



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem

Atena
Editora
Ano 2019

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D539	Diário da teoria e prática na enfermagem 1 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Diário da Teoria e Prática na Enfermagem; v. 1) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-648-5 DOI 10.22533/at.ed.485192309 1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série. CDD 610.73
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Diário da Teoria e Prática de Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 25 capítulos, o volume I aborda a Enfermagem como atuante na saúde materno-infantil, na assistência ginecológica e obstétrica, além da saúde da criança e do idoso, trazendo abordagens específicas e voltadas para cada público de uma forma especial.

A sensibilidade diferenciada diante das especificidades inerentes a cada público promove o conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade na assistência. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

Colaborando com as mais diversas transformações no contexto da saúde, este volume I é dedicado ao público de mulheres, incluindo a atuação da enfermagem em ginecologia e obstetrícia, e na vertente materno-infantil. As publicações tratam sobre a humanização da assistência obstétrica no parto normal, cesáreo e abortamento; além de atualizações sobre aleitamento materno; complicações obstétricas e gestação de alto risco; e estudo voltados à violência contra a mulher. Além disso, as publicações também oferecem suporte com evidências relacionadas à saúde da criança como alimentação infantil, arboviroses, ludoterapia, dentre outros. Em relação ao público idoso, as publicações envolvem estudos sobre sexualidade, maus tratos, doença de Alzheimer, dentre outros.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada, humanizada e com um olhar especial no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, bem como do binômio mãe-filho e saúde do idoso, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde com embasamento científico.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A RELEVÂNCIA DO CUIDADO HUMANIZADO EM CIRURGIAS CESARIANAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Ana Carolina Almeida Ribeiro Elizabeth França de Freitas Emilly Melo Amoras Elisângela da Silva Ferreira Márcia Simão Carneiro	
DOI 10.22533/at.ed.4851923091	
CAPÍTULO 2	7
A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO INDUZIDO	
Werbeth Madeira Serejo Eline Coelho Mendes Andrio Corrêa Barros Brenda Santos Veras Thainara Costa Miguins Keymison Ferreira Dutra Lucimara Silva Pires Lidiane de Sousa Belga Tayssa Railanny Guimarães Pereira Manuel de Jesus Castro Santos Tharcysio dos Santos Cantanhede Viana Hedriele Oliveira Gonçalves Mackson Ítalo Moreira Soares Ivanilson da Silva Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.4851923092	
CAPÍTULO 3	17
PARTO HUMANIZADO: UM ESTUDO SOB A ÓTICA E SENTIMENTOS DAS PUÉRPERAS DIANTE DO PARTO NORMAL	
Meillyne Alves dos Reis Constanza Thaise Xavier Silva Glauca Oliveira Abreu Batista Meireles Sara Fernandes Correia Tatiana Caexeta Aranha Layane Souza Mota Suzane Fortunato da Silva Elizangela Diniz Fernandes de Oliveira Sinara Gomes Moura	
DOI 10.22533/at.ed.4851923093	
CAPÍTULO 4	28
PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PARTO HUMANIZADO	
Meillyne Alves dos Reis Constanza Thaise Xavier Silva Glauca Oliveira Abreu Batista Meireles Sara Fernandes Correia Tatiana Caexeta Aranha Artemizia Oliveira Reis Elizangela Diniz Fernandes de Oliveira	

Sinara Gomes Moura

DOI 10.22533/at.ed.4851923094

CAPÍTULO 5 41

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MÃES USUÁRIAS DE DROGAS DURANTE A GESTAÇÃO

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

DOI 10.22533/at.ed.4851923095

CAPÍTULO 6 58

SENTIDOS ATRIBUIDOS AO TIPO DE PARTO VIVENCIADO POR PUERPERAS

Aline de Souza Pereira

Camila Pimentel de Souza

Maria Gerlândia Pereira da Silva

Maria Vânia Sousa Santos

Anna Paula Sousa da Silva

Ana Cláudia de Souza Leite

Priscila França de Araújo

Meysa Quezado de Figueiredo Cavalcante Casadevall

DOI 10.22533/at.ed.4851923096

CAPÍTULO 7 69

USO DO LEITE MATERNO NO TRATAMENTO DE TRAUMA MAMILAR EM PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Bruniele da Costa Santos

Tamires Pinto Oliveira

Déborah Danielle Tertuliano Marinho

DOI 10.22533/at.ed.4851923097

CAPÍTULO 8 77

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM DIABETES GESTACIONAL

Werbeth Madeira Serejo

Marina Apolônio de Barros Costa

Nívea Solange Cunha Ramos

Liane Silva Sousa

Raylena Pereira Gomes

Ricardo Veloso Trancoso

Márcia Fernanda Brandão da Cunha

Thainara Costa Miguins

Patrícia Almeida dos Santos Carvalho

Hedriele Oliveira Gonçalves

Warlen dos Santos Freitas

Wemerson Campos Furtado

DOI 10.22533/at.ed.4851923098

CAPÍTULO 9 90

AUMENTO DA COBERTURA E DO ACESSO AO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DO ÚTERO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Thamiris Farias Pessoa

Tatiana de Araujo Lima

Fabiana Ferreira Koopmans

DOI 10.22533/at.ed.4851923099

CAPÍTULO 10 102

CORRELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Valdeni Anderson Rodrigues
Erica Jorgiana dos Santos de Moraes
Tamires Kelly dos Santos Lima Costa
Adélia Dalva da Silva Oliveira
Saraí de Brito Cardoso
Fernanda Claudia Miranda Amorim
Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras
Cláudia Maria Sousa de Carvalho
Magda Rogéria Pereira Viana
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

DOI 10.22533/at.ed.48519230910

CAPÍTULO 11 109

ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PUÉRPERA AMAZÔNICA COM DIFICULDADE DE AMAMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriella Furtado Monteiro
Larissa Leite Pelaes
Nádia Cecília Barros Tostes
Débora Prestes da Silva Melo
Vanessa da Silva Oliveira
Rubens Alex de Oliveira Menezes

DOI 10.22533/at.ed.48519230911

CAPÍTULO 12 117

GESTANTES DE ALTO RISCO: DESAFIOS PARA ENFERMAGEM

Josi Barreto Nunes
Vânia Terezinha Rigo Segalin
Katiele Hundertmarck
Sandra Suzana Stankowski

DOI 10.22533/at.ed.48519230912

CAPÍTULO 13 122

O USO DE GRUPOS DE APOIO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA

Clícia Valim Côrtes Gradim
Edilaine Assunção Caetano Loyola
Denise Hollanda Iunes
Ana Paula Alonso Reis Mairink
Jhenika Ferreira Dias

DOI 10.22533/at.ed.48519230913

CAPÍTULO 14 130

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MELHORIA DA ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA- RS

Vânia Terezinha Rigo Segalin
Katiele Hundertmarck
Sandra Suzana Stankowski
Josi Barreto Nunes

DOI 10.22533/at.ed.48519230914

CAPÍTULO 15 137

VIVÊNCIA DE ACADÊMICAS E RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA CASA DA GESTANTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues
Ana Carolina Valentim Pereira Nunes
Edilaine Ferreira Santos
Éryca Resende Pires
Ingrid Gomes Vicente
Jocicléria do Nascimento Reis
Luciano Antonio Rodrigues
Roberta Vago Gonzales

DOI 10.22533/at.ed.48519230915

CAPÍTULO 16 147

GUIA ALIMENTAR REGIONAL PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS DO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elisabelle Martins Marrocos
Isadora Araujo Rodrigues
Sabrina Cruz da Silva
Yonnaha Nobre Alves Silva
Aline de Souza Pereira
Ana Zaira da Silva
Lucélia Fernandes de Almeida Lima
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas
Diane Sousa Sales
Priscila França de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.48519230916

CAPÍTULO 17 155

LIXO NO AMBIENTE ESCOLAR COMO FATOR EPIDEMIOLÓGICO PARA A REPRODUÇÃO DO VETOR TRANSMISSOR DA DENGUE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NO ARCO DE MAGUEREZ

Wesley Brandão Dias
Chrisla Brena Malheiro Lima
Filipe Rabelo Rodrigues
Maria Eduarda de Oliveira Cardoso
Jéssica Maria Lins da Silva
Lorrane Teixeira Araújo
Emily Mairla Rodrigues Bastos
Ricardo Luiz Saldanha da Silva
Eliana Soares Coutinho
Paulo Elias Gotardelo Audebert Delage
Ana Caroline Guedes Souza Martins
Elizabeth Ferreira de Miranda

DOI 10.22533/at.ed.48519230917

CAPÍTULO 18 164

ARTERITE DE TAKAYASU (AT) EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Priscila França de Araújo
Thiago Cesar Silva de Sousa
Helayne Karen Moura Araújo
Diane Sousa Sales
Isadora Marques Barbosa

Aline de Souza Pereira
Lucélia Fernandes de Almeida Lima
DOI 10.22533/at.ed.48519230918

CAPÍTULO 19 173

LUDOTERAPIA: BENEFÍCIOS DE UMA TECNOLOGIA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Luana Jandira Weber Silva
Adrielly Lima de Sousa
Rubens Alex de Oliveira Menezes
Luzilena de Sousa Prudência
Nely Dayse Santos da Mata

DOI 10.22533/at.ed.48519230919

CAPÍTULO 20 184

LESÕES CAUSADAS POR QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Regina Ribeiro de Castro
Alexsandra dos Santos Ferreira
Sarah Sandres de Almeida Santos

DOI 10.22533/at.ed.48519230920

CAPÍTULO 21 191

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA ENFERMEIRA

Elainy Martins da Silva Gonçalves
Eliana do Sacramento de Almeida
Aline Cecília Lima Oliveira
Manuela Bastos Alves

DOI 10.22533/at.ed.48519230921

CAPÍTULO 22 204

NÃO EXISTE IDADE PARA O PRAZER: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Rafaela Sousa de Almeida
Wytória Régia Neves da Conceição Duarte
Maria Luiza de Oliveira Braga
Maria Iza Demes Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.48519230922

CAPÍTULO 23 209

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO COM IAM NO SETOR DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Werbeth Madeira Serejo
Wemerson Campos Furtado
Jaciera dos Santos Brito
Liane Silva Sousa
Raylena Pereira Gomes
Bárbara Silva de Jesus
Eline Coelho Mendes
Ricardo Veloso Trancoso
Nívea Solange Cunha Ramos
Warlen dos Santos Freitas

Patrícia Almeida dos Santos Carvalho
Glaucya Maysa de Sousa Silva
Marina Apolônio de Barros Costa
Renato Douglas e Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.48519230923

CAPÍTULO 24 219

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NA VISÃO DE SEUS CUIDADORES:
SUBSÍDIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Erica Jorgiana dos Santos de Moraes
Marly Marques Rêgo Neta
Carolinne Kilcia Carvalho Sena Damasceno
Cristina Maria De Sousa Miranda
Fernanda Claudia Miranda Amorim
Tamires Kelly dos Santos Lima Costa
Thalita Monteiro da Silva
Valdeni Anderson Rodrigues
Maria Rita Reis Lages Cavalcanti
Raianny Katiucia da Silva
Antônia Roseanne Gomes Soares
Ruhan Ribeiro Dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.48519230924

CAPÍTULO 25 229

**O USO DE ATIVIDADES LÚDICAS ATRAVÉS DOS CUIDADORES DE PACIENTES
COM ALZHEIMER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NO ARCO DE
MAGUEREZ**

Amaury Miranda Esteves
Glenda Keyla China Quemel
Izabela Moreira Pinto
João Pedro Martins da Cunha
Maíra Freire Martins
Márcia Geovanna Araújo Paz
Rayssa Raquel Araújo Barbosa
Sidney Leal Santos
Flávio Luiz Nunes de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.48519230925

SOBRE A ORGANIZADORA..... 239

ÍNDICE REMISSIVO 240

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM DIABETES GESTACIONAL

Werbeth Madeira Serejo

Enfermeiro do Hospital Geral de Monção e Pós Graduando em Gestão e Auditoria dos Serviços de Saúde. São Luís-MA.

Marina Apolônio de Barros Costa

Mestre em Enfermagem. São Luís-MA

Nívea Solange Cunha Ramos

Pós-graduanda em Obstetrícia e Neonatologia. São Luís-MA

Liane Silva Sousa

Pós-graduanda em Obstetrícia e Neonatologia e Mestranda em Gestão em Saúde Pública. São Luís-MA

Raylena Pereira Gomes

Professora da Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

Ricardo Veloso Trancoso

Graduado em Enfermagem. São Luís-MA

Márcia Fernanda Brandão da Cunha

Especialista em Saúde Mental, Especialista em Enfermagem Obstetrícia e Neonatal, Especialista em Educação para Saúde. São Luís-MA

Thainara Costa Miguints

Enfermeira do Hospital Geral de Monção. São Luís-MA

Patrícia Almeida dos Santos Carvalho

Pós graduando em Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva e Residente em Neonatologia. São Luís-MA

Hedriele Oliveira Gonçalves

Enfermeira do Home Care Lar e Saúde. São Luís-MA

Warlen dos Santos Freitas

Especialista em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde e Estratégia Saúde da Família. São Luís-MA

Wemerson Campos Furtado

Enfermeiro do Hospital São Domingos. São Luís-MA

RESUMO: A patologia desenvolvida diabete gestacional descobre através de exames laboratoriais, sempre no começo da gravidez e também por volta da 24^a semana da gravidez. A primeira pesquisa importantíssima do metabolismo anormal dos carboidratos na gravidez foi estabelecida em Boston em 1954 e J.P. Hoet. O pâncreas produz um hormônio chamado insulina que tem a função controlar as taxas de açúcar no sangue, que vai gerando energia para o corpo e permite a diminuição do açúcar armazenado no organismo. O enfermeiro precisa elaborar planos de cuidados nos diagnósticos de diabetes gestacional, que será o instrumento para poder ter a melhoria dos cuidados proposto na sistematização de qualidade para as gestantes. A assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes gestacional; cuidados de enfermagem; assistência de

enfermagem.

ABSTRACT: The pathology developed gestational diabetes discovers through laboratory tests, always in the beginning of the pregnancy and also around the 24th week of the pregnancy. The first major research into the abnormal metabolism of carbohydrates in pregnancy was established in Boston in 1954 and J.P. Hoet. The pancreas produces a hormone called insulin that has the function to control blood sugar rates, which will generate energy for the body and allows the decrease of sugar stored in the body. The nurse needs to develop care plans in the diagnoses of gestational diabetes, which will be the instrument to be able to have the improvement of the care proposed in the quality systematization for the pregnant women. Nursing care for the patient with diabetes should be focused on the prevention of complications, evaluation and monitoring of risk factors, guidance on the practice of self-care.

PALAVRAS-CHAVE: Gestational diabetes; nursing care; nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A patologia desenvolvida diabete gestacional descobre através de exames laboratoriais, sempre no começo da gravidez e também por volta da 24ª semana da gravidez. Assim sendo detectado a diabetes precisa fazer o acompanhamento mais específico, para levar promoção no diagnóstico da paciente e necessita de avaliações com frequência, assim a glicemia que será realizada diariamente. As pacientes com o diagnóstico de diabete gestacional, muitas das vezes consegue evitar índices altos de açúcar no seu organismo, fazendo uma dieta e, caso o médico diga que ela não tenha nenhuma contraindicação pode realizar a algum exercício físico (SILVA, 2009).

Durante todo o processo da gravidez sempre é produzido vários hormônios que dificulta o manuseio da insulina, dificultando que a glicose não age na hemodinamicamente na saúde da paciente, percebendo a alta taxa de glicose no sangue, que irá favorecer uma hiperglicemia. A mesma pode levar a mãe e os bebês a desenvolver complicações futuramente com a glicemia (SILVA, 2009).

O exercício físico sempre é indicado com a dieta e o medicamento no tratamento da diabetes gestacional, através da prescrição médica. Assim a importância desta pesquisa é para o conhecimento das complicações da diabete gestacional, que podem desenvolver no processo da gestação de uma paciente, com isso o alerta dos sintomas é de suma importância para o diagnóstico precoce, precisa ter cuidados na prevenção da diabetes diminuindo o açúcar no organismo (SOUSA, 2015).

Esta pesquisa justifica-se em saber que a diabetes gestacional são uns dos principais fatores de complicações que pode percorrer em todo o processo de uma gestação. Esta prevalência eleva na hereditariedade, alimentação, falta de atividade física. Mesmo com todas as implementações de cuidados da sistematização de enfermagem, mesmo assim os riscos podem aparecer na paciente desenvolver a

diabetes.

Os profissionais da saúde tem um papel fundamental no processo de investigação do pré-natal, os cuidados necessários que serão desenvolvidos no cuidado com a paciente, sempre dando as informações necessárias e tirando todas às dúvidas da paciente e identificando os principais fatores riscos de complicações que podem dificultar na sistematização de enfermagem.

Para a sociedade é a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem através das implementações, mostra que o enfermeiro tem várias funções de planejamentos até a execução de tarefas dentro do serviço de saúde, uma vez que boa parte do atendimento é feito pela equipe de enfermagem para garantir uns bons resultados para as pacientes.

O enfermeiro dentro as suas atividades deve prestar atendimento humanizado e dar informações importantes à equipe de enfermagem, para que não ocorra nenhuma informação que seja errada nos prontuários, o atendimento precisa ser cautela desde a sua admissão até o nascimento do RN, visto a importância dos cuidados deve promover uma promoção da recuperação da saúde da paciente.

Diante disso, a enfermagem precisa ter conhecimento técnico científico, sobre os cuidados que serão oferecidos para as pacientes, tornando capaz de observar e analisar a diabetes gestacional.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica referente à produção científica a respeito do tema escolhido, visando à importância da atuação do enfermeiro com paciente com diabetes gestacional, com o método de avaliação e análise das pesquisas sobre a qualidade da assistência ofertada para o paciente. Para a sua elaboração, o percurso metodológico foi através de literaturas, coletas de dados e interpretação de revisão bibliográfica.

A busca online foi realizada nas seguintes bases eletrônica: Literatura Latino americana e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Para operacionalizar a busca, utilizaram-se os descritores: diabetes gestacional; assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem. A seleção dos artigos foi realizada em fevereiro de 2019, que foram publicados no ano de 1999 a 2015. Após a busca, foram encontrados 50 artigos, somente 12 artigos que se encaixaram para o assunto escolhido. No presente estudo a análise documental foi realizado por meios de literaturas e artigos científicos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nota-se a primeira referência à diabetes no período da gravidez parece ter sido feita numa revista publicada em 1882, pelo o investigador Inglês Matthews Ducan, num encontro da Sociedade de Obstetrícia em Londres, referenciou a morte de 13 fetos em 22 gestações de 15 pacientes com diabetes (PINHEL 1999).

A definição da hiperglicemia materna representa um risco elevado para o sucesso da gravidez remonta aos anos 40, altura em que estudos de Millernos EUA, e Hurwitz, na Escócia, demonstraram nos seus trabalhos a existência de um aumento da mortalidade perinatal na descendência de mulheres que tinham apresentado hiperglicemias durante o processo da gravidez, alguns anos antes do surgimento de diabetes na mãe até mesmo depois do parto (PINHEL 1999).

A primeira pesquisa importantíssima do metabolismo anormal dos carboidratos na gravidez foi estabelecida em Boston em 1954 e J.P. Hoet, foi o seu principal dinamizador. Apesar de ter utilizado o termo “diabetes metagestacional”, esta definição, no seu conteúdo, ainda se assemelhava bastante à ideia da época de um estado prévio à diabetes que indicava o surgimento de diabetes após a gravidez (PINHEL 1999).

O termo "Diabetes Gestacional" foi utilizado, provavelmente, em sua descoberta por Jorgin Penderson, em Copenhaga em 1967, mas a atual definição deve muito a Norbert Freinkel, investigador da Associação Americana de Diabetes e a sua equipa de Chicago (PINHEL 1999).

A diabetes gestacional faz parte de uns dos distúrbios metabólicos que causa aumento de açúcar na circulação sanguínea, que o termo utilizado hoje em dia é hiperglicemia causada por deficiência na secreção de insulina ou sua ação nos diversos órgãos (SILVEIRA, MARQUEZ, 2015).

A diabetes gestacional até nos dias atuais tem sua etiologia desconhecida, os estudos mostram que diversas mulheres inicialmente desenvolveram a autoimunidade das células beta pancreática, assim é apenas um defeito funcional no seu organismo, e não imunológico demonstrando que a gestante apresenta uma incapacidade da taxa de glicemia. Sendo resistente ao diagnóstico da diabetes gestacional, em que constata quando ocorre na primeira vez na gestação, sempre depois do parto é natural na paciente seu desaparecimento. Porém, se não ocorrer poderá ser confundido com o diabetes tipo 2, que não foi diagnosticado anteriormente, antes do processo de gestação (SILVEIRA, MARQUEZ, 2015).

No período da gravidez sempre ocorrem várias modificações endócrino-metabólicas, o maior objetivo é atender tanto as necessidades maternas quanto às necessidades do feto. Dentro dessas transformações no organismo requerem as adaptações para o favorecimento da gestação como a saúde de ambos, lembrando que se essas necessidades não forem atendidas, há um acarretamento de prejuízos ao prognóstico materno e perinatal. Com isso haverá um desempenho maior do pâncreas

e todo sistema endócrino, que quando não ativado, pode acarretar intolerância a glicose (MOTA et. al, 2015).

É importante o esclarecimento das gestações de risco é um fato a serem estudadas diariamente para poder promover prevenção as pacientes, porque assim a sua valorização na evolução e tratamento em casos mais remotos de mortalidade materna e perinatal pode ser evitados futuramente. A diabetes gestacional diagnosticada na gestante pode ser excluída com o acompanhamento clínico, obedecendo todo o tratamento adequado prescrito pelo médico e enquanto em outras mulheres pode ser controlado através do acompanhamento médico (SCHMIDT, REICHEL, 1999).

Compete ao enfermeiro identificar precocemente os fatores de riscos, vulnerabilidade do indivíduo e o ambiente em que ele está inserido, através disto o profissional pode intervir de forma sistematizada para minimizar os riscos e os agravos à saúde. A intervenção de enfermagem consiste na educação em saúde, com incentivo para mudanças na qualidade de vida, nos hábitos alimentares e proporcionando ao indivíduo o conhecimento sobre sua patologia (VIEIRA; SANTOS, 2014 p.14).

O pâncreas produz um hormônio chamado insulina que tem a função controlar as taxas de açúcar no sangue, que vai gerando energia para o corpo e permite a diminuição do açúcar armazenado no organismo. Sem a insulina os alimentos consumidos as células não vai absorver, assim fazendo com que acumule açúcar no sangue provocando a diabetes gestacional (SILVA, 2009).

Pode considerar mulheres que tem diabetes como 3 formas: gestantes que são tipo 1 ou tipo 2 que estão em processo de gestação; mulheres que adquire diabetes gestacional no período da gestação; e mulheres que são diabéticas, mas na sua gravidez que vai descobrir que tem diabetes (SILVA, 2009).

Na gravidez que desenvolve a diabetes gestacional. A mesma é uma patologia que vai afetar as células no organismo, elevando os níveis de açúcar no sangue da paciente, com a situação que afeta o percurso da gravidez e também futuramente ao bebê (SILVA 2009).

A diabetes gestacional é diferenciada porque as pacientes não apresenta sintomas como o contrário, sede excessiva, perda de peso, excesso de urina, fome e visão turva. Lembrando que em toda gravidez desenvolve alguns sintomas normalmente com cansaço, frequência urinaria e fome constante, isso não mostra que a paciente tem diagnóstico de diabetes. Assim a paciente necessita realizar alguns exames laboratoriais, pra poder rastrear a diabetes gestacional e descobrir qual gestante tem a patologia (SILVA, 2009).

Os estudos mostram que a realização dos exames deve ser realizada no início da gravidez e até mesmo com 24 semanas de gestação. Assim pode se observar que existem vários exames para que o médico possa diagnosticar a paciente como diabetes gestacional dentre eles: Teste oral de tolerância à glicose, glicemia em jejum e Hemoglobina glicada (LACERDA, 2012).

Toda mulher quando descobre que está grávida necessita realizar o exame de glicemia de jejum. O mesmo facilita que tem chance de desenvolver a diabetes na gestação, e com isso necessita fazer todo o seu acompanhamento médico (LACERDA, 2012).

Nos estudos realizados é sempre considerado normal os valores entre 70 e 99 mg/dl. Para que seja realizado este exame de glicemia em jejum, a paciente necessita de alguns cuidados como: está em jejum por volta de 8 horas no mínimo (LACERDA, 2012).

A glicemia em jejum pode se dizer alterada 100 e 125 mg/dL, mas lembrando que isso não quer dizer que a paciente seja diabética, isso é chamado de hiperglicemia mas não diabética. Para que seja diagnosticada diabetes gestacional na paciente necessita de alguns requisitos como a glicemia seja alterada constantemente na paciente. Se a gestante tiver casos na família com diabetes, obesidade irá favorecer para que ela adquira diabetes gestacional, assim a gestante precisa ter mais cuidados com a sua alimentação (SOUSA, 2015).

Outro exame importante que a gestante necessita realizar é teste oral de tolerância à glicose, ele é realizado quando a taxa de glicemia em jejum dar o resultado de 100 e 125 mg/dL. A paciente necessita ter uns dos devidos cuidados como o jejum de 8 horas, isso para ser tirada a primeira amostra do sangue da paciente. Assim depois da primeira amostra ele necessita consumir 75 gramas de glicose diluída na água, e depois deste cuidado será retirada a segunda amostra que é depois de duas horas após da indução das gramas. Enfim, para ser diagnosticada diabetes gestacional o exame deve ter valores superiores a 200mg/dl (LACERDA, 2012).

É preciso dar as devidas informações para as pacientes logo nas consultas, para poder facilitar que ela entenda a importância da realização do exame, assim alertando que ela precisa realizar ele entre vinte e quatro e vinte e oito semanas de gestação, porque neste período o organismo da paciente produz muitos hormônios placentários que vai progredir bastante resistência à insulina. É preciso considerar que a paciente necessita controlar as taxas de açúcar no organismo para o melhor desenvolvimento do feto (LACERDA, 2012).

Existe também outro exame que é realizado para diagnosticar a diabetes gestacional como hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada (HbA1c), este exame mostra toda a resistência da diabetes a insulina. O mesmo é bem prático que é feito após alimentação, ou seja, pós-prandial, ele é seguro e não poder dar resultados negativos como o da glicemia em jejum (SILVA, 2009).

O exame de hemoglobina glicada dar resultados dos últimos três meses da quantidade de açúcar que tem no organismo da paciente. Este exame é realizado em laboratório e também pode ser com aparelhos específicos (LACERDA, 2012).

Dentre os resultados normais da hemoglobina glicosilada, para pessoas sem diabetes é de 4% e 6% no organismo. Para um diabético que faz todo o seu acompanhamento absorvendo todas as condutas prescritas é de 7%. Diabéticos com

a hemoglobina glicosilada acima de 7% precisa ter o maior controle possível, porque os mesmos têm muitas chances de desenvolver patologias cardiovasculares, renais, dos nervos periféricos e também nos olhos (LACERDA, 2012).

Nas consultas de rotinas das pacientes deve sempre lembrar que ela necessita realizar o exame em cada três meses, para poder observar o controle glicêmico em seu organismo, ainda mais quando as pacientes têm antecedentes familiares, que tem muitos riscos de complicações antes e até mesmo na hora do nascimento do bebê. Com isso é importantes dar todas as orientações necessárias para as gestantes em todo o seu pré-natal (LACERDA, 2012).

As gestantes que estão com o controle glicêmico alterado é recomendando como primeira opção a dieta nutricional junto com a prática de exercício físico, assim as pacientes que estão diagnosticadas com diabetes gestacional, muitas das vezes não precisa de tratamento farmacológico pra melhorar as taxas de açúcar no sangue (LACERDA, 2012).

Geralmente a paciente necessita realizar várias refeições por dia, lembrando que seja uma dieta nutricional pra poder evitar complicações como uma hipoglicemia ou hiperglicemia. As pacientes necessita regular sua glicemia todos os dias pra não aumentar o valor calórico, assim elas devem evitar o mínimo de jejum possível, que eleva fatores de riscos para o bebê. As proteínas e os carboidratos deve evitar o máximo de consumo pela noite, com isso a paciente não tem o risco de fazer hiperglicemia ou hipoglicemia (SOUSA, 2015).

Quando atividade física é recomenda pelo médico para as pacientes com diabetes gestacional, ajuda a normalizar a circulação da glicose no organismo, os problemas cardiovasculares são melhorados, a paciente diminui o seu peso, e vai proporcionar que a gestante tenta uma gravidez bem tranquila com o parto sem nenhuma complicação e sua recuperação será ágil (LACERDA, 2012).

Quando as contraindicações são ditas pelo médico para não realizar atividade física algumas delas são: sangramento uterino, ruptura prematura da placenta, atividade de parto pré-termo e hipertensão arterial grave. A atividade física nas pacientes que não tem nenhuma contraindicação não deve passar mais de 30 minutos por dia (LACERDA, 2012).

As gestantes que utilizam insulina precisa realizar o teste antes, durante e depois da atividade física, para poder saber como está o índice de taxas glicêmico no sangue, assim ajuda reduzir os riscos de complicações para a mãe e para o bebe (LACERDA, 2012).

O maior objetivo da atividade física na paciente com diabetes gestacional é controlar o peso que irá facilitar uma gravidez sem risco, para isso é necessário que a enfermagem de orientar a paciente corretamente. A atividade é o tratamento mais indicado para controlar as taxas de açúcar no organismo (SOUSA, 2015).

Os estudos mostram que só é utilizado o tratamento farmacológico quando a atividade física e a dieta não diminui controle glicêmico da paciente com diabetes

gestacional, e também quando a gestante não é recomendada a realizar atividade física junto com uma dieta nutricional (LACERDA, 2012).

Sabemos que o tratamento farmacológico é para diminuir as taxas de açúcar no sangue, fazendo com que a gestante possa ter uma gravidez tranquila, trazendo bem estar no seu processo de gestação. Existem muitos casos que quando não são controlados por dieta e atividade física utiliza sempre a insulina para o tratamento da paciente (LACERDA, 2012).

O tratamento com insulina para diabetes gestacional foi observado nos estudos que teve melhoria na vida das mães e principalmente na vida do bebê, observando que com o tratamento farmacológico a mortalidade de bebês diminuiu bastante como mostra nos percentuais dos estudos (SOUSA, 2015).

Lembrando que insulinas de duração intermediária (NHP) e rápida (regular) essas mesmo que são as utilizadas nas pacientes com diabetes gestacional sua ação é rápida e efetiva no tratamento, pois elas mostram transferência placentária baixa e também não existe nenhum relato sobre a teratogenicidade (SOUSA, 2015).

Na aplicação de insulina devemos sempre orientar as pacientes utilizar áreas que tem mais elasticidade na pele tais como: abdômen, glúteo, lateral das coxas, região deltoide, face anterior, orientando também que deve realizar o rodizio diário nos locais de aplicações, para evitar absorção retardada da insulina, a fibrose e lipodistrofia (SOUSA, 2015).

É importante orientar as pacientes a respeito das doses da insulina para a saúde dela, porque com a dose certa irá melhorar o seu controle glicêmico no seu período de gestação. Enquanto isso a dose da insulina vai depender da idade gestacional e também do peso da paciente, isso ela irá saber nas consultas com frequências pelos médicos que estão sendo acompanhados o seu pré-natal (SOUSA, 2015).

Mesmo sabendo da efetividade e da segurança da insulina, nos estudos conclui que existem algumas desvantagens com: a dor, o desconforto aplicação subcutânea e a inconveniência das injeções, isso porque as gestantes iram utilizar frequentemente o tratamento farmacológico da insulina em toda sua gravidez. Extem também alguns efeitos adversos da insulina tais como: tremores, fome, hipoglicemia, letargia, confusão, hiperglicemia, convulsões, perda da consciência (SOUSA, 2015).

O tratamento padrão mais utilizado é a insulina que sempre estão utilizados com fármacos orais como a metformina e a glibenclamida, eles são os mais conhecidos e também os mais utilizados para paciente com diabetes gestacional (SOUSA, 2015).

A metformina é o fármaco que sempre domina ao tratamento da diabetes gestacional, e é utilizado como hipoglicemiantes orais nas pacientes, ele pode ser utilizado como único e também com a combinação da insulina no tratamento farmacológico (SOUSA, 2015).

A metformina é um fármaco do grupo das biguanidas, age como sensibilizador de insulina, pertencendo ao grupo de medicamentos de risco B. Seu mecanismo de ação ainda não possui uma explicação clara, sabe-se que a redução de glicemia

ocasionada por estes fármacos não está ligado a células B funcionais do pâncreas (SOUSA, 2015).

Aglibenclamida é outro fármaco utilizado para gestantes que estão diagnosticadas com diabetes gestacional, ela é uma sulfoniuréia que apresenta segunda geração, faz parte de um grupo de risco chamado B do FDA, (secretagogo de insulina), pois sabendo que a metformina não atravessa a barreira placentária da gestante (SOUSA, 2015).

Os estudos mostram que ação da glibenclamida não é tão eficaz, enquanto o tratamento da insulina, porque o bebê nasce sem nenhuma complicação no seu peso, sem nenhuma alteração nas informações congênitas e nas taxas de açúcar no sangue (SOUSA, 2015).

A Resolução 272 de 27 de agosto de 2002 dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras, contendo que o prontuário do paciente deve ser composto por histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem.

A lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao exercício da enfermagem, dispõe, no artigo 11, como atividades exclusivas do enfermeiro: a consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. O processo de enfermagem sistemático pelo fato de envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que tem como objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde, que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos. Para a implementação do plano assistencial requer do enfermeiro olhar o paciente como holístico para as habilidades de enfermagem (POSSARI, 2007).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e sociedade (POSSARI, 2007).

Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para identificar os resultados esperados com o cuidado e planejar as intervenções específicas da enfermagem em uma sequência (GARCEZ, 2015-2017).

Após a elaboração dos diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deve priorizá-los, fundamentando-se na experiência profissional, no conhecimento clínico e nas demandas explicitadas pelo indivíduo, pela família ou comunidade. Os diagnósticos de enfermagem formulados só tem significação no contexto do processo de enfermagem, se for um elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções

necessárias para o alcance dos resultados esperados (POSSARI, 2007).

Prescrição de enfermagem é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde (POSSARI, 2007).

O enfermeiro deve orientar a gestante sobre os cuidados como o controle da glicemia, a alimentação nutritiva e realizar práticas de atividades físicas, que vai ser preciso fazer durante o processo da gestação (CARVALHO; SILVA, 2016).

E de suma importância à consulta de enfermagem para as pacientes com diabetes gestacional, porque através das consultas que serão informadas todos os cuidados que são prestes a tomarem na sua gravidez (CARVALHO; SILVA, 2016).

O enfermeiro precisa elaborar planos de cuidados nos diagnósticos de diabetes gestacional, que será o instrumento para poder ter a melhoria dos cuidados proposto na sistematização de qualidade para as gestantes (CARVALHO; SILVA, 2016).

É importante orientar as pacientes sobre a medicação, especificando a dosagem certa e sempre alertando sobre os horários para melhor o efeito da medicação. Caso a paciente utiliza insulina deve alertar sobre as medidas de cuidados sobre o preparo, deixando claro sobre os locais e explicando que a insulina tem que realizar rodízio no corpo nos locais corretos para a aplicação da insulina (CARVALHO; SILVA, 2016).

Os enfermeiros devem atuar com conhecimento científico, deixando que as pacientes se sintam com segurança, fazer com que crie um vínculo afetivo sobre os cuidados de enfermagem, assim elas iram se sentirem mais confortáveis nas consultas de enfermagem. Com isso os enfermeiros devem ser educadores da enfermagem pra proporcionar qualidade na sistematização da paciente em todo o seu pré-natal (CARVALHO; SILVA, 2016).

Compete ao enfermeiro identificar precocemente os fatores de riscos, vulnerabilidade do indivíduo e o ambiente em que ele está inserido, através-disto o profissional pode intervir de forma sistematizada para minimizar os riscos e os agravos a saúde. A intervenção de enfermagem consiste na educação em saúde, com incentivo para mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares e proporcionando ao indivíduo o conhecimento sobre sua patologia (VIEIRA; SANTOS, 2014 p.14).

A consulta de enfermagem apresenta-se como uma ação eficaz para que se inicie o processo de educação à saúde, essencial para que os pacientes portadores de diabetes possam compreender a necessidade da realização do tratamento e das atividades que são propostas para a melhoria de sua qualidade de vida (CARVALHO; SILVA, 2016).

Ao enfermeiro, apresenta-se a missão de acolher de forma efetiva o portador de diabetes, possibilitando a sua aproximação, como meio de orientar e sanar as dúvidas e questionamentos apresentados pelos indivíduos que em um primeiro momento, se encontram abalados frente ao diagnóstico da existência do diabetes (CARVALHO; SILVA, 2016).

O papel do enfermeiro junto ao portador de diabetes descompensada apresentou-se como primordial, principalmente em se tratando do acompanhamento do tratamento, da aproximação para com o paciente, no momento da educação à saúde, a qual configura na conscientização, orientação e informação ao paciente da importância da realização do tratamento em busca da recuperação de sua autoestima e bem-estar (VIEIRA; SANTOS, 2014).

A assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado. Sendo de competência de o enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição de medicamentos de rotina de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário (BOLOGNANI, SOUZA, CALDERON, 2011).

Para elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem utilizou-se da taxonomia NANDA, para seleção das intervenções de enfermagem pertinentes foi utilizada a taxonomia NIC e, posteriormente, para elaboração dos respectivos resultados esperados utilizou-se a taxonomia NOC.

Diante desse contexto, os principais diagnósticos de enfermagem foram: Risco de glicemia instável evidenciado a falta de controle do diabete relacionado à gravidez; Risco de nutrição desequilibrada evidenciada por disfunção dos padrões alimentares relacionado a comer em resposta a estímulos internos que não a fome; Fadiga evidenciada por falta de energia relacionada a estados de doença; Intolerância a atividade evidenciada por relato verbal de fadiga relacionada a estilo de vida sedentário; Eliminação urinária prejudicada evidenciada por poliúria relacionada a múltiplas causas; Percepção sensorial visual perturbada evidenciada a mudança na acuidade sensorial relacionada à transmissão sensorial alterada.

Desse modo, para melhoria das condições de vida dessa gestante, o plano de cuidado voltou-se para ações como: Monitorar os níveis de glicose no sangue; Identificar a possível causa da hiperglicemia, no sangue; Encorajar o alto monitoramento dos níveis de glicose no sangue; Orientar quanto aos testes de cetona na urina, quando adequado; Encorajar ingestão alimentar de ferro, quando apropriado; Oferecer alimentos selecionados; Monitorar a eliminação da urina incluindo a frequência; Orientar a paciente a registrar o débito urinário, quando adequado; Aplicar gotas lubrificantes quando adequado (CARVALHO; SILVA, 2016).

Enfim os enfermeiros é o profissional que tem autonomia em realizar os cuidados de enfermagem para as pacientes diagnosticadas com diabetes gestacional, nisso mostra que os eles necessitam e devem realizar o seu tratamento com excelência e eficiência para ser considerado um atendimento especial para todas as pacientes (CARVALHO; SILVA, 2016).

4 | CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou uma aprendizagem mais ampla sobre a assistência de Enfermagem sobre as intervenções que devem ser realizadas durante as consultas do pré-natal na busca por qualidade de vida da paciente e, concedendo desta forma, um olhar mais cuidadoso.

Observou-se que o processo de gestação, no caso gravidez, possui várias complicações, dentre as mais comuns, já citadas, encontramos: hipotensão, hipertensão, náuseas e vômitos, cefaleia, pré-eclampsia e eclampsia, diabetes gestacional.

Para cada uma dessas complicações existe uma medida a ser tomada pelo enfermeiro. É importante lembrar, que a sistematização da enfermagem inicia assim que a cliente entra na unidade, buscando sempre saber de suas condições físicas e clínicas estão adequadas do início da gravidez até o nascimento do bebê.

Diante do exposto, o enfermeiro deve prestar tanto uma assistência qualitativa, como deve assumir também uma posição de educador, já que o enfermeiro é o profissional que possui mais contato com o cliente, devendo estabelecer uma relação de confiança e ensinamentos, envolvendo também a família da paciente.

A equipe de Enfermagem possui tanto a responsabilidade de prestar uma assistência humanizada como também prestar um atendimento bem qualificado.

Portanto, a relevância da Enfermagem nesse contexto está na qualidade da assistência que deve ser realizada para a gestante e para o bebê, assim criando ações de promoção da saúde de ambos. A busca de um olhar holístico do enfermeiro para a paciente ajuda no processo de construção para a humanização do pré-natal da paciente, deixando a mãe sempre confortável em todas as consultas de enfermagem.

REFERÊNCIAS

Bolognani CV, Souza SS, Calderon IMP. Diabetes mellitus gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S31-S42, 2011.

Brasil. Resolução 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 10 de mar 2019.

Carvalho ER, Silva JDB. A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus: revisão bibliográfica. Revista Inciare, Campo Mourão, v. 1, n. 1, p. 91-102, jul. /dez. 2016.

Garcez RM. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação. Editora Artmed 10ª edição; Porto Alegre, 2017.

Lacerda TL. Revisão diabete melito gestacional: tratamento farmacológico e suas perspectivas.

Universidade Católica de Brasília, DF-2012.

Mota KCS, Rodrigues KL, Silveira GL, Brito RN, Campos NCM, Antão JYFL. A assistência de enfermagem a uma paciente com diabetes mellitus gestacional. Rev. Bras. Enferm, FJN, 2015.

Pinhel JHC. Diabetes gestacional. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, dez-1999.

Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. Editora Érica Ltda. 2ª edição; São Paulo: látria; 2007.

Schmidt MI, Reichelt AJ. Consenso Sobre Diabetes Gestacional e Diabetes Pré-Gestacional. Arq. Bras. Endocrino Metab vol 43 n°1 fevereiro 1999.

Silva CAO. Diabetes gestacional vs hábitos alimentares. Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2009.

Silveira LO, Marquez DS. DIABETES GESTACIONAL: Consequências para a mãe e o recém-nascido. Rev. Bras. Enferm, USF-SP, 2015.

Sousa BBP. A importância dos tratamentos não farmacológicos e os cuidados de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- PB, 2015.

Vieira VHFB, Santos GSS. O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada. Rev. Bras. Enferm, FAC-RJ, 2014.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 26, 38, 41, 42, 46, 50, 64, 67, 119
Acolhimento 9, 15, 61, 67, 97, 112, 114, 123, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 139, 140, 166, 226
Aleitamento materno 5, 22, 30, 35, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 109, 110, 111, 113, 116, 147, 150, 153
Alzheimer 5, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238
Assistência ao parto 19, 29, 31, 32, 36, 37, 39, 68, 121, 131
Assistência de enfermagem 9, 10, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 35, 36, 40, 61, 68, 77, 79, 85, 86, 87, 88, 89, 114, 115, 201, 209, 215, 217
Assistência humanizada 1, 4, 5, 6, 8, 9, 15, 26, 38, 39, 58, 61, 67, 88, 205, 210, 214
Atenção primária à saúde 139, 202, 203
Atividades lúdicas 176, 182, 183, 229, 232, 234, 236
Autoestima 87, 125, 128, 197, 229, 234, 236

C

Centro de reabilitação 122
Classificação de risco 119, 130, 132, 133, 136
Conhecimento 5, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 67, 71, 78, 79, 81, 85, 86, 105, 113, 119, 132, 133, 138, 147, 152, 153, 162, 166, 167, 185, 199, 207, 211, 216, 222, 226, 231, 233
Criança hospitalizada 16, 173, 175, 176, 177, 178, 180, 183
Crianças 45, 49, 50, 115, 116, 131, 134, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190
Cuidador 173, 177, 178, 181, 183, 202, 220, 222, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 235, 236, 237
Cuidadores 11, 150, 151, 179, 180, 182, 188, 193, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238
Cuidados de enfermagem 6, 67, 77, 79, 85, 86, 87, 89, 138, 166, 212, 215, 216, 217, 218

D

Dengue 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163
Diabetes gestacional 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

E

Enfermagem obstétrica 132, 137, 138, 140, 141, 143, 144
Equipe de enfermagem 5, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 39, 68, 79, 112, 119, 133, 136, 173, 175, 177, 178, 181, 182, 183, 193, 209, 210, 211, 216

F

Ferimentos e lesões 69

G

Gestação 5, 7, 9, 14, 18, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 61, 63, 78, 80, 81, 82, 84, 86, 88, 117, 118, 119, 120, 121, 130, 131, 134, 137, 139, 141, 144, 146

Gravidez de alto risco 131, 138

H

Hipertensão 83, 88, 164, 165, 170, 171, 195, 196, 197, 198, 212

Humanização da assistência 1, 12, 29, 36, 37, 38, 68

I

Infância 113, 149, 151, 165, 169, 170, 171, 172, 173, 174

Infarto agudo do miocárdio 213, 217, 218

L

Leite materno 69, 71, 73, 74, 75, 76

Lesão por queimadura 184

Lixo 155, 156, 157, 158, 160, 162

Ludoterapia 5, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 234, 235

M

Mamilos 69, 73, 75

N

Neoplasia mamária 122

Neoplasias da mama 102, 103, 104

Neoplasias do colo do útero 90

Nutrição da criança 148

O

Obesidade 49, 70, 82, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 148, 149, 151, 212

P

Parto humanizado 17, 18, 19, 20, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 38, 39

Promoção da saúde 10, 88, 107, 115, 128, 139, 141, 143, 148, 184, 192, 196, 197, 198, 201, 217

Psicoterapia 173

Puerpério 6, 19, 20, 25, 26, 36, 38, 54, 59, 62, 67, 111, 113, 115, 118, 130, 137, 138, 139, 140, 144, 146

Q

Queimaduras 127, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190

Quimioterápicos 103

S

Satisfação 17, 20, 22, 23, 24, 26, 31, 58, 59, 61, 63, 66, 67, 68

Saúde da criança 5, 44, 115, 153

Saúde da família 90, 92, 94, 95, 96, 193, 197, 201, 202, 203, 228, 237

Saúde da mulher 5, 6, 52, 53, 70, 76, 91, 114, 116, 118, 137, 138, 139, 140, 143, 145

Saúde do idoso 5, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 204, 205, 206, 211, 215, 222, 225, 227

Saúde pública 9, 12, 14, 41, 42, 43, 48, 101, 109, 112, 148, 149, 155, 157, 221

Sentimentos vivenciados 17, 18, 24, 27, 64, 67

Sexualidade senil 204, 206

T

Terceira idade 204, 205, 206, 207, 208, 221, 230, 238

Tratamento 10, 11, 13, 26, 52, 53, 67, 69, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 159, 160, 163, 177, 178, 182, 186, 187, 188, 190, 200, 201, 211, 212, 215, 217, 230, 231, 232, 236, 238

U

Unidade de terapia intensiva 218

Uso de drogas 41, 42, 43, 44, 48, 49, 53, 55

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-648-5

