

## Qualidade de vida e a influência do enfermeiro no período gravídico

(Quality of life and influence of nurses in the period gravidic)

Josiane Martin<sup>1</sup>; Natália Fernanda Rocha<sup>1</sup>; Lilian Donizete Pimenta Nogueira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Graduação - Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro – SP  
josianemartin5@hotmail.com

<sup>2</sup>Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro - SP  
lilianpimentanogueira@yahoo.com.br

**Abstract.** *The quality of life is linked to well-being, personal development, quality of relationships, education, lifestyle, health and leisure, psychological, physical, social and economic aspects. In the health improvement of this came to be obtained in public policy, health promotion and disease prevention. This study aims to conduct literature survey on quality of life during gestation and check the nurse's role. Relevant aspects found in the literature: physical activity; power, sexuality, and psychosocial hazards. The nurse is vital in this context passing to the expectant confidence and autonomy making this face the fears and changes during pregnancy.*

**Keywords.** *Quality of life, Pregnancy, Nursing.*

**Resumo.** *A qualidade de vida está ligada ao bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer, aspectos psicológicos, físicos, sociais e econômicos. Na área da saúde a melhoria desta passou a ser obtida nas políticas públicas, na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Este estudo visa realizar levantamento bibliográfico sobre a qualidade de vida no período gravídico e verificar o papel do enfermeiro. Foram encontrados na literatura aspectos relevantes como: prática de atividade física; alimentação, sexualidade e agravos psicossociais. O enfermeiro é fundamental neste contexto, passando para a gestante confiança e autonomia fazendo com que esta enfrente os medos e as mudanças ocorridas no período gestacional.*

**Palavras-Chave.** *Qualidade de vida, Gestação, Enfermagem.*

## 1. Introdução

Segundo Minayo (2006) qualidade de vida é definida como uma condição do ser humano em que há um alto índice de satisfação em relação ao relacionamento amoroso, familiar e social, assim como os fatores relacionados à boa condição de vida de cada ser humano, caracteriza-se então um conforto, relacionado à qualidade de vida e que inspiram valores, conhecimentos e vivências de um indivíduo, sendo então uma construção relativa à sociedade e cultura, sendo que saúde é qualidade de vida e ambos são de responsabilidade política, de profissionais de saúde e da população em geral.

Assim a qualidade de vida é um termo utilizado ao padrão de vida passando a ser um bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer, aspectos psicológicos, físicos, sociais e enfim os econômicos; com isso relata-se que qualidade de vida abrange aspectos objetivos e subjetivos. Na área da saúde a melhoria desta passou a ser obtida nas políticas públicas, na promoção da saúde e na prevenção de doenças (MONTEIRO, et al. 2010).

Há tempos saúde e qualidade de vida são correlacionados, sendo que uma exerce influência sobre a outra. Nesse caso identifica-se qualidade de vida em saúde; entretanto essa denominação é totalmente mecanizada e evidencia indicadores que buscam somente medir os fatores econômicos e estatísticos, não levando em consideração os fatores sócio-culturais e psicossociais (BUSS, 2000).

Para Vilela, (2003) saúde em latim significa *salus* (são), em grego o significado é inteiro, real, integridade, com uma contextualização mais eminente, não permite fragmentar saúde em física, mental e social, mas sim uma visão holística para se diversificar em várias disciplinas e para que essa se torne mais complexas, ultrapassando a realidade de saúde individual se tornando uma esfera coletiva.

A saúde encontra-se no âmbito coletivo envolvendo os objetivos biológicos e sociais, individual e comunidade, política social e econômica. No entanto para abranger a saúde coletiva, é de extrema importância a abertura conceitual reforçando também que há algum tempo os pressupostos da integração foram concretizados e hoje foi construído a partilha do conhecimento por meio da ciência biológica, da ação intersetorial e da autonomia da população. Havendo assim a formação de profissionais de saúde mais comprometidos com a realidade e com a transformação (VILELA, 2003).

Em nosso meio surgem muitas propostas para abordar os problemas de saúde, possibilitando a afirmação da ocorrência de diferentes doenças e eventos. Assim para a saúde coletiva as desigualdades necessitam de políticas equânimes priorizando todas as necessidades em categoria de justiça, e também o envolvimento com os grupos sociais (SILVA, 2009).

Ao especificar uma área da saúde, é verificado que o período gestacional demanda muitas mudanças na vida da mulher relacionadas ao metabolismo, hormônios e imagem corporal influenciando a dimensão física e emocional, o que acarreta novas adaptações para a gestante a qual busca apoio na rede social (ARAUJO et al. 2012).

Na gestação as modificações no corpo da mulher acontecem de forma expressiva, tais acontecimentos associados com as alterações hormonais decorrentes do período, afetam de forma precisa o bem estar da mulher. Do ponto vista fisiológico, os primeiros meses da gravidez são marcados por alguns desconfortos como náuseas, vômitos e sono excessivo. Nos meses seguintes observa-se uma melhora significativa e maior adaptação em relação à nova fase, há também um possível aumento da libido, com os últimos meses vem os agravantes, como edema, fadiga, ocasionando indisposição para a gestante (CAMACHO et al. 2010).

Em relação ao estado psicossocial, esse é um período conturbado, quando nem todas as mulheres o classificam como um momento especial e prazeroso, uma vez que num curto intervalo de tempo acontecem mudanças importantes, tanto no campo fisiológico quanto no psicológico, sexual e social (CAMACHO et al. 2010).

Mediante as alterações e agravos decorrentes do período gravídico, é necessário que os profissionais de saúde, promovem ações humanizadas para garantir qualidade de vida às gestantes. É dever dos profissionais prestar assistência de qualidade estabelecendo cuidados para um pré-natal efetivo e seguro. Incluindo o acolhimento, que pode ser entendido como um trabalho não só de promoção de qualidade de vida, mas também de prevenção, tendo em vista que facilita o acesso da gestante estreitando os laços entre grávidas e equipe, favorecendo um bom acompanhamento, esse por sua vez, é direito garantido, previsto nas políticas de saúde da mulher (SILVA et al. 2012).

A importância da qualidade de vida no período gestacional influencia significativamente outros fatores. É necessário que promova atendimento, orientação e acompanhamento de forma ampla, analisando as gestantes num contexto e com isso

assegurar menos impacto físico, social e mental (COSTA, 2005).

No entanto, essa realidade descrita apresenta falhas, uma vez que a assistência voltada para as gestantes nos pré-natais encontra-se fragmentada no que diz respeito as suas ações e levam em consideração mais o aspecto físico, não focando o contexto, o que resulta em um comprometimento na qualidade do período que envolve a gestação e o puerpério. Cabe ressaltar que é fundamental que as ações para o cuidado das gestantes, partem do princípio referente ao diálogo, já que um bom relacionamento entre profissionais da saúde e a gestante facilita o cuidado trazendo práticas mais humanas e efetivas, o que aperfeiçoa a eficiência do processo (SILVA et al 2012).

A mulher que recebe assistência e acompanhamento pré-natal de qualidade, passa pela complexidade do período gravídico com diminuição de possíveis complicações e/ou diagnóstico precoce das mesmas, possibilitando uma intervenção mais rápida, neutralizando possíveis agravos, tais como, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, ganho excessivo de peso, logo, depressão, anemia e nos casos mais graves, óbito materno-fetal. É assegurado um puerpério de qualidade, que possibilita uma amamentação natural, o binômio (COSTA, 2005).

Deste modo, observa-se a importância da proximidade dos profissionais de saúde com as gestantes, fato que só é possível frente a um diálogo que permite o relato sobre medos, insegurança e dúvidas que envolvem a gestação, fatores esses, que implicam diretamente para a promoção da qualidade de vida no período gestacional (SILVA et al 2012).

Existem algumas ações na atenção primária que contribuem para a efetivação da qualidade de vida e promoção de saúde para a gestante; são eles curso de gestantes, educação em saúde, planejamento familiar, discussões e esclarecimentos sobre métodos contraceptivos. Essas ações possibilitam um atendimento humanizado, transmissão do conhecimento para as grávidas e contribuem para seu alto cuidado (SANTOS, 2009).

O período gestacional implica em várias alterações, como por exemplo, os fatores psicológicos que por sua vez podem ser decorrentes de aumento hormonal, gestação na adolescência, conflitos conjugais, gravidez de mulheres solteiras e divorciadas, problemas trabalhistas, suporte emocional abalado, medo, ansiedade entre outros. Frente a isso, o estudo realizado por Camacho et al. em 2006, indica que os dados referentes a esses agravantes não acometem somente a mãe na gestação, parto e puerpério, mas também

influencia o desenvolvimento e saúde da criança.

Tendo em vista que a gestação é um período de grandes mudanças e de alto impacto na vida da mulher, exigindo dela várias adaptações no contexto familiar, emocional, profissional e corporal; e partindo do princípio que o período é de transição e de novas experiências, se faz necessário um estudo, buscando levantar os aspectos relacionados à qualidade de vida e gestação, e identificar o papel do enfermeiro visando qualidade de vida e diminuição dos riscos e intercorrências inerentes do período gestacional

Frente a isso a escolha do tema é justificada pela necessidade em conhecer fatos que comprometam o bem estar da gestante, e através do conhecimento adquirido, profissionais de saúde possam promover qualidade de vida para a mulher no período gravídico.

## **2. Método**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, tipo de estudo que se origina de materiais já elaborados, como livros, artigos, teses e dissertações. Deste modo, as fontes bibliográficas podem ser classificadas como leituras correntes que abrangem obras de diversos gêneros ou de referências denominadas livros de consulta (GIL, 2009).

Foi realizado busca de dados referentes ao assunto qualidade de vida na gestação de 2002 a 2013. Foram encontrados artigos científicos, teses e dissertações publicadas na literatura de bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library on-line*), central BVS (Centro especializado da OPAS/OMS para cooperação técnica em informação e comunicação científica em saúde na região das Américas) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Os descritores utilizados foram: qualidade de vida, saúde, gravidez, gravidez na adolescência, alimentação, atividade física, sexualidade e agravos psicossociais no período gestacional. Selecionados artigos na língua portuguesa publicados de 2000 a 2013, texto completo e disponível gratuitamente.

Foram encontradas 200 referências bibliográficas, os dados obtidos agrupados de acordo com o tema estudado, sendo 159 excluídos por não se adequarem no período de busca do estudo e por não fornecerem dados significativos a pesquisa.

Após leitura sistemática dos resumos, foram selecionados 41 estudos, em seguida

foi realizada a leitura na íntegra, e a categorização por tipo de publicação, título, fonte e ano de publicação, seguida da análise dos dados e construção dos resultados.

### **3. Resultados**

#### **3.1 Qualidade de vida**

Qualidade de vida é empregada com muita sabedoria e repercussão, sendo um tema muito integrado e discutido nos dias atuais de muitas maneiras, relacionando-se a produtos e serviços. Assim, esse termo se diz respeito à melhoria no padrão de vida de cada um, enfatizando no bem-estar, realização pessoal, relacionamento, educação, estilo de vida, saúde, lazer, fatores psicológicos, físicos e sociais. Contudo na área da saúde foi empregada de maneira eficiente na assistência em políticas públicas nas ações de promoção e prevenção (MONTEIRO et al 2010).

#### **3.2 Atividade física no período gestacional**

Nos dias atuais a prática de atividade física tem aumentado significativamente dentre as gestantes. No entanto, anteriormente as grávidas eram orientadas a reduzirem suas atividades, acreditando que exercícios contribuam para um trabalho de parto prematuro, porém os estudos reconhecem a importância e o quão benéfico é a prática de exercícios físicos no período gravídico, amenizando dores decorrentes das alterações, como por exemplo, lombalgias, dores nos pés e mãos, ajuda no controle de peso contribuindo para a auto-estima da mulher, combate ao stress e ocasiona o fortalecimento da pelve ajudando na evolução do parto normal (BATISTA et al 2003).

Acreditava-se que gestantes não poderiam fazer exercícios físicos para evitar possíveis complicações na gestação, entretanto é benéfico à prática de atividade física nesse período controlando o peso, proporcionando bem estar, diminuição de cansaço e dores nas costas e melhora no sono. É recomendada a prática de exercícios na água, onde estudos apontam diminuição de contrações no período gravídico e com a imersão favorece o líquido amniótico em gestantes com ruptura prematura de membrana (DERTKIGIL et al 2005).

Segundo Dumith et al. (2012) é de extrema importância os achados bibliográficos em relação à prática de atividade física gestacional, que mostra maior prevalência de parto normal e menor número de natimortos, mostrando-se benéfico para gestantes e recém-nascido, refletindo de forma útil e positiva na saúde pública e indicadores sociais.

Na literatura é possível observar que partos vaginais aumentam entre gestantes que praticam atividade física. Os exercícios em si podem fortalecer a musculatura abdominal facilitando o trabalho de parto. Em relação ao grau de escolaridade das parturientes, verifica-se maior adesão à prática de exercícios físicos entre aquelas com maiores níveis de escolaridade (SILVEIRA, 2012).

Em estudo realizado no Nordeste do país, que buscou a associação entre atividade física materna, ganho ponderal gestacional e peso do recém nascido; por meio de um medidor de estimativa de gasto calórico, classificou as gestantes como sedentárias, padrão de atividade física leve, moderada ou vigorosa.

Logo, verificou-se predomínio do sedentarismo entre as gestantes, o que resulta em menor gasto calórico e maior ganho de peso, refletindo significativamente na grávida e no feto (TAVARES et al, 2009).

### **3.3 Alimentação no período gestacional**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que a alimentação e o sedentarismo são fatores que contribuem para o sobrepeso e a obesidade. No entanto, hábitos alimentares não saudáveis podem prejudicar no período gestacional, caracterizando alimentos do tipo *fast-food* (doces, chocolates, carne processada e refrigerante) dando um ganho de peso no final da gravidez (MARTINS, 2011).

A obesidade é um problema gerado em países desenvolvidos e em desenvolvimento decorrente de fatores genéticos e/ou ambientais com proporções econômicas e sociais atingindo ambos os sexos. Assim, o acompanhamento das gestantes no pré-natal é muito benéfico, com ênfase maior no controle do ganho de peso neste período (CASTRO, 2009).

A gestação, o puerpério e a lactação são marcados por muitas modificações relacionadas ao físico, à fisiologia e metabolismo que requerem muitas observações. Relacionado ao peso pode-se dizer que o baixo peso materno causará proporção pequena

para o bebê, já o sobrepeso e a obesidade são associados à diabetes gestacional ou síndrome hipertensiva implicando em causas clínicas graves para mãe e criança. Assim, no pré-natal inclui o acompanhamento do ganho calórico e recomenda alimentos saudáveis no período da gravidez até a amamentação (BAIAO, 2006).

Melere et al. (2013) relata que todas as gestantes precisam consumir alimentos em quantidades certas de acordo com guias nutricionais, alimentações culturais e as orientações para um ganho de peso adequado. A saúde pública prioriza as recomendações e o consumo alimentar como um diagnóstico prévio, assim saberá como realizar uma adequação da dieta regular.

Quando se encontra no período gravídico a alimentação é modificada pela relação à saúde da mãe e do filho, portanto o corpo se transforma e manifesta através de enjôo e vontades. A estética é atingida em grande proporção, sendo essa uma forma radical de evitar certos alimentos, do tipo: doces, frituras e massas (BAIAO, 2006).

A gravidez é um ciclo reprodutivo que os mecanismos fisiológicos estão associados ao consumo exagerado da alimentação, sendo estes difíceis de serem controlados. A alimentação no período gestacional é muito importante, sendo orientada a ingerir alimentos variados, contendo: carnes, peixes, leite e derivados, legumes, verduras e frutas, recomendando seis refeições ao dia com um maior consumo de líquido entre essas. Na 10<sup>a</sup> e 30<sup>a</sup> semana gestacional as necessidades energéticas são aumentadas devido ao processo de produção de leite materno (CASTRO, 2009).

Todas as gestantes sonham em ter uma alimentação saudável e uma forma física adequada durante este período. Mesmo com todos esses desejos essas apresentam distúrbios alimentares, pois apresentam enjôo por alguns mantimentos (DUNKER, 2009).

Na gravidez os hábitos alimentares alteram todo o metabolismo e conseqüentemente os carboidratos e a insulina diminuem. A nutrição neste período é muito crítica em relação à saúde materna, assim, se emprega algumas avaliações do tipo antropométrica, realizada primeiramente pelo Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional, a dietética apresentando a composição dos alimentos, a clínica identificando sintomas digestivos e a bioquímica para avaliar a hemoglobina, função hepática, renal e dados clínicos como a pressão arterial e presença de edema (PADILHA et al. 2010).

A ingestão de micronutrientes favorece na redução de anemia (ferro e folato), problemas no tubo neural (folato), hipertensão (cálcio) e mortalidade materna. A vitamina



C é de extrema importância, esta por sua vez interage com a síntese do colágeno sendo este necessário para a integridade do tecido conjuntivo, cartilagens, matriz óssea, dentes, pele e tendões, assim sua decadência influencia no crescimento fetal e placentário (MALTA et al. 2008).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é relacionado ao baixo nível de glicose na gestação, persistindo ou não no pós-parto, se caracterizando pelo excesso de peso e de gordura corporal. É de extrema importância o acompanhamento nutricional em gestantes com DMG, contribuindo para um bom desempenho obstétrico. Contudo, esta abordagem não se preconiza apenas para as que apresentam fatores de risco, fazendo um rastreamento na primeira consulta do pré-natal (PADILHA et al. 2010).

Estudos relatam que no Brasil a incidência de DMG em mulheres acima de 20 anos atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) é de 7,6%, já 94,0% apresentam pouca tolerância a glicose e 6,0% diabetes fora do período gestacional. Outras pesquisas revelam que entre 10,6% e 6,57% são obesas (PADILHA et al. 2010).

### **3.4 Sexualidade no período gestacional**

Sexualidade nada mais é do que uma função biológica, assim a Neuroendocrinologia relata ser um fenômeno biopsicossocial, sendo que estímulos internos e externos são regulados pelo sistema nervoso central e periférico, ressaltando as alterações hormonais. Assim, o exercício da sexualidade é digno de preconceito, credíces. Para mulher existe cinco fases específicas: neutralidade, excitação, desejo responsivo, satisfatório e intimidade (VIEIRA et al, 2012).

A gestação é muito especial manifestando de forma diferente na sexualidade, através de influências psicológicas e socioculturais podendo enriquecer ou reduzir a vida sexual do casal, assim dependendo do desejo e da inibição o interesse aumenta ou diminui (MARTINS, 2003).

Estudo realizado em Campinas interior do estado de São Paulo, mostra que as gestantes podem apresentar recaída de 60%, 50% e 60,7% nos três trimestres respectivamente, em função da relação sexual (BELENTANI, 2011).

Durante a gestação a sexualidade da mulher e a vida passam por grandes transformações apresentando dificuldades com desejo, excitações, orgasmo, lubrificação e

insatisfação, sendo mostrados em gestantes saudáveis ou nas que necessitam de cuidados clínicos, já na qualidade de vida desta se associa a fatores sociodemográficos como idade, nível educacional, planejamento familiar, trabalho e acompanhamento no pré-natal (FERREIRA et al. 2012).

A gravidez traz grandes mudanças principalmente em relação aos laços afetivos entre os membros de sua família, denominando formas diferentes de equilíbrio diante dessas transformações. Contudo na gravidez e na menstruação a relação sexual é considerada perigosa, causando impotência, esterilidade e produção de monstros, mas isto apenas em algumas sociedades e nos tempos mais antigos. Já nos dias atuais o envolvimento com sexualidade pode ser de comportamento normal, mesmo com suas alterações (ARAUJO et al, 2012).

A auto-estima e a forma da relação da mulher com o seu parceiro envolvem o período da sexualidade. Mesmo com suas alterações físicas, mas sendo amada, esta se sentirá muito atraente. Contudo o período gestacional proporciona momentos agradáveis trazendo uma maior realização na relação sexual, dando enfoque que este ato não prejudica o bebê (LECH, 2003).

Uma pesquisa realizada no Canadá com 139 gestantes entre 18 e 45 anos, evidenciou 71% dessas relataram diminuição na vida sexual, no receio de prejudicar a gestação e o bebê (PRADO, 2013).

A gestação é dividida em três fases, sendo: o primeiro, segundo e terceiro trimestre. No primeiro a mulher apresenta muita sonolência, cansaço e náuseas levando a uma queda no desejo sexual, contudo não havendo comunicação entre o casal a frequência do ato diminui. No segundo a exploração do corpo da gestante através de carícias e toques torna a mulher mais madura para o prazer. No terceiro a ansiedade do parto, as oscilações da pressão arterial, a retenção de líquido e o excesso de peso influenciam na adequação de posição durante a penetração, fazendo com que ocorra uma maior sintonia entre o casal (LECH, 2003).

Contudo a gestação influencia muito em relação ao ato sexual, que por sua vez é comum e importante para o ser humano. Mesmo com todos os tabus existentes sobre o sexo no período gestacional as mulheres se envolvem cada vez mais com seu parceiro por necessitar de carinho e atenção. Muitos estudos mostram que chegando a certo ponto esse desejo se oscila em relação a algumas fases que surge no final na gestação.

### **3.5 Agravos psicológicos no período gestacional**

Dentre várias mudanças ocorridas na mulher durante o período gravídico, estão os TMC (Transtorno Mentais Comuns) caracterizado por depressão, ansiedade, comprometimento das atividades diárias, insônia, irritabilidade e sentimento de inutilidade, auto estima prejudicada, insatisfação corporal entre outros. Estudos apontam que os índices se tornam maiores entre as gestantes solteiras, divorciadas, com baixa escolaridade e com menor poder aquisitivo, observou que a associação dos fatores relacionados, contribui para a possível prática do aborto e tem maior relevância de desencadear TMC. (SILVA et al 2010).

Auto-estima, ou seja, a valorização de si mesmo exerce influência no comportamento de cada pessoa. Na gestação, a mulher fica mais suscetível ao declínio da autoestima em decorrência de mudanças no corpo e alterações hormonais. Através dos achados bibliográficos, é possível ressaltar a influência negativa da mãe com comprometimento de sua auto-valorização em relação ao vínculo afetivo e cuidado com seu bebê, fato esse que exige dos profissionais envolvidos, promoverem assistência pré-natal de qualidade e com empatia, se faz necessário também o com acolhimento familiar, minimizando assim, a prevalência de baixa autoestima na gestante, contribuindo para o autocuidado e capacidade de cuidar do seu bebê, criando e aumentando vínculo entre mãe e filho (MAÇOLA, 2010).

Segundo a Literatura, grávidas com baixa autoestima têm 39 vezes mais probabilidade de agravos psicológicos, sendo preciosa a intervenção dos profissionais de saúde, ressaltando a importância do enfermeiro na atenção básica em identificar e levantar problemas relacionados à gestante através da consulta de enfermagem, diminuindo possíveis agravos e/ou evitando depressão no período gravídico e puerperal (CAVALCANTE, 2012).

### **3.6 Agravos psicológicos decorrentes de uma gravidez precoce**

Há alguns anos o índice de gravidez na adolescência tem aumentado consideravelmente, passando a ser um problema de saúde pública. A definição de saúde

nada mais é que bem estar físico, social e mental e a adolescente não está em sua plena forma física para gerar um bebê, podendo ter agravos na gestação. Outro problema alarmante nesse caso é o psicológico da jovem e os reflexos no comportamento social dessa gestante, como por exemplo, a evasão escolar, que é uma consequência imediata da gravidez na adolescência (YAZLLE, 2006).

Deve-se dar uma atenção especial aos jovens, principalmente mulheres, quando se encontram na adolescência, pois os mesmos enfrentam mudanças drásticas, e se o respaldo necessário não for oferecido, a fase de confusão pode trazer agravos para toda a sua vida adulta como é o caso da gravidez, por isso é importante salientar mais uma vez a participação dos pais nesse período atuando como facilitadores nesse período de transição (OLIVEIRA, 2009).

A gravidez precoce está presente em todas as classes sociais, porém com maior incidência nas classes menos favorecidas, o que implica nos agravos acima citados. Outras grandes complicações associadas com a gravidez na adolescência são a pré-eclâmpsia, anemia, as infecções, o parto pré-termo, as complicações no parto e puerpério e perturbações emocionais bem como as consequências associadas à decisão de abortar (YAZLLE, 2006).

Ao tratar de gravidez na adolescência, jamais podemos esquecer-nos de levar em conta os fatores de risco, para que assim possamos trabalhar na profilaxia deste problema social. Hoje em dia, a situação socioeconômica das jovens mães é considerada um grande fator de risco, mas não podemos deixar de considerar a falta de informação, pois está ao alcance de todos até mesmo das jovens de baixa renda (HERCOWITZ, 2011).

Não podemos nos esquecer de tratar não somente a adolescente grávida, mas também sua família, que por sua vez projetou sonhos e perspectivas em cima desta. Deve-se levar em conta que a chegada de um bebê muda toda a rotina de uma família e que todos os membros desta estão envolvidos nesse processo de traumas, por conta disso o tratamento deve ser oferecido à família como um todo, até para que os membros possam oferecer suporte para a adolescente e sua futura criança (SILVA, 2006).

### **3.7 O papel do enfermeiro na qualidade de vida no período gestacional**

No Brasil, na década de 20 na escola de Anna Nery na cidade do Rio de Janeiro, o

enfermeiro passou a ter formação de atendimento integral e coletivo do indivíduo no aspecto fisiológico e patológico. Considerando que o conteúdo emocional é fundamental para estabelecer uma relação entre enfermeiro/gestante, olhando a particularidade da história clínica da cliente (DUARTE, 2006).

A consulta da gestante se inicia com o médico, mas este não prioriza nas maiorias das vezes as ansiedades, as queixas e os temores. Assim, estas são acolhidas pelo enfermeiro, que proporciona qualidade de vida para a mulher, conduzindo através do acolhimento no período gestacional. Sendo realizado em grupos, aprendendo a enfrentar a gravidez e estarem mais próximas dos seus bebês (DELFINO et al. 2004).

Por conta de muitas mulheres pensarem que a maternidade é uma obrigação feminina e por alguns fatores econômicos é necessário realizar acompanhamento no pré-natal, assim é realizado grupos compostos por grávidas. Contudo o enfermeiro proporciona a elas o aprendizado, tais como o bordado, tricô e pintura para possibilitar um processo construtivo em seu dia-a-dia (DUARTE, 2006).

O enfermeiro passa para a gestante confiança e autonomia, fazendo com que esta enfrente os medos e as mudanças ocorridas durante o período gestacional. Considerando o pré-natal muito importante, trazendo riscos menores no pós-parto e maior eficácia na amamentação (RIOS, 2007).

A consulta de Enfermagem é muito importante, garantindo um melhor atendimento no pré-natal caracterizando as ações preventivas e promocionais, priorizando a comunicação entre ambos. Considerando que todas as informações não interferem apenas na gestação, mas também no parto, sendo este relacionado à morte e a várias outras complicações, assim o preparo sobre os procedimentos, estado emocional e cultural é por sua vez bem dialogado (SHIMIZUR, 2009).

#### **4. Considerações finais**

Após desenvolvimento desta revisão bibliográfica, concluímos que a mulher em período gravídico, passa por uma série de mudanças tendo a necessidade de várias adaptações no decorrer do período, algumas com comprometimento no contexto psicossocial, físico, sexual e alimentar.

Frente a isso foi possível realizar levantamento de dados sobre qualidade de vida

com intuito de minimizar esses agravos, levando em consideração que bem estar físico, social, cultural e mental se associa com saúde.

Há necessidade de promover saúde e conseqüentemente qualidade de vida, para isso alguns fatores são determinados. Correlacionando as mudanças e agravos na gestação, realizamos através deste estudo uma busca detalhada sobre seus fatores, como atividade física, alimentação, sexualidade e fatores psicológicos buscando contemplar o alcance da qualidade de vida na gestação. A atividade física atualmente vem se alterando, já que vários autores relatam que tal prática influencia positivamente no desfecho da gravidez estando relacionado com controle do peso e fortalecimento da musculatura abdominal, favorecendo o parto normal. É papel da equipe de saúde orientar a gestante quanto à prática, desmistificando crenças e associando essa a alimentação adequada.

A alimentação é influenciada pelos maus hábitos alimentares e no agravo do sobrepeso. Aumenta a incidência de síndrome hipertensiva e diabetes gestacional com desfecho para o bebê. O ganho calórico desenfreado não implica somente no contexto estético e corporal da mulher, podendo desencadear possíveis complicações no decorrer do período gravídico, através de alterações metabólicas.

Apesar do baixo peso não acarretar tantos danos quanto o ganho calórico excessivo apresentando apenas pequenas complicações, não é recomendado, porém a baixa ingestão de nutrientes que ocasiona aporte inadequado para o bebê.

A sexualidade na gestação apresenta muitas mudanças, pois depende muito do desejo e da inibição da mulher para este ato ocorrer durante este período.

Assim a relação com seu parceiro influencia muito a relação sexual. A gestação é dividida em três fases, sendo o primeiro, segundo e terceiro trimestre, assim esses apresentam a vontade no começo e até o fim esse desejo vai diminuindo por conta de vários agravos ocorridos durante este tempo, que nada mais no que os incômodos dos edemas, sobrepeso e do preparo para o parto.

Os agravos psicológicos mais comuns durante a gestação são os transtornos mentais, tornando com maior índice em mulheres solteiras, divorciadas e com baixa escolaridade, assim estes agravos contribuem para o aborto. Neste período as alterações hormonais são prejudicadas, prevalecendo na baixa autoestima para com o cuidado do bebê. Para as adolescentes, em especial, a gravidez é muito difícil principalmente no contexto da sociedade e do abandono da escola, sendo essa gestação levada para sua vida

adulta.

Concluímos que toda gestante necessita de cuidados específicos desde o pré-natal até seu pós-parto, assim essas devem comparecer em dia com suas consultas, participar das reuniões oferecidas, ter uma alimentação saudável, nunca deixar de lado sua relação com seu parceiro ou familiares, pois sabemos que a necessidade de carinho durante este período é necessário e sempre ter a consciência de que dentro de seu ventre é contemplado uma vida que necessita de atenção desde quando se apresenta como um feto até o restante de sua vida.

A enfermagem se tornou uma profissão essencial nas práticas curativas. O enfermeiro previne, protege, trata, recupera, promove e produz saúde, assumindo desafios ao lidar com o ser humano, sendo de extrema importância, tanto para alcançar resultados ou na assistência durante o pré-natal (DUARTE, 2006).

## 5. Referências

ANDRADE M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2006. 174p.

ARAUJO M. N. et al. **Corpo e sexualidade na gravidez**. Rev. Esc Enferm USP 2012; 46(3): 552-8.

BUSS M. P. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 163-177, 2000.

BATISTA C. D. et al. **Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 3(2): 151-158, abr. / jun., 2003.

BELENTANI M. L.; MARCON S. S.; PELLOSO M. S. **Sexualidade de puérperas com bebês de risco**. Acta Paul Enferm 2011; 24(1): 107-13.

BAIÃO R. M.; DESLANDES F. S. **Alimentação na gestação e puerpério**. Rev. Nutr., Campinas, 19(2): 245-253, mar./abr., 2006.

BARROS S. A. **Trabalho, educação e enfermagem: marco contextual da formação profissional de nível médio em saúde**. Revista HISTEDBR on-line, Campinas, nº49, p. 231-248, mar2013-INSS: 1676-258.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Conversando com a gestante**. Série F. Comunicação e

Educação em Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 8. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica – nº12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

CAVALCANTE B. C. J.; SOUSA C. E. V.; LOPES O. V. M. **Baixa autoestima situacional em gestantes: uma análise de acurácia**. Rev. Bras. Enferm, Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 977-83.

COSTA M. A.; GUILHEM D.; WALTER T. M. I. M. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde Pública 2005; 39(5): 768-74.

CAMACHO G. K. et al. **Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes**. Ciência Y Enfermeira XVI (2): 115-125, 2010.

CAMACHO S. R. et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Rev. Psiq. Clín. 33(2); 92-102, 2006.

CASTRO T. B. M.; KAC G.; SICHIERI R. **Determinantes nutricionais e sócio-demográficos da variação de peso no pós-parto: uma revisão da literatura**. Ver. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 9(2): 125-137, abr./jun., 2009.

DUARTE H. J. S.; ANDRADE O. M. S. **Assistência pré-natal no programa saúde da família**. Esc Anna Nery R. Enferm 2006 abr; 10(1): 121-5.

DERTKIGIL J. S. M. et al. **Líquido amniótico, atividade física e imersão em água na gestação**. Rev. Bras. Saúde Matern., Recife, 5 (4): 403-410, out. / dez., 2005.

DELFINO R. R. M. et al. **O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4): 1057-1066, 2004.

DUMITH C. S. et al. **Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil**. Rev. Saúde Pública 2012; 46(2): 327-33.

DUNKER L. L. K.; ALVARENGA S. M.; ALVES O. P. V. **Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão**. J Bras Psiquiatr. 2009; 58(1): 60-8.

FERREIRA Q. D. et al. **Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco**. Rev. Bras. Ginecol Obstet. 2012; 34(9): 409-13.

GIL A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HERCOWITZ A. et al. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, agosto, 2006. Rev. Bras. De Ginecologia e Obstetrícia.



LECH B. M.; MARTINS R. C. P. **Oscilações do desejo sexual no período gestacional**. Rev. Estudos de Psicologia, PUC – Campinas, v.20, n.3, p.37-46, setembro / dezembro, 2003.

MALTA B. M. et al. **Utilização das recomendações de nutrientes para estimar prevalência de consumo insuficiente das vitaminas C e E em gestantes**. Rev. Bras. Epidemiol 2008; 11(4): 573-83.

MARTINS B. P. A.; AQUINO H. M. **Influência do consumo alimentar na gestação sobre a retenção de peso pós-parto**. Rev. Saúde Pública 2011; 45(5): 870-77.

MELERE C. et al. **Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras**. Rev. Saúde pública 2013; 47(1): 20-8.

MINAYO C. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 7-18, 2000.

MAÇOLA L.; VALE N. I.; CARMORA V. E. **Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg**. Rev. Esc Enferm USP 2010; 44(3): 570-7.

MONTEIRO R. et al. **Qualidade de vida em foco**. Rev. Bras Cir Cardiovasc 2010; 25(4): 568-574.

OLIVEIRA F. et al. **Gravidez e adolescência: Uma questão emergente**. São Paulo 2009. Rev. Bras. Clin. Med.

PADILHA C. P. et al. **Terapia nutricional no diabetes gestacional**. Rev. Nutr., Campinas, 23(1): 95-105, jan./fev., 2010.

PRADO S. D.; LIMA V. R.; LIMA R. M. M. L. **Impacto da gestação na função sexual feminina**. Rev. Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(5): 205-9.

RIOS F. T. C.; VIEIRA C. F. N. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. Ciência & Coletiva, 12(2): 477-486, 2007.

SILVEIRA C. L.; SEGRE M. A. C. **Exercício físico durante a gestação e sua influência no tipo de parto**. Einstein. 2012; 10(4): 409-14.

SHIMIZU R. R. M.; LIMA G. M. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem**. Rev. Bras Enferm, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 387-92.

SILVA A. R. et al. **Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(9): 1832-1838, set, 2010.

SILVA L.; TONETE V. **A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado**. Rev. Latino-am. Enfermagem v.14, n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2006.

SILVA M. R. et al. **Cartografia do cuidado na saúde da gestante.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(3): 635-642, 2012.

SILVA V. M. L.; FILHO A. N. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226, 2009.

SANTOS S. A. M. M.; SAUNDERS C.; BAIÃO R. M. **A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescentes gestantes: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(3): 775-786, 2012.

SANTOS V. R.; PENNA M. M. C. **A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 652-60.

TAVARES S. J. et al. **Associação entre o padrão de atividade física materna, ganho ponderal gestacional e peso ao nascer em uma coorte de 118 gestantes no município de Campina Grande, Nordeste do Brasil.** Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(3): 335-41.

VIEIRA B. C. T. et al. **Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões?** Rev. Bras. Ginecol Obstet. 2012; 34(11): 485-7.

VILELA M. E.; MENDES M. J. I. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico.** Rev. Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto; 11(4): 525-31.

YAZLLE M. **Gravidez na adolescência.** São Paulo 2011. Scielo 32-42.

*Recebido em 12/06/2014*

*Aprovado em 20/11/2014*