de Saúde da família variou entre 06 meses e 5 anos, tendo a maioria (5 enfermeiras) de dois anos acima de experiência profissional em atenção primária em saúde.

A questão do trabalho eminentemente feminino tem sido discutida por diversos autores na perspectiva dessa influência de gênero marcar a profissão. Segundo Lombardi e Campos (2018, p. 42), “O alto grau de feminização em uma dada profissão tende a interferir negativamente em seu reconhecimento social, inversamente do que ocorre com profissões tipicamente masculinas”. Esse fato tem sido observado na prática do trabalho da enfermagem, onde a desvalorização, sobretudo remuneratória, é uma queixa corriqueira, traduzido na precarização do trabalho.

Sobre a questão racial, predominantemente prevaleceu na ideologia de formação nos primórdios da profissão, a enfermeira padrão branca, de classes sociais mais abastadas, tendo como classes subalternas, técnicos e auxiliares de enfermagem, negros. Contudo, observa-se alterações nesse nível de desigualdade racial na profissão, quando vemos a caracterização das enfermeiras desse estudo, corroborando com os resultados da pesquisa da RAIS em 2015 citada por Lombardi e Campos (2018), que aponta 32% de enfermeiras negras e 58 % de enfermeiras brancas trabalhando no Brasil no ano de 2015, significando, que apesar de manter a predominância de mulheres brancas entre enfermeiras, tem crescido o aumento de pessoas negras, frutos de ampliação de acesso aos cursos de nível superior, de forma geral, e de políticas de enfrentamento do racismo e do branqueamento no Brasil, particularmente.

4.2 O OLHAR E AS CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMEIRAS NOS CUIDADOS COM DIABETES GESTACIONAL

Emergiram das falas das participantes três categorias de análise, conforme o quadro 2 a seguir;

Quadro 2. Categorias emergidas na análise dos dados

	Práticas de cuidados para prevenção do diabetes gestacional
	O olhar das enfermeiras sobre a participação das gestantes nas atividades da USF
	Percepção das enfermeiras sobre o processo de autocuidado das gestantes com diabetes mellitus gestacional ou com risco para o problema.

Fonte: produção da autora

4.2.1 Práticas de cuidados para prevenção do diabetes gestacional

As enfermeiras entrevistadas utilizam diversos tipos de práticas de cuidados para prevenção do diabetes gestacional. A avaliação dos fatores de riscos e hábitos de vida, a educação em saúde, o cuidado compartilhado com outros profissionais e a avaliação contínua dos riscos durante a gestação são ações que as enfermeiras referem desenvolver no cuidado preventivo de gestantes pensando no diabetes gestacional, como descreve-se a seguir.

Pode-se observar nas falas das enfermeiras que a pesquisa sobre fatores de risco e hábitos de vida funciona como um instrumento aliado para prevenção do diabetes mellitus gestacional.

A prevenção de uma gestante em relação ao diabetes é praticamente em relação à alimentação, evitar gordura, fritura, se alimentar de uma forma mais saudável, ver

os fatores de risco também, avaliar idade, comorbidades da gestante se tem sobrepeso, avaliar sobre a família se já teve, das gestações anteriores se já teve em alguma gestação, em relação a pratica de exercícios e esportes [...]. (E1)

Na gestante a gente avalia o índice de massa corpórea, orienta quanto a alimentação, a depender se a gente ver na consulta o ganho de peso se está adequado ou não [...]. (E5)

[...] se na família tem algum caso [...]. (E6)

A preocupação com os fatores de riscos e hábitos saudáveis de vida corrobora com as recomendações dos protocolos de cuidados, sendo a anamnese nas consultas é colocado pelo ministério da saúde como um fator fundamental para o rastreamento e diagnóstico do diabetes mellitus gestacional. A Sociedade Brasileira de Diabetes traz como fatores de risco a idade materna avançada; Sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual; Deposição central excessiva de gordura corporal; História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, microssomia ou diabetes mellitus gestacional; Síndrome de ovários policísticos; Baixa estatura (menos de 1,5 m) (SBD, 2016).

Essas avaliações frequentes e com um olhar minucioso corrobora para a identificação precoce de um possível diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, agindo dessa forma os profissionais podem minimizar os efeitos de um diagnóstico tardio. Essas avaliações frequentes e com um olhar minucioso corrobora para a identificação precoce de um possível diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, agindo dessa forma os profissionais podem minimizar os efeitos de um diagnóstico tardio.

Apesar do importante olhar sobre os fatores de risco nas gestantes, há uma limitação no olhar desses fatores mais acentuados para os pontos do sobrepeso e da observação da alimentação. A maioria das enfermeiras não mencionam diversos outros fatores relacionados como crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia e repetição de abortos que são muito comuns na história de gestantes que desenvolvem diabetes gestacional. Também, a avaliação continua dos riscos na gestação, foi mencionada como uma estratégia de prevenção, contudo, chama atenção que das sete enfermeiras entrevistadas, apenas uma falou sobre a importância da continuidade da prevenção do DMG, a maioria trouxe apenas a preocupação no primeiro momento da gestação com a realização dos exames regulares e

anamnese.

[...] e aí a gente vai avaliando, além das orientações em relação a nutrição, porque apesar dela não está apresentando a diabetes e não ter histórico, mas a gente sabe que durante a gestação ela pode estar desenvolvendo. [...]. (E6)

No Brasil, o ministério da saúde traz que todas as gestantes precisam realizar uma dosagem de glicemia em jejum no início da gestação, antes da vigésima semana e mesmo o resultado sendo negativo elas precisam refazer esse exame entre a 24^a e 28^a semana e sempre ficar em alerta aos sinais durante toda a gestação (BRASIL, 2016).

Outra prática de prevenção do diabetes gestacional relacionada pela enfermeira foi à educação em saúde. Foram mencionadas atividades educativas como falas em sala de espera, como também o desenvolvimento de rodas de conversas e grupo de gestantes. Nesse contexto, as enfermeiras sinalizam contar com o apoio do NASF, sendo muitas vezes essas educações em saúde realizadas por essa equipe.

[...] todo mês fazemos uma roda de gestantes, a gente convida o NASF que nos dá apoio junto com a enfermeira médica e dentista e cada roda de gestante dessas, nós tratamos de um assunto, sempre de forma dinâmica com vídeos brincadeiras, bate papo entre as gestantes e os profissionais de saúde. (E1).

Geralmente a gente faz sala de espera, com grupo de gestantes ou aqui mesmo no dia do pré-natal, quando estão todas reunidas a gente fala um pouquinho sobre o diabetes, sobre os sinais e sintomas [...]. (E3)

[...] com rodas de gestantes mensais, e o principal tema dessas rodas é a prevenção de diabetes e hipertensão [...]. (E4)

[...] temos também sala de espera que a gente faz, temos também a roda de gestantes [...]. (E5)

[...] A unidade possui um grupo de gestantes... (E6).

Segundo (Araújo, 2010) A educação em saúde é importante no poder de desenvolver o senso crítico nas pessoas e a capacidade de intervir sobre suas vidas e sobre o ambiente que convivem. Portanto educação em saúde precisa ser ampla e pensar nas especificidades de cada indivíduo, dessa forma faz-se necessário à formação de grupos mistos.

Observa-se que apesar de a maioria das enfermeiras mencionam a ocorrência de rodas de conversa, denotando valorizar a troca de experiência, que se configura um dos princípios

da educação em saúde nos moldes da educação popular em saúde, o contexto da educação em saúde tradicional, embebidas em um modelo de educação bancária como a palestra em sala de espera é realidade em mais de uma das unidades, ficando explícito que esse formato ocorre não apenas pela enfermeira, já que está explicitado nas falas “a gente faz”, além disso, contextualiza a perspectiva de falar de sinais e sintomas da doença.

De acordo com Maciel (2009), na educação em saúde tradicional transmite-se aos sujeitos normas (conhecimento) de forma prescritiva através de palestras para evitar a doença sem levar em conta a realidade individual. Assim, cabe a estes usuários somente acatá-las para que não fiquem doentes e quando tais normas não são executadas conforme foram prescritas pelos profissionais de saúde, estes sujeitos tornam-se os culpados por seus próprios problemas de saúde, que na verdade são originários ou influenciados por fatores sociais, culturais e financeiros.

Contudo, nesse misto de modelos encontrados, acredita-se que essa perspectiva mais moderna de educação em saúde tem influência da participação do NASF que como equipe matricial dão suporte ao trabalho das enfermeiras, conforme já seja a orientação técnica do trabalho desse Núcleo.

A modalidade de ação educativa em grupo é fortemente recomendada pelas políticas de atenção ao pré-natal, é entendida como práticas de promoção e educação em saúde e como uma ferramenta muito importante na construção do conhecimento, pois visa possibilitar aos participantes do grupo a troca mútua de conhecimentos, a realização de discussões críticas e o empoderamento acerca da construção de práticas saudáveis e viáveis em saúde. É no grupo que os participantes podem enfrentar de maneira mais adequada as suas limitações e resgatar também a sua autonomia para viver de um modo mais harmônico com as suas condições de saúde (MAZZUCHELLO ET AL, 2014).

Outra estratégia mencionada para prevenção e cuidado com o diabetes gestacional é o cuidado multiprofissional compartilhado, as enfermeiras referem resolver as demandas das gestantes com riscos para a doença com a médica da equipe, os profissionais do Nasf, sobretudo o nutricionista.

[...] a gente faz acompanhamento na unidade com a enfermeira, médica clínica [...]. (E2)

Aqui na unidade a gente tem contado bastante com o NASF [...]. (E4)

[...] a gente encaminha para um nutricionista, essa gestante é acompanhada por mim, pelo médico da unidade e a depender da necessidade pelo obstetra [...]. (E5)

[...] encaminhamento para nutricionista do NASF. Encaminhamento para o obstetra no pré-natal de alto risco.

Nessa perspectiva, ações interdisciplinares e multiprofissionais são valorizadas, pois enriquece a integralidade do cuidado ao favorecer a troca de saberes diferentes, acaba gerando uma configuração interna única e assim possibilita uma maior adesão das usuárias na prevenção e tratamento de complicações e na promoção da saúde (MAIA ET AL, 2013). Logo observamos a importância da avaliação multiprofissional no rastreamento e/ou diagnóstico de DMG na realização do pré-natal.

O cuidado compartilhado para além da organização do cuidado entre a equipe multiprofissional envolve o compartilhamento com pessoa envolvida, sua família e também com a comunidade, nesse aspecto, percebe-se o compartilhamento das enfermeiras com a pessoa envolvida com o estímulo ao autocuidado, a partir de atividades educativas individuais e coletivas. O envolvimento da família é observado em parte nesse contexto de cuidado, quando algumas enfermeiras favorecem a participação do parceiro nas atividades educativas grupais. Contudo, sente-se a necessidade de estimular o maior envolvimento da família nos cuidados à gestante, sobretudo as com risco para desenvolver diabetes gestacional.

Conforme o manual de pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013), a decisão de realizar ou não o rastreamento deve ser compartilhada com a paciente e seu acompanhante levando-se em consideração alguns critérios: a potencial redução de morbimortalidade do rastreamento e o possível tratamento de DMG; a possível iatrogenia (orgânica e psicológica), com as intervenções e o monitoramento para as pacientes com exames falsos positivos (com exame positivo, mas sem a doença); o aumento no custo do pré-natal de baixo risco; e os benefícios potenciais a longo-termo com o rastreamento.

O encaminhamento ao pré-natal de alto risco é outra ação de cuidado desenvolvida pelas enfermeiras estudadas, sendo essa ação bem consensuada comum entre as participantes.

Quando a gente inicia o pré-natal que identifica a gestante com diabetes, a gente sinaliza logo para o pré-natal de alto risco [...]. (E2).

[...] Encaminhamento para o obstetra no pré-natal de alto risco. [...]. (E7).

Essa ação converge com as orientações dos manuais técnicos disponíveis para os enfermeiros da atenção básica (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016), que referem que as mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional devam ser encaminhadas ao pré-natal de alto

risco, contudo, devem continuar o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Nesse sentido, o diagnóstico é dado na USF. Assim, a classificação do risco realizado pela enfermeira e equipe da USF devem ser melhorados, qualificados, para ganho de tempo e evitar perda de recursos.

4.2.2 O olhar das enfermeiras sobre a participação das gestantes nas atividades da USF

A maioria das enfermeiras relatam baixa participação das gestantes em atividades programadas no serviço para o cuidado. Assim, referem o trabalho formal das gestantes e a existência de outros filhos como fatores dificultadores da adesão às atividades. Ainda é frisada a participação das gestantes no pré-natal em clínicas particulares concomitantes ao da USF como justificativas das suas ausências em algumas consultas. A baixa participação na atividade programada educativa de visita de vinculação à maternidade também é referida.

... Algumas que fazem tratamento com obstetra particular acabam faltando, sempre acontece alguma coisa, mas a gente sempre remarca e acolhe essas gestantes [...]. Próximo do parto temos a visita de vinculação que é marcada na Santa casa de misericórdia. Às vezes até essa visita que elas ficam tão ansiosas e acabam faltando também (E1)

... Só que devido ao horário e devido ao trabalho tem gestante que não participam das rodas porque as empresas que elas trabalham não liberam com muita facilidade [...]. (E2).

... As maiorias das gestantes trabalham e fazem acompanhamento também no particular, então é um pessoal que não vem muito por conta do trabalho e também porque já tem outros filhos, então [...]. (E3)

... O grupo acontece uma vez ao mês e quanto à participação a maioria trabalha então fica um pouco complicado e mesmo a gente dizendo que vai disponibilizar atestado como se fosse uma consulta de pré-natal mesmo assim a maioria não comparece [...]. (E6)

...Próximo do parto temos a visita de vinculação que é marcada na Santa casa de misericórdia. Às vezes até essa visita que elas ficam tão ansiosas e acabam faltando também. Faltam, às vezes eu remarco, às vezes não vão, março de três em três no mês. Alegam diversos motivos para faltar à visita de vinculação. (E6)

A baixa adesão de gestantes em atividades educativas durante o pré-natal tem sido verificado em diversas realidades. O estudo de Palhoni et al (2017), observou essa questão em Unidades de Saúde da Família em Belo Horizonte, necessitando de intervenção estimular a

participação nos grupos educativos. Também o estudo de Silva et al (2015) apontou entraves para participação ativa das gestantes nas atividades educativas, trazendo reflexões sobre a prática de enfermeiras e equipe da atenção básica para avançar nas estratégias de melhoria da adesão das mulheres.

Esse fato é relevante, tendo em vista que a participação em atividades educativas é um importante indicador no processo de atenção pré-natal, a baixa participação pode estar indicando inadequações da assistência e no acolhimento das gestantes (COSTA et al, 2013; mas nesse estudo mostrou-se inadequado.

Na experiência desenvolvida no atendimento pré-natal como estagiária na Atenção primária em saúde, observa-se que é recorrente a inserção da gestante seguindo concomitantemente o pré-natal em unidades básicas de saúde e atenção particular, corroborando com a referência de uma das enfermeiras, quando diz a gestante falta a consulta do atendimento da USF em detrimento da consulta particular, o que pode significar também inadequações na qualidade da assistência na Atenção Primária em Saúde, onde as usuárias buscam apoio em outros serviços e profissionais, sobretudo para as gestantes com risco, incluindo o diabetes gestacional.

Apesar de recorrente a percepção da baixa adesão das gestantes, algumas enfermeiras referem boa adesão em todas as atividades programadas. Nesse caso, o perfil socioeconômico das gestantes e algumas estratégias utilizadas pelas enfermeiras são fatores contribuidores. Alguns fatores citados são: seleção de temas de atividades focada nas necessidades, interesses e idades das gestantes, contato telefônico com as gestantes usuárias do serviço, a busca ativa através de Agentes Comunitários de Saúde, a orientação sobre o direito das gestantes trabalhadoras quanto ao recebimento de atestado comparecimento ao serviço, sendo a atividade educativa parte das atividades do pré-natal.

No momento temos 24 gestantes e geralmente nas rodas de conversa a adesão é quase total e quando não é total é porque estão em outras atividades, porque a realidade sócio demográfica daqui do bairro a maioria são beneficiárias do bolsa família e tem baixa renda e muitas estão desempregadas, então é de fácil acesso durante esse horário daqui e por elas saberem que a gente sempre disponibiliza atestado de comparecimento ou atestado médico quando necessário, então elas tem essa adesão porque sabem que tem como cobrir no trabalho com esse atestado e a busca ativa dos ACS também que é o nosso braço direito (E4).

[...] costumo utilizar as dúvidas que elas mais têm nas consultas para fazer de tema (E6).

[...] o contato via celular é importante para a comunicação entre a enfermeira e a

gestante, elas tem confiança e isso reforça o vínculo da profissional com elas [...] (E7).

Observa-se que a busca por estratégias para melhorar a adesão traz sempre melhores resultados, nesse aspecto o engajamento da enfermeira em particular e de toda equipe é fundamental. O planejamento e a gestão do cuidado favorecem ações mais prósperas, onde a partir de problemas existentes possam ser esboçadas e executadas novas estratégias (PALHONI, 2017), Nesse sentido, revelou-se fundamental estratégias comunicacionais e as buscas ativas para favorecer a adesão das mulheres no cuidado, assim como o trabalho em equipe quando a interlocução com os Agentes Comunitários de Saúde favorece a maximização de resultados.

. A preocupação a enfermeira em selecionar o tema da atividade educativa de acordo com a idade e temas de interesse das gestantes durante as rodas de conversa corrobora com as idéias de Dierks e Pekelman (2007), ao referir que o perfil dos usuários deve ser considerado como determinante da estratégia pedagógica, a qual deve considerar as características socioeconômicas da população, suas limitações físicas entre outros.

Contudo, essa preocupação obteve-se em fala isolada de uma enfermeira, não sendo percebida nas demais participantes. Nesse sentido, observa-se que a queixa das enfermeiras sobre a baixa participação das gestantes relacionadas com o trabalho ou estar ocupada com outros filhos nem sempre são elementos considerados nas estratégias pedagógicas na organização das ações educativas. A oferta de atestado de comparecimento para favorecer a participação nos casos das gestantes trabalhadoras também nem sempre é efetiva.

No contexto da participação das gestantes, as enfermeiras retratam a troca de experiência nas atividades educativas como um aspecto positivo e demonstram satisfação quando estas resultam numa atividade exitosa, como podemos conferir nos trechos falados a seguir:

[...] A gente passa a conhecer um pouco mais delas. Na nossa equipe ninguém é mãe ainda, então pra gente também é legal escutar [...] (E1).

A atividade em saúde e os cuidados de forma geral, para além de repercutir em empoderamento das gestantes no cuidado à saúde, traz repercussão positiva também na vida da enfermeira. A troca de experiência caracteriza aprendizagem de todos envolvidos.

Esse aspecto caracteriza o formato de educação em saúde chamado “educação dialógica ou radical”, por caracterizar-se pelo diálogo bidirecional entre as duas partes envolvidas no processo educativo, profissional de saúde e comunidade (ALVES, 2005).

Na observação das unidades de saúde pesquisadas, observou-se que os espaços físicos, onde é referido ocorrer atividades educativas, não são adequados, apesar de em algumas unidades haver espaços interessantes e amplos. Conforme aponta o manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, uma sala específica de reuniões é o espaço destinado para a ocorrência de atividades educativas em grupo, a qual permite o acesso de forma que os usuários não necessitem transitar nas demais dependências. Além disso, deveria estar prevista com espaço para instalação de materiais como quadros, cadeiras em número compatível com o número de participantes de atividades educativas, no caso de UBS pequenas, a sala de espera pode estar equipada com esses materiais para ocorrência de atividades após horário de expediente (BRASIL, 2008).

Entende-se que o uso de sala de espera é previsto, contudo, vê-se que em horários comuns e em espaços abertos, a participação das usuárias nas atividades educativas pode estar prejudicada pela circulação de pessoas e falta de privacidade para muitas informações/discussões, o que pode ainda prejudicar a adesão das gestantes.

4.2.3 Percepção das enfermeiras sobre o processo de autocuidado das gestantes com diabetes mellitus gestacional ou com risco para o problema.

No que tange as considerações das enfermeiras sobre o autocuidado das gestantes com risco para ou com diabetes gestacional propriamente dito, observa-se que a maioria delas refere dificuldades das gestantes para o estabelecimento do autocuidado. Contudo, há referências de boa adesão ao autocuidado e quando ocorre se relaciona com o medo das mulheres pela iminência de maior gravidade.

As dificuldades são referentes às mudanças de hábitos alimentares, sobretudo alimentares, sendo mencionadas principalmente as gestantes mais jovens. Por outro lado, observa-se que tratamento medicamentoso tem maior aceitação entre as gestantes. A fala da enfermeira E1 denota a culpabilização das gestantes por não aceitar orientações recomendadas, em detrimento das falas das enfermeiras E2 e E6 que reconhecem fatores implícitos nesse processo de cuidado à saúde como condições socioeconômicas e a complexidade da mudança de hábitos de vida, sendo necessário mais ações profissionais para vencer o desafio da transformação social.

[...] elas não levam a sério, a maior parte, principalmente as mais jovens,

comem alimentos que poderiam evitar nesse período, baixo consumo de água [...] “Elas deixam de lado as orientações passadas nas consultas sobre o autocuidado.” [E1]

“Não é de aceitação fácil, a gestante que tem diabetes ou desenvolve a diabetes gestacional, ela não aceita com facilidade, a gente tem que ter muita conversa e orientação o tempo todo, para que ela possa além de usar a medicação corretamente, fazer uso dos alimentos conforme possa fazer essa prevenção, mas não é uma aceitação fácil...” [E2]

“elas tem muito problema com o cuidado da alimentação, porque na maioria das vezes elas não têm condições de está comprando alimentos que relativamente se a gente colocar na ponta do lápis vai sair mais barato do que comprar todos os dias um saco de pão, mas elas acham que trocar o pão por um aipim/inhame/cuscuz sai mais caro que o pão, mas eu observo também que foge da praticidade delas. Com relação ao tratamento medicamentoso elas seguem corretamente. Uma boa parte das gestantes estão acima do peso e sem o cuidado alimentar após a gestação.” [E6]

O cuidar é algo que está intrínseco no processo de evolução e vivência do ser humano, sendo o cuidado considerado um objeto de trabalho da enfermagem que tem um papel fundamental na promoção da saúde dos seus pacientes. (Oliveira RKM et al, 2015)

(Orem, 2001) Reflete acerca da necessidade que os indivíduos têm do cuidado da enfermagem e como eles podem ser ajudados pela mesma.

As mudanças socioeconômicas e demográficas foram grandes no Brasil nos últimos anos, o que reflete nos hábitos alimentares. Alguns fatores influenciam na mudança dos hábitos alimentares e de vida e uma delas é a modificação do papel da mulher na sociedade, onde a mulher deixa os seus afazeres domésticos para ocupar o espaço no mercado de trabalho, essa saída da mulher do ambiente doméstico pode provocar uma desorganização na rotina alimentar, através da redução de tempo para preparar os alimentos e também para se alimentar, causando assim a escolha de alimentos que tenham um preparo mais rápido e não tão saudável assim.

Com a rotina cada vez mais corrida, os hábitos alimentares têm sido modificados e o consumo de produtos processados tem sido cada vez maior. Aumenta-se o consumo de alimentos rico em sódio, açúcares e se diminui a prática de atividade física, em decorrência disso o aumento no número de pessoas com sobrepeso e obesidade.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela através da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 que apenas 37,3 % de toda população brasileira ingere a quantidade de verduras, legumes e frutas recomendada pela OMS, que preconiza o consumo diário de pelo menos 400 gramas, equivalente ao consumo de cinco

porções diárias desses alimentos. Esse estudo também mostrou que quanto maior a idade e a escolaridade esse consumo tende a aumentar. O percentual de pessoas que fazem um consumo de carne ou frango com excesso de gordura foi 37,2% e a quantidade de pessoas que fazem consumo regular de refrigerante ou sucos artificiais em pelo menos cinco dias da semana chegou a 23,4%. (BRASIL, 2014).

Esse mesmo estudo traz também dados sobre a prática de atividade física dos brasileiros acima de 18 anos e revela que 46,0% estão classificados como insuficientemente ativos, ou seja, praticam menos de 150 minutos de atividade física na semana.

Em consonância com os dados supracitados e a falas de algumas enfermeiras entrevistadas, podemos perceber que a ausência de autocuidado com a alimentação e a não realização de atividade física é um desafio para o cuidado em saúde, portanto ratificamos assim a importância da educação em saúde não apenas no pré-natal e sim no âmbito da saúde como um todo.

Ao perceber o olhar das enfermeiras sobre a dificuldade das gestantes no que tange ao autocuidado e na participação nas atividades educativas, percebe-se que há necessidade de melhorar as abordagens pedagógicas para uma melhor adesão das mulheres. Concorda-se com Botelho et al (2016) quando aborda que é importante a reflexão sobre o que os profissionais compreendem das tecnologias de educação em saúde, tal como a oficina e roda de conversa, visto que muitas vezes não há referência à reflexão, problematização e transformação como elementos do processo educativo.

A culpabilização da mulher em não aceitar orientações traz a reflexão sobre o isentar o profissional quanto a responsabilidade sobre as condições de saúde da população ao individualizar o processo de adoecimento (5).. Contudo, como nos aponta Maciel (2009, p. 774.):

“Essa visão culpabilizadora do indivíduo/vítima começou a ser superada somente a partir de mudanças ocorridas nas práticas e conceitos de saúde. Com essas alterações, a saúde passou a ser entendida como resultante das condições de vida da população, influenciadas por fatores de cunho socioeconômicos.”

Como podemos observar algumas enfermeiras trazem nos seus relatos a displicência de algumas gestantes com relação ao autocuidado, porém essa realidade muda quando as gestantes percebem os riscos e a iminência de complicações, caso ela venha a não realizar o tratamento ou realize-o de forma inadequada.

“... quando a gente sinaliza que tem um bebê que está correndo riscos devido essa doença elas têm mais esse cuidado porque sinaliza a questão do autocuidado e a preocupação de fato com a doença naquele momento “. [E2]

“Elas se preocupam quando falamos sobre os fatores de alto risco, porque as vezes você pega até um açúcar de 90 que não é, mas a gente aconselha que elas precisam baixar esse açúcar, aí se houver necessidade a gente já pede o teste de tolerância, mas aí é tranquilo, elas já começam a falar que estão fazendo dieta. [E5]”

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) está associado a um risco maior de complicações tanto fetais quanto neonatais. Das quais complicações as principais são: macrossomia, hipoglicemia neonatal, deficiência de ferro, alterações cardíacas, anormalidades neurológicas, dentre muitas outras. (SDB, 2016).

Logo, podemos perceber um déficit nessa troca de conhecimento e podemos sugerir a orientação sobre essas possíveis complicações, não apenas para as gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional, e sim para todas as gestantes que realizam o programa de pré-natal, já que o diabetes pode ser adquirido em qualquer período da gestação.

De acordo com (Silva et al., 1989) O processo de aprendizado será eficaz, se o individuo que está passando esse conhecimento criar uma ponte entre o que o individuo já conhece e já vivencio e o que ele precisa saber, ou seja, partir da contextualização do individuo. O empoderamento da mulher a partir do conhecimento gera transformação nos hábitos de vida.

A percepção da ocorrência do autocuidado é referida por algumas enfermeiras:

[...] algumas fazem caminhada ,outras fazem uma dieta balanceada, eu peço para comerem frutas e verduras e ela vão se adequando, algumas que ficam acima do peso... A gente sempre investiga a alimentação e aconselha para que elas sigam de uma forma mais saudável. Elas se cuidam muito, algumas por estética e outras realmente por saúde.” [E3]

A única gestante que lhe falei que tem diagnóstico ela tem total noção e lhe explica facilmente o que é diabetes gestacional, tem total cuidado em relação à aplicação da insulina, tanto ela faz a aplicação, quando o marido também faz, ela faz uso da insulina seis vezes ao dia e fala mesmo sobre o rodízio, sobre a forma correta de aplicar, sobre assepsia, sobre a dose da unidade então ela está toda orientada e tem noção do seu acompanhamento e frequenta aqui, faz acompanhamento quinzenal aqui na unidade, pois já está no final da gestação e está sempre assídua nas consultas, no pré-natal de alto risco, agora no hospital da criança, ela tem total noção do seu diagnóstico e zela pelo seu autocuidado, sempre acompanhando peso, medida.” [E4]

As falas dessas enfermeiras revelam que apesar das dificuldades vividas pelas gestantes para o autocuidado perante os riscos gestacionais, existe uma eficácia da educação em saúde, não apenas as que são realizadas em coletivo, mas também as de forma individual.

O que é alarmante é que apenas duas das sete participantes trazem em suas falas a

existência do autocuidado das gestantes. Essa questão nos remete novamente a reflexão sobre as formas e abordagens da educação em saúde que precisam ser mais ainda qualificadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração que o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é a patologia de origem metabólica mais comum apresentada na gestação e também o aumento da sua incidência no Brasil, viu-se a relevância de pesquisar e se apropriar das possíveis estratégias utilizadas por enfermeiras (os) com relação ao empoderamento para o autocuidado a nível tanto da prevenção de novos casos, quanto o aparecimento de complicações do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

A partir da análise dos resultados, percebemos que as enfermeiras utilizam os mais variados tipos de práticas de cuidados para a prevenção do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), tais como avaliação dos fatores de riscos e hábitos de vida, a educação em saúde, o cuidado compartilhado com outros profissionais e a avaliação contínua dos riscos durante a gestação, dos fatores citados anteriormente o que ficou mais explícito nas falas das enfermeiras foi à prática de educação em saúde como um aliado para essa prevenção.

Ao analisar os resultados podemos observar que as rodas de conversa, grupos de gestante e salas de espera são os instrumentos metodológicos mais utilizados com relação às práticas de educação em saúde, apesar de todas as entrevistadas trazerem em suas falas a ocorrência dessas práticas, nota-se também uma fragilidade quanto à participação efetiva das gestantes, principalmente por questões socioeconômicas.

Nesse sentido, urge o planejamento de estratégias que favoreçam a adesão das gestantes as atividades planejadas, junto a isso, há a necessidade de implementação de educação permanente voltada para o fortalecimento das consultas de pré-natal, sobretudo para qualificar as abordagens dos riscos gestacionais, evitando complicações para as gestantes e à morbimortalidade materna.

Logo, sugere-se de estratégias a formação de grupos relacionados com os contextos de vida das gestantes. O planejamento de horários para as atividades precisam ser reorganizados pensando nas gestantes trabalhadoras, contudo divididos por gestantes que possuam rotinas semelhantes, de forma que conseguissem entrar em consenso de um horário melhor para uma quantidade maior de gestantes, como exemplo: formar um grupo de gestantes que trabalham em horário comercial, outro de gestantes que não trabalham, outro de gestantes que têm outros filhos, outra estratégia também seria a participação efetiva delas, deixar mais de lado os modelos em forma de palestras, ou se possível envolva-las na execução dessas palestras e assim aproximando mais as gestantes para essas reuniões.

O presente trabalho visa colaborar para o campo da enfermagem, de forma positiva, mostrando a realidade vivida por algumas enfermeiras no exercício de sua profissão enquanto gestoras e assistencialistas e estratégias para prevenção a saúde adotada pelas mesmas.

Esse estudo limita-se por não ter ocorrido observação mais sistemática do cuidado realizado pelas enfermeiras, além de não trazer a abordagem da visão de cuidado também das gestantes, sendo aporte para novas contribuições.

Contudo, o estudo colaborou para a minha formação de forma que pude conhecer de perto diferentes rotinas de trabalho, diversas estratégias utilizadas pelas enfermeiras a fim de obter os mesmos resultados, e a aguçar o meu senso crítico com relação à sempre estar buscando conhecimento científico e estratégias de melhorias no processo de cuidar em enfermagem.

REFERÊNCIAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. Diabetes and pregnancy (No. 200, December 1994 replaces No. 92, May 1986). **Tech Bull.** 1994;200.

ARAUJO, Márcio Flávio Moura et al . Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Rev. bras. enferm., Brasília** , v. 66, n. 2, p. 222-227, Apr. 2013 Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:02 Fev. 2019

BOTELHO, Fernanda Cangussu et al . Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1889-1898, June 2016 . Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601889&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2019.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. **Lisboa**: Edições 70, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / **Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde**, 2016. 230 p

CARDOSO, R.R. Diabetes Mellitus. **Educação Física e Ciências do Desporto –PUC-RS**, 2011. Disponível em; <http://www.qualifique.com/artigos/DiabetesMellitus_RicardoCardoso.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CHAVEZ-COURTOIS, Mayra et al . Experiencia y percepciones de la diabetes gestacional y su automanejo en un grupo de mujeres multíparas con sobrepeso. **Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro** , v. 19, n. 6, p. 1643-1652, jun. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601643&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº. 544/2017**. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html. Acesso em 26 julho 2018.

COSTA, Christina Souto Cavalcanti et al. Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 15, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>>. Acesso em 20 fev 2019.

COSTA, Fabiana Amâncio; SANTOS, Naira Cristina; Mendonça Brenda de O. M. Consequências da diabetes gestacional no binômio mãe-filho. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 6, nº 1, 2013, p (1-11), 2013. Disponível em: <http://www.fmb.edu.br/revistaFmb/index.php/fmb/article/viewFile/97/92>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CRUZ DAS ALMAS. **Plano de governo 2017-2020**. Disponível em: http://divulgacandcontas.tse.jus.br/dados/2016/BA/34959/2/50000002699/proposta_governo1470336586726.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

Dierks MS, Pekelman R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde Brasília: MS*; 2007. p. 75-86

FAEDA, Alessandra; LEON, Cassandra Genoveva Rosales Martins Ponce de. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.6, pp.818-821. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600019>. Acesso em: 16 julho 2018.

GALVÃO MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **REME - Rev Min Enferm.** 2013. Acesso em: 30/03/17. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>

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

GIACOPINI S. M., Oliveira D. V., Araújo A. P. S.; **Benefícios e Recomendações da Prática de Exercícios Físicos na Gestação, 2015.**

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade, São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio-ago. 2004. Disponível em: <[HTTP://www.amrigs.com.br/revista/49-03/ao02.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/49-03/ao02.pdf)>. Acesso em 03 ago. 2018.

GOMES, Antônio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de; SA, Celso Pereira de. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicol. teor. prat., São Paulo**, v. 9, n. 2, p. 109-125, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2018.

Gunderson EP, Hurston SR, Ning X, Lo JC, CritesY, Walton D, et al. Lactation and progression to type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes mellitus: a prospective cohort study. **Ann Intern Med.** 2015;163(12):889-98. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n2/v32n2a11.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2019.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. Manual de pesquisa qualitativa. **Belo Horizonte: grupo alma educativa, 2014.** Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/alma_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Bahia. Cruz das Almas. Informações completas. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=290980&search=bahia|cruz-das-almas|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 10 ago. 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOUZADA, Maria Laura da Costa et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 49, 38, 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2018.

KIEFER, E; WILLIS, SK; ARELLANO, N; GUZMAN, R. Perspectivas de mulheres grávidas e pós-parto Latino sobre a diabetes, a actividade física e de saúde. **HEB 2002**; 29 (5): 542-556.

MACIEL I.C.F.; ARAÚJO T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n. 11, p.207-14. março/abril, 2003 .

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare enfermagem**. V. 14, n. 4, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, et. al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. **31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.**

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. **Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 56 p.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MOREIRA, Daniel Augusto. O método fenomenológico na pesquisa. **São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.**

NETTO, E. S. Atividade Física para Diabéticos. **Rio de Janeiro: Sprint, 2000.**

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. bras. enferm., Brasília** , v. 57, n. 6, p. 761-763, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2018.

OREM, D. E. Nursing: concepts of practice. **5. Ed. St. Louis: Mosby; 1995. 478p.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília, DF: OMS; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.

O'Sullivan JB, Mahan CM. Criteria for the Oral Glucose Tolerance Test in Pregnancy. **Diabetes. 1964;13:278-85.**

PALHONI, Amanda Rodrigues Garcia et al. Adesão de gestantes a atividade educativa em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte MG. **Enfermagem revista**. Minas Gerais. V.20, n. 01, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/15415>. Acesso em: 20 fev 2019.

PORTO, G. B. Do corredor ao consultório: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) – **Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.**

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2014.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes; **Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio.** – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SCHMALFUSS, M. J. et al. **Rev. enferm UERJ, Rio de Janeiro**, 2015 jan/fev; 23(1):39-44. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129946>> . Acesso em: 17 Fev. 2019.

SCHNEIDER, Bruna Celestino; DURO, Suelle Manjourany Silva; ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso. Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3583-3592, Aug. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803583&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SILVA, Andréa Lorena Santos et al. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 30, n. 1, mar. 2015. ISSN1561-2961. Disponível em <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>>. Fecha de acceso: 21 feb. 2019.

SILVA, Elisa Alves Fonseca e. Vivências de um grupo de gestantes hospitalizadas após o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. **Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Ciências de Educação e Saúde- FACES Curso de Psicologia. Brasília**, 2013.

TAYLOR, Susan G. Dorothea E. Orem: Teoria do déficit do autocuidado de enfermagem. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem. **Loures: Lusociência**, 2002.

TOSSIN, Brenda Ritielli; SOUTO, Valquíria Toledo; TERRA, Marlene Gomes; SIQUEIRA, Daiana Foggiato; MELLO, Amanda de Lemos Mello; SILVA, Adão Ademir. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Rev Min Enferm.** 2016; 20:e940. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1074>. Acesso em: 22 jul. 2018.

VALLADARES, Licia. Os Dez Mandamentos da Observação Participante. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v 22, n° 63,2007.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAIDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. Texto contexto - **Enferm.** 2009, v.18, n.1, pp.124-130. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2018.

ZANETTI, Maria Lucia et al . Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo** , v. 49, n. 4, p. 0619-0625, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400619&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –
TCLE (para profissionais)**

Você está sendo convidada (o) para participar de uma pesquisa com título **“Autocuidado gestacional: Contribuições da (o) Enfermeira (o) para o emponderamento das Gestantes na prevenção da diabetes gestacional”**. A realização dessa pesquisa se deve ao fato da Diabetes Melitus Gestacional (DMG) ser uma das principais condições crônicas que afetam as gestantes, merecendo destaque frente à elevada prevalência, mortalidade e grau de comprometimento de suas complicações, além disso, o conhecimento sobre o DMG é fundamental para a manutenção da qualidade de vida das pessoas acometidas, pois permite maior envolvimento no seu tratamento e prevenção, por meio de ações de autocuidado. Esta pesquisa tem como objetivo geral: descrever experiências de cuidado de enfermeiras (os) e de mulheres sobre o empoderamento para prevenção e enfrentamento da diabetes gestacional, suas complicações e para o aleitamento materno. Os possíveis benefícios desta pesquisa são proporcionar subsídios para profissionais, gestantes e para a enfermagem informações para a melhoria do cuidado. Para ter essas informações vamos realizar entrevistas com você e outras enfermeiras (os); também vamos conversar com as mulheres e vamos ficar um pouco nas Unidades de Saúde da Família para conhecer as rotinas, práticas e registros desenvolvidos pelas enfermeiras (os) na perspectiva de favorecer o autocuidado para prevenção da diabetes gestacional. Essas entrevistas serão realizadas em sua casa, na unidade de saúde, ou local que seja bom para você e a pesquisadora, você poderá escolher este local. O horário será combinado, vamos conversar sobre características pessoais, praticas de acolhimento e classificação de risco das gestantes; práticas educativas no pré-natal; estratégias de captação das gestantes para participação nas atividades; cuidados com as gestantes com diabetes gestacional. As entrevistas serão gravadas em celular e/ou aparelho MP3, caso haja sua autorização. A gravação das entrevistas será guardada por um período de cinco anos na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em arquivos da pesquisadora responsável. Sua participação na pesquisa será de forma voluntária, após a assinatura deste Termo, que ficará uma cópia com você e outra com a pesquisadora. Esta pesquisa não trará para você gastos nem ganhos financeiros. Informamos que durante a entrevista e a conversa sobre estes temas

poderão ocorrer possíveis desconfortos, constrangimento, angústia ou ansiedade por levar a lembranças do passado e do próprio presente relacionados com a sua experiência sobre o assunto falado ou por outros fatores. Caso isso aconteça, poderemos parar a entrevista e logo será providenciado cuidados para você pela pesquisadora. Entretanto, a entrevista será realizada no momento mais tranquilo, de acordo com a sua escolha, que permita a entrevista sem barulhos e sem sua exposição. Informo que tudo aquilo que você falar na entrevista será mantido em sigilo e seu nome ou identificação não serão expostos no relatório final dessa pesquisa nem nas apresentações desses resultados que poderão ser feitas. Somente as pesquisadoras terão estas informações. Caso haja algum incômodo, ou mesmo não ocorrendo, você tem o direito de se recusar de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem sofrer qualquer prejuízo. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em eventos e revistas, apenas com a finalidade científica. Você terá acesso ao resultado dessa pesquisa através do relatório final que será enviado para a Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas, após sua conclusão. Você tem o direito de tirar qualquer dúvida e também de ter informações sobre esta pesquisa, entrando em contato com as responsáveis pelo telefone: (75) 3632-4629, por email: amaliasacramento@ufrb.edu.br e larissapitta1@gmail.com; ou no endereço de trabalho da pesquisadora orientadora responsável: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Avenida Carlos Amaral, n 1015 - Bairro Cajueiro, Santo Antônio de Jesus – Bahia . CEP: 44.574-490. O projeto dessa pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Educacional Maria Milza – Faculdade Maria Milza, localizado na BR 101, Governador Mangabeira, Bahia. CEP 44 350-000.

Larissa Moreira Pitta

Amália Nascimento do Sacramento Santos

(pesquisadora responsável)

(pesquisadora

responsável/orientadora)

2019.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à minha participação na pesquisa intitulada “**Autocuidado gestacional: Contribuições da (o) Enfermeira (o) para o empoderamento das gestantes na prevenção da diabetes gestacional**”, de responsabilidade da professora Amália Nascimento do Sacramento Santos, que trabalha no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Entendi que não terei gastos e nem receberei benefícios financeiros. Concordo em participar, de forma voluntária, tendo direito de saber os resultados desta pesquisa, que serão encaminhados através de relatório à Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas, Bahia, quando for concluída. Posso desistir de participar em qualquer momento, retirando a minha autorização, sem penalidades ou prejuízo conforme está na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que informa sobre os meus direitos como participante de pesquisa.

Assinatura da (o) entrevistada (o).

Cruz das Almas, Ba de _____ de _____.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

APÊNDICE B. Formulário de Entrevista. (profissionais)

Projeto: Autocuidado gestacional: Contribuições da (o) Enfermeira (o) para o emponderamento das Gestantes na prevenção da diabetes gestacional

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1.1 Iniciais do nome e nome fictício:

1.2 Sexo:

1.3 Idade: em anos

1.4 Religião: evangélica, católica, espírita, matriz africana (especificar), nenhuma, o
outras;

1.5 Raça/Cor: auto declarada; branca, preta, parda, amarela e indígena;

1.6 Cursos de formação (graduação):

1.7 Tempo decorrido desde o fim da formação em enfermagem:

1.8 Pós Graduação: (sim ou Não). Especificar _____

1.9 Tempo decorrido desde o fim da formação pós graduação:

1.10 quanto tempo trabalha em USF:

1.11 Vínculo de trabalho (concursada, contratada, outros – especificar);

1.12 Conjugalidade: casada, união estável, sem união sexual, outras;

1.13 Renda pessoal (em salários mínimos):

1.14 Renda familiar (em salários mínimos):

1.15 Configuração familiar (com quem mora)

2. PERGUNTAS NORTEADORAS

2.1 Fale-me sobre a prática para a prevenção e para o cuidado da gestante com diabetes gestacional.

2.2 Fale-me como é realizado o acolhimento e classificação das gestantes com risco ou diagnóstico de diabetes gestacional.

2.3 Fale-me sobre a participação das gestantes nas atividades de educação em saúde (estratégias da unidade, interesse e participação das gestantes).

2.4 Fale-me como você observa, como você vê o autocuidado das gestantes para prevenção, controle e/ou tratamento do diabetes gestacional nesta unidade.

2.5 Como têm sido o cuidado e incentivo ao aleitamento materno para essas mulheres?

