

FLÁVIA FERREIRA PETRUCELI LACERDA

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS
GESTANTES PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS**

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS
2010

FLÁVIA FERREIRA PETRUCELI LACERDA

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Kleyde Ventura de Souza

FLÁVIA FERREIRA PETRUCELI LACERDA

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES PORTADORAS DE DIABETES MELLITUS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Kleyde Ventura de Souza

Banca Examinadora

Prof. XXXX _____ (instituição)
Prof. XXXX _____ (instituição)
Prof. XXXX _____ (instituição)

Aprovada em Governador Valadares ____/____/____

RESUMO

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma patologia que se define por intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade que pode variar, com início ou diagnóstico durante a gestação. No Brasil, estima-se prevalência de 2,4% a 7,2%, dependendo do critério utilizado para o diagnóstico. Diante disso, o objetivo deste estudo trata-se de verificar como se dá a assistência de enfermagem às gestantes com diabetes mellitus – Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Realizou-se uma revisão do tipo narrativa, com o propósito de sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões. Como resultado constatou-se que a gestante portadora de DMG deve ter acompanhamento realizado pelo obstetra e pelo enfermeiro, contudo por este último à assistência deve ser prestada de maneira mais rigorosa, pois é considerada uma gestação de alto risco. Assim, acredita-se que a gravidez para algumas pacientes possa trazer complicações para a sua saúde e para o feto, sendo necessária uma intervenção de enfermagem eficaz para o retorno dessa gestante ao seu meio social em boas condições físicas e psicológicas. Verificou-se que a prevenção, por meio do pré-natal, do DMG é o melhor caminho a ser seguido por uma gestante, pois favorece ao setor de saúde pública, relacionado gasto/benefício e a própria saúde da mulher e do feto, pois reduz o índice de mortalidade e risco de seqüelas no bebê.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Enfermagem. Diabetes Mellitus Gestacional.

ABSTRACT

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is a disease, defined as carbohydrate intolerance resulting in hyperglycemia, which may vary in severity, with onset or diagnosis during pregnancy. In Brazil, an estimated prevalence of 2.4% to 7.2% depending on the criteria used for diagnosis. Therefore, the objective of this study is to check how is the nursing care for pregnant women with diabetes mellitus - Gestational Diabetes Mellitus (GDM). The method used was a literature review, through narrative inquiry, which allows to summarize the research already completed, and draw conclusions from a topic of interest. As a result it was found that the pregnant patient with GDM should have monitoring performed by the obstetrician and the nurse, but by that assistance should be provided in a more rigorous because it is considered a high-risk pregnancy. Thus, it is believed that the pregnancy for some patients can cause complications to your health and the fetus, requiring an effective nursing intervention for pregnant women to return to their social environment in good physical and psychological conditions. It was found that prevention through prenatal care, the DMG is the best path to be followed by a pregnant woman, it favors the public health sector, related expense / benefit and the very health of the woman and fetus, as it reduces the mortality rate and risk of sequelae in infants.

Keywords: Women's Health. Nursing. Gestational Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	.....
1.1 Objetivos	.....
1.1.1 Objetivo Geral	.....
1.1.2 Objetivos Específicos	.....
2 DESENVOLVIMENTO	.....
2.1 Metodologia	.....
2.2 Revisão de Literatura	.....
2.2.1 O DMG	.....
2.2.2 Principais complicações do DMG	.....
2.2.3 Intervenções de enfermagem no DMG	.....
2.2.4 Acompanhamento Pré-Natal	.....
2.2.5 Abordagem e adesão familiar	.....
2.3 Resultados	.....
3 CONCLUSÃO	.....
REFERÊNCIAS	.....

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma patologia que se define por intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade que pode variar, com início ou diagnóstico durante a gestação.

Sua fisiopatologia é definida pela deficiência dos receptores de insulina. Isso pode ocorrer pelo estresse fisiológico e obesidade na gravidez.

Diante disso, a gestante deve fazer a dosagem de glicose placentária e verificar a quantidade de hormônio lactogênico placentário, ou até mesmo, cortisol, progesterona, prolactina e estrogênio(SILVA, *et al.*, 2003)..

Segundo Costa *et al.* (2002) foi verificado que no Brasil há prevalência de 2,4% a 7,2% de casos na população.

Diante disso, o setor de saúde brasileiro tem uma preocupação geral durante período gestacional com a saúde materna e fetal por todas as pessoas envolvidas direta ou indiretamente (MONTENEGRO, REZENDE FILHO, 2001).

De acordo com Montenegro e Rezende Filho (2001), a DMG traz gravez problemas ao feto, sendo eles: má formação, problemas respiratórios, recém-nascido pré-termo ou levar o bebê à morte.

Diante dessa problemática, viu-se que a equipe de enfermagem, junto ao setor de saúde, devem estar atentos para que o processo de sistematização do cuidado, tendo em vista o limite de recursos, para a melhor e maior assistência de qualidade nesses casos. (DUGAS, 1998).

Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observou-se que a mortalidade por hipertensão, hemorragias, infecção, diabetes mellitus na gravidez, é muito presente, mesmo sendo de fácil controle, através de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério (THEME-FILHA, SILVA, NORONHA, 1999).

Este estudo tem relevância acadêmica por constatar-se ser de suma importância para o enfermeiro conhecer os fatores complicadores da DMG e o seu tratamento, tendo em vista que este profissional tem a possibilidade de atuar nas intercorrências originadas dessa patologia, proporcionando um tratamento adequado

e humanizado à gestante, por meio de ações específicas e orientando a sua equipe de trabalho.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Verificar como se dá a assistência de enfermagem às gestantes com diabetes mellitus – Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

1.1.2 Objetivos específicos

- Verificar os riscos associados ao diabetes mellitus gestacional;
- Identificar os fatores que desencadeiam o diabetes mellitus durante a gestação;
- Verificar o índice de incidência da patologia nas gestantes;
- Analisar os sintomas da doença, acerca das suas causas e conseqüências na Saúde da Mulher.
- Divulgar os meios de prevenção para essa patologia através do papel da enfermagem;
- Verificar as formas de tratamento e a resolubilidade desses tratamentos da doença;

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

Para a realização deste trabalho que visa identificar as questões de saúde relacionadas às gestantes portadoras de diabetes mellitus e, principalmente,

conhecer como se dá a assistência de enfermagem nessa situação, utilizou-se o método da revisão de literatura, por meio da investigação narrativa, que possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse. (SILVEIRA, ZAGO, 2006) O levantamento bibliográfico foi realizado pela Internet, nos seguintes bancos de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e BDEF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil), a partir das seguintes palavras-chave: Saúde da Mulher, Enfermagem e Diabetes Mellitus Gestacional. Essas palavras-chave foram pesquisadas no DECs e relacionadas da seguinte forma: enfermagem and saúde da mulher; enfermagem and diabetes gestacional and assistência a diabetes gestacional. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos publicados em periódicos nacionais; artigos que abordem o tema diabetes gestacional, dentro de todas as áreas de interesse da enfermagem; periódicos indexados nos bancos de dados Lilacs e BDEF; artigos publicados do ano de 1992 ao de 2009. Também fez parte desta amostra o texto do Ministério da Saúde. “Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática”, de 1986, pois trouxe informações relevantes ao estudo. A amostra final foi composta por 22 artigos nacionais.

3. RESULTADOS e DISCUSSÃO

3.1 O DMG: conceito, fisiopatologia e tratamento – breve considerações

A gestação em mulheres diabéticas, essas que apresentam deficiência nos receptores de insulina antes e no momento da gravidez, é uma condição associada a uma maior frequência de complicações, quando comparadas às mulheres que nunca tiveram diabetes. Complicações essas, como foram dito anteriormente, que inclui: má formação fetal, problemas respiratórios, prematuridade ou até mesmo mortalidade pós-parto. (SILVA, *et. al.*, 2003)

Numa gestante portadora de DMG, o feto pode-se desenvolver num ambiente intra-uterino desfavorável, acarretando numa alteração metabólica que contribui para a morbidade perinatal. (SILVA, *et. al.*, 2003)

O diabetes gestacional é definido como uma intolerância de variados graus aos carboidratos, ou seja, nos receptores da insulina, e que pode ser detectada durante a gravidez. (SILVA, *et. al.*, 2003)

Silva et al, (2003), verificou que essa intolerância pode ser normalizada após o parto. Contudo, é relevante ressaltar que, existem mulheres que essa intolerância não diminui e não foi constatada antes da gestação.

O diagnóstico costuma ser feito no final do segundo trimestre ou início do terceiro, quando a resistência à insulina fica grande. A prevalência varia de acordo com a população, com a área geográfica, frequência de rastreamento e critérios utilizados, mas tem sido encontrada entre 1 e 5%. (SILVA, *et al*, 2003)

Esta prevalência, estando relacionada a características geográficas e socioeconômicas, revelou-se maior em mulheres de família com baixa renda e em locais mais precários, pois verifica-se que gestantes que residem em locais mais distantes dos centros de atendimento de saúde não fazem o acompanhamento adequado e não tem renda suficiente para atingir uma nutrição adequada e recomendada. (DODE, SANTOS, 2009)

De acordo com a fisiopatologia da doença, viu-se que vários hormônios são implicados na diminuição da sensibilidade periférica à insulina e na sua produção, e a gestação normal fica caracterizada como um estado de aumento da resistência à insulina. Nas gestantes, o aumento da secreção de insulina é menor, além do pico de resposta dessa à sobrecarga oral com glicose se encontrar retardado. Esses achados combinados sugerem também uma disfunção relativa das células Beta pancreáticas, com uma produção menor de insulina do que a exigida pela gestação. (MONTENEGRO, REZENDE FILHO, 2001)

Preconiza-se para o rastreamento e fatores de risco que, a partir de 24 a 28 semanas, o rastreamento com medida da glicemia de jejum seja universal, aplicando-se a todas as gestantes. Existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento da doença, como idade acima de 25 anos, obesidade na gestação, história familiar de diabetes, história prévia de diabetes gestacional, baixa estatura (menor que 1,51m) e história obstétrica de morte fetal intra-uterina não explicada. (BRASIL, 2000)

Para o diagnóstico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que se utilize na mulher grávida os mesmos procedimentos diagnósticos de diabetes

mellitus que em outras pessoas. Segundo a Associação Americana de Diabetes, se considera que uma gestante tenha diabetes quando a concentração plasmática de glicose seja maior ou igual a 105 mg/dL em duas determinações. Caso o valor encontrado seja menor, se administra uma carga oral de 75 g de glicose, e se confirma o diagnóstico se duas horas após, a glicemia encontrada for de 140 mg/dL ou mais. Em gestantes com valores normais que apresentem fatores de risco, se sugere a repetição dos testes entre 31 e 33 semanas de gestação. (CLAP - OPS/OMS, 2001)

Para o tratamento existem quatro pilares que consistem em educação diabetológica, plano de alimentação, tratamento farmacológico e atividade física. O ideal seria conseguir manter a glicemia de jejum entre 70 e 105 mg/dL, e glicemia duas horas pósprandial entre 90 e 120 mg/dL. (SILVA, *et al.*, 2003)

Todos esses mecanismos de tratamento podem ser orientados pelo enfermeiro a fim de promover na gestante o controle e conhecimento do diabetes mellitus gestacional. Pois é no setor de saúde que a gestante vai ter conhecimento dos medicamentos que devem ser tomados, e o enfermeiro pode atuar, explicando o mecanismo de ação e demais informações a respeito da medicação; orientar a prática de exercício físico, este que favorece a toda fisiologia do corpo, contudo não deve ser praticado em excesso, pois se deve respeitar a tolerância de cada gestante; e o outro fator primordial é a educação alimentar, pois é necessária e complexa. (DODE, SANTOS, 2009)

É comum a decisão de que não se use hipoglicemiantes orais, já que eles atravessam a barreira placentária e podem aumentar o hiperinsulinismo fetal, favorecendo o aparecimento de macrossomia fetal, hipoglicemia neonatal, além de possível teratogenicidade. (SILVA, *et al.*, 2003)

O tratamento com insulinoterapia é realizado de acordo com o percentil da circunferência abdominal do feto, visto por ultrassonografia fetal entre 29 e 33 semanas gestacionais, na ausência de hiperglicemia materna, ou na presença dessa, quando a dieta e exercícios não conseguem reduzir a glicemia. (SILVA, *et al.*, 2003)

O benefício metabólico da atividade física está relacionado com a sua capacidade de reduzir a resistência à insulina. Os mais recomendados são os que ativam a metade superior do corpo, para evitar o desencadeamento de contrações uterinas. (SILVA, *et al.*, 2003)

3.2 Principais complicações do DMG

O diabetes mellitus gestacional quando gera complicações, causa grande impacto em termos de estatística, pois há a probabilidade de 600.00 mulheres que podem morrer por ano devido à essa patologia, cerca de uma morte materna por minuto. Essa é uma estatística mundial, considerando que 99% desses óbitos ocorrem nos países em desenvolvimento. Esses países são responsáveis por 86% dos nascimentos em todo o mundo. (THEME-FILHA, SILVA, NORONHA, 1999)

As mulheres que são portadoras de DMG e não são tratadas desenvolvem risco de rompimento prematuro de membranas, possibilidade do recém nascido pré-termo, macrossomia fetal e ainda pode apresentar pré-eclampsia que outro fator bem complexo. (MONTENEGRO, REZENDE, 2001)

O feto da gestante com DMG também pode apresentar várias complicações, sendo quase todas elas graves, são elas: cardiopatias, problemas respiratórios, icterícia, níveis glicose inadequados (hipoglicemia), baixa concentração de cálcio no sangue e a macrossomia, como foi citada anteriormente. (COSTA, 2002)

Vale ressaltar que, segundo Azevedo (2002), a idade materna avançada também é considerada fator de risco para o desenvolvimento da diabetes mellitus gestacional, independente para o baixo peso ao nascer, trabalho de parto prematuro, placenta prévia e de recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

O DMG tende a desenvolver nas mulheres com idade avançada, considerando mulheres com idade acima de 25 anos, devido à diminuição uterina e diminuição hormonal (AZEVEDO, 2002).

Constatou-se que numa gestação tardia, há uma perspectiva de 40% a 60% de anormalidades cromossômicas, acarretando numa elevação da taxa de mortalidade por abortos. (CECATTI, 1998).

3.3 Intervenções de enfermagem no DMG

O enfermeiro, no exercício da sua profissão, deve zelar pela saúde de todos. Diante disso, esse profissional ao lidar com uma gestante deve estar atento a todos os riscos, aos quais uma gravidez pode estar sujeita.

Desta forma, o enfermeiro deve sempre orientar uma gestante sobre o pré-natal, a fim de promover uma maternidade segura e de caráter preventivo. Vale ressaltar que é importante uma assistência humanizada e sistematizada para que, caso haja alguma intercorrência durante o período gestacional, tudo esteja sob controle e que não coloque a vida de dois seres humanos em risco. (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

Por isso, quando o pré-natal é realizado pelo enfermeiro, numa uma gravidez de risco habitual, almejando a prevenção das doenças gestacionais, no caso aqui em questão a diabetes mellitus, deve atender os seguintes passos: (BRASIL, 2000)

- Sempre apresentar disponibilidade para atendimento a uma gestante.
- O atendimento pré-natal deverá ser realizado por médico ou enfermeiro capacitado, que possam realizar atividades em grupo e façam a recepção e o ingresso da gestante no pré natal.
- Ao fazer o atendimento e agendamento de uma consulta, o enfermeiro, já deve solicitar teste gravidez ou pedido dos exames de rotina. Ainda nesse contexto, o profissional deverá já fazer uma identificação da provável gestante e procurar traçar uma classificação de risco, caso haja confirmação do diagnóstico. Promover adesão ao pré-natal e educação para saúde estimulando o auto cuidado.
- O enfermeiro deve realizar a assistência de pré-natal com consultas intercaladas com o obstetra, respeitando o nível de risco de cada gestante.
- É importante a promoção estratégias de retornos marcados para dia preferencial de pré-natal favorecendo as atividades em grupo prévias realizadas na sala de espera que irá abordar assuntos como: mudanças fisiológicas do corpo, evolução do feto, sexualidade, aspectos emocionais, atividade física, alimentação, auto cuidado e auto estima, direitos trabalhistas, imunização, amamentação, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar e depressão pós parto.

- E por fim, cabe ao profissional agendar uma consulta pós-parto, pois a usuária deverá ser introduzida em outros grupos (planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, atenção ao desnutrido).

O enfermeiro deve estar atento ao preenchimento obrigatório do Cartão de Pré-natal, visando garantir a qualidade das informações a respeito do atendimento à gestante. Fazer referenciamento das gestações de risco para atendimento em níveis de maior complexidade (BRASIL, 2000).

No caso seja diagnosticado o DMG, o enfermeiro deverá atuar junto ao médico, pois será considerada gravidez de alto risco e serão necessários exames de mais complexidade e um acompanhamento mais rigoroso. O enfermeiro terá que trabalhar junto com gestante, além das orientações medicamentosas, a questão do hábito alimentar, a prática de exercício físico de acordo com a tolerância de cada gestante, ou seja, dar uma assistência acerca de ações cotidianas que podem auxiliar na estabilidade da patologia, evitando maiores complicações. (NUNES, DUPA, FERREIRA, 2004).

O enfermeiro deve atuar no cuidado humanizado, implementando condutas que permitam à mulher vivenciar a experiência da gestação como algo natural, como parte do ciclo vital feminino, e procurar estabelecer um ambiente seguro o suficiente para um nascimento saudável da criança. Isso não envolve tecnologias avançadas, mas sim um trabalho durante todo o pré-natal, que permita à gestante chegar ao parto fazendo escolhas conscientes e bem informadas. (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004)

3.4 Acompanhamento Pré-Natal

O pré-natal para o setor de saúde é uma ação que visa a assistência desde à saúde da mulher até à saúde da criança, pois ela vai desde o início da gravidez, na qual verifica-se as alterações emocionais e físicas, que se diferenciam de gestante para gestante. A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados (DUGAS, 1998).

Constatou-se que um pré-natal bem realizado, prepara a gestante para o parto e evita complicações como o DMG. As gestantes adquirem autonomia, confiança e tranquilidade quando o profissional realiza um trabalho bem feito. A assistência na maioria dos casos trata-se de procedimentos simples, o que facilita o atendimento de toda demanda. (DUGAS, 1998).

O acompanhamento pré-natal tem trazido como conseqüências resultados satisfatórios sobre a saúde da mulher e da saúde da criança. Mesmo quando atende-se a demanda, verifica-se que existem ainda localidades de baixa cobertura no país, o que acaba influenciando a questões de baixa qualidade, tornando-se um desafio para o setor de saúde brasileiro. (BRASIL, 2000).

No caso do DMG é importante que se estabeleça e efetive normas de assistência aos profissionais de enfermagem, pois só assim haverá menos impacto epidemiológico desta patologia, devido a diminuição dos casos que afetam a população materno-infantil (DUGAS, 1998).

A assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro é a sistematização de procedimentos clínicos e educativos que visa o acompanhamento do progresso da gravidez e promove a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções junto ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2000)

A Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, explicita que cabe à enfermeira realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, essa sendo integrante da equipe de saúde. Esse profissional pode prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde (SANTOS, *et al.*,2000).

3.5 A ação do Enfermeiro na Diabetes Mellitus Gestacional

A gestante portadora de DMG deve ter acompanhamento realizado pelo obstetra e pelo enfermeiro, contudo por este último à assistência deve ser prestada de maneira mais rigorosa, pois é considerada uma gestação de alto risco. (BRASIL, 2000; SANTOS, *et al.*,2000)

O enfermeiro ao prestar assistência a uma gestante de alto risco, deve ter conhecimento deste fator e saber todas as suas características, pois nessa gestão este profissional pode realizar alguns cuidados, uma vez que esta gravidez é de alto risco e deve ser encaminhada ao obstetra. (SANTOS, 2000)

O enfermeiro deve ter conhecimento sobre o DMG principalmente nas mulheres com idade avançada pelo fato da diminuição uterina e diminuição hormonal, sem perder de vista que nessas gestantes tardias ocorre aumento da taxa de abortamentos e de anormalidades cromossômicas. (AZEVEDO, 2002; SILVA, *et. al.*, 2003; CECATTI, 1998)

Outra informação que também é importante ao enfermeiro é que esta patologia é uma das mais freqüentes em gestantes de alto risco. (MONTENEGRO, REZENDE, 2001)

O enfermeiro ao lidar com as gestantes deve estar sempre se atualizando e se informando de estatísticas e novos conhecimentos científicos acerca do assunto e procurar trabalhar com a educação continuada a fim de promover uma assistência mais completa e que seja finalizada com bons resultados.

Segundo Brasil (1984), o enfermeiro pode atuar na prevenção e acompanhamento do DMG. Essa prevenção começa nos cuidados com a saúde da mulher e busca por diagnósticos precoces. Por isso, quando ocorre o planejamento familiar à mulher já está preparada e apta para começar um pré-natal, provavelmente com nenhum distúrbio fisiológico.

Quando se trabalha com uma assistência integral, acaba por coincidir com o planejamento familiar que orienta toda mulher para a importância da realização do pré-natal, inerente a isso a mulher já começa a tomar consciência das medidas preventivas do DMG através do acompanhamento formal da gestação.

Quando uma gestante que já é portadora do DMG, o enfermeiro deve estabelecer metas sistematizadas para o tratamento, sendo manter os níveis de glicose no sangue dentro dos limites normais, enquanto durar a gestação para assegurar o bem estar do feto. Deverá fazer monitoramento rigoroso da mãe e do feto, pois um monitoramento dos níveis de glicose feito pela gestante permite que a mesma cuide melhor de sua saúde e o monitoramento fetal para se ter acesso ao tamanho do feto e exames de ultra-som para seu bem estar. (BRASIL, 1984)

Verificou-se que quanto mais as mulheres participarem/ fizerem o pré-natal, menos óbito materno e perinatal serão constatados, falando em termos de Brasil.

Mas isso se reflete na qualidade da assistência prestada à gestante, pois essa só adere a tal acompanhamento diante do apropriado serviço saúde prestado, assim como o desempenho dos profissionais (THEME-FILHA, SILVA, NORONHA, 1999).

Com realização do pré-natal, sendo um cuidado que valoriza a individualidade e utiliza de conhecimentos técnico-científicos, o setor de saúde visa atender as reais necessidades da população. (BRASIL, 2000)

O pré-natal é um passo de suma importância para a vida de uma mulher que está prestes a conceber mais um membro para a família. É um caminho tão importante que ele vai além de recursos materiais e cuidados individuais. (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004)

O pré-natal é uma ação de extrema importância importante para uma gestante adquirir confiança e tranqüilidade em todos os assuntos que remetem à sua gravidez. (DUGAS, 1998).

O enfermeiro na realização da assistência do pré-natal a gestante ainda deve estar atento ao envolvimento familiar que envolve: (BORLOT, TRINDADE, 2004)

- Importância do trinômio pai-mãe-filho;
- Importância do pai durante a gestação;
- Importância do vínculo pai e filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- Importância e orientação do planejamento familiar.

O enfermeiro deve ter em mente que a mulher, a gestante faz parte de uma família, e diante disso, ele deve estar atento a todos os membros desta família a fim de promover uma qualidade de vida saudável, não só fisicamente, mas também emocionalmente.

A assistência a gestante com DMG se dá de modo integral, ou seja, a assistência não trata do indivíduo em si, mas sim tudo que está à sua volta. Dessa forma, encontra-se uma assistência mais ampla e complexa que envolve família e principalmente o trinômio pai, mãe e filho. (BORLOT, TRINDADE, 2004)

Dessa forma, o enfermeiro deve promover as orientações às famílias, estas que devem estar voltadas para o planejamento familiar que prioriza a saúde materno-fetal não só em termos físicos, mas também emocionais. (BORLOT, TRINDADE, 2004)

O sistema familiar de saúde está inserido num contexto sócio-cultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais faz trocas, influenciando-os e sendo influenciados por eles. Neste sentido, o conceito de família é tomado como unidade de cuidados de seus membros, cabendo aos profissionais apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la, quando ela se encontrar fragilizada. (NUNES, DUPAS, FERREIRA, 2007 *apud* ELSEN, MARCON, SILVA, 2002)

Nesse contexto, averiguou-se, na nova forma de atuar na saúde com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante. (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004)

Diante disso, foi verificado que faz parte dessa assistência o apoio psicológico que se tornou de extrema relevância para a saúde da mulher, pois além de promover à mulher coragem e auto-estima faz com que ela saiba enfrentar os problemas de saúde e também familiares. (GOMES, 2003)

Por isso, verificou-se que a orientação psicológica à gestante é tão importante quanto o acompanhamento médico pré-natal, pois cada um procura contribuir para a saúde física e mental tanto da mulher, do bebê e da família. (KLAUS, KENNEL, 1992)

Concebe-se que o momento gestacional é o período mais rico e intenso de experiências emocionais para o relacionamento familiar. Criam-se novas atitudes e responsabilidades, e dessa forma, torna-se fundamental o compartilhamento e o esclarecimento das ansiedades e preocupações que envolvem a decisão de se ter um filho, principalmente numa gestação de alto risco. (GOMES, 2003)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as referências estudadas verificou-se que a gravidez para algumas pacientes possa trazer complicações para a sua saúde e para o feto, sendo necessária uma intervenção de enfermagem eficaz para o retorno dessa gestante ao seu meio social em boas condições físicas e psicológicas.

Identificou-se que a prevenção, por meio do pré-natal, do DMG é o melhor caminho a ser seguido por uma gestante, pois favorece ao setor de saúde pública, relacionado gasto/benefício e a própria saúde da mulher e do feto, pois reduz o índice de mortalidade e risco de seqüelas no bebê.

O papel do enfermeiro no pré-natal é de suma importância para o desenvolvimento de uma gestação saudável, pois é um profissional que deverá classificar o grau de risco da gestação, vai procurar tomar condutas preventivas e educativas para evitar o aparecimento de patologias associadas, e vai também promover o tratamento, junto a uma equipe, das doenças já instauradas durante a gravidez, fazendo um trabalho ético, holístico e complexo acerca de orientações essenciais a esta clientela.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, GD, FREITAS JÚNIOR RAO, FREITAS AKMSO, ARAÚJO ACPF, SOARES EMM, MARANHÃO TMO. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** n. 24, p. 181-5, 2002.

BORLOT, Ana Maria Monteiro; TRINDADE, Zeidi Araújo. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estud. psicol.** v.9, n.1, p. 63-70. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. (Série B: Textos básicos de saúde, 6), 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal de baixo risco (Manual técnico).** Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

CECATTI, J. G.; et al. O Impacto da Idade Materna Avançada Sobre os Resultados da Gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.20, n.7, p.389-394, 1998.

CLAP - OPS/OMS. **Saúde Reprodutiva Materna Perinatal - Atenção Pré- Natal e do Parto de Baixo Risco.** 1996

COLLUCCI, C. **Quero ser mãe: Histórias reais de mulheres que engravidaram com a ajuda da Ciência.** Ribeirão Preto, SP: Palavra Mágica, 2000.

COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro; RIBAS, Maria do Socorro Sampaio de Sousa; AMORIM, Melania Maria Ramos; SANTOS, Luiz Carlos. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.24, n.7, p. 455-462. 2002.

DODE, Maria Alice Souza de Oliveira and SANTOS, Iná S.. Validade do auto-relato de diabetes mellitus gestacional no pós-parto imediato. **Cad. Saúde Pública** [online], v.25, n.2, p. 251-258, 2009.

DUGAS, B.W. **Enfermagem prática.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1998.

GOMES, A. **A ultra-sonografia obstétrica e suas Implicações na relação mãe-feto:** Impressões e sentimentos de gestantes com e sem diagnóstico de anormalidade fetal. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2003.

KLAUS, M., KENNEL, J.. **Pais/bebê: A formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J.. Diabetes melito e Gravidez: Revisitado. **Femina**, v.29, n.10, p.651-653, Nov, 2001.

NUNES MDR, DUPAS G, FERREIRA NMLA. Diabetes na infância / adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] v. 9, n.1, p. 119-30, 2007.

RUDGE MVC, CALDERON IMP, RAMOS MD, BRASIL MAM, PERAÇOLI JC. Comparação de dois métodos de rastreamento do diabetes na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** N.16, p. 203-5, 1994.

RUDGE MVC, CALDERON IMP, RAMOS MD, SUETAKE H, PERAÇOLI JC. Investigação diagnóstica do diabetes na gestação. **Rev. Bras Ginecol Obstet.** N. 18, p. 21-6, 1996.

SANTOS EF, *et al.* **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo and CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]., v.4, n.3, p. 269-279, 2004

SILVA MR, CALDERON IM, GONÇALVES LC, ARAGON FF, PADOVANI CR, PIMENTA WP. Ocorrência de diabetes melito em mulheres com hiperglicemia em gestação prévia. **Rev Saúde Pública.** N. 37, p. 345-50, 2003.

SILVEIRA C.S, ZAGO M.M.F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev.Latino-am. Enfermagem,** v. 14, n.4, p. 614-19, 2006.

THEME-FILHA, Mariza Miranda; SILVA, Rosanna Iozzi; NORONHA, Claudio P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cad. Saúde Pública,** v. 15, n. 2, p. 397-403. 1999.