



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA/CCSST
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS SAÚDE E SUAS TECNOLOGIAS
CURSO DE ENFERMAGEM

CONCEIÇÃO LILIAN FERNANDA DA SILVA

**OBSERVANDO O ACONSELHAMENTO GENÉTICO NO PRÉ-NATAL: UM
ESTUDO DE CASO**

Orientadora: Prof. Dra. Ismália Cassandra Costa Maia Dias

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como pré-requisito para obtenção do título de graduação no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Imperatriz/MA

2017

CONCEIÇÃO LILIAN FERNANDA DA SILVA

**OBSERVANDO O ACONSELHAMENTO GENÉTICO NO PRÉ-NATAL: UM
ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como pré-requisito para obtenção do título de graduação no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Ismália Cassandra Costa Maia Dias

Prof^ª Dr^ª Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Prof^ª Msc. Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira

OBSERVANDO O ACONSELHAMENTO GENÉTICO NO PRÉ-NATAL: UM ESTUDO DE CASO

OBSERVING THE GENETIC COUNSELING IN PRENATAL: A CASE STUDY

Conceição Lilian Fernanda da Silva¹

Ismália Cassandra Costa Maia Dias²

RESUMO

Objetivo: Observar o aconselhamento genético na consulta do pré-natal, destacando o papel do enfermeiro. **Métodos:** O estudo é do tipo descritivo, compondo um estudo de caso, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do interior do Maranhão, no período de outubro a dezembro de 2016. A coleta de dados ocorreu por meio da observação passiva da consulta de pré-natal realizada pela enfermeira, e logo após, foi realizada uma pesquisa com as gestantes utilizando um questionário semiestruturado, com perguntas referentes à investigação de riscos, vacinação, patologias genéticas, e quanto à orientação sobre o uso de substâncias proibidas e cuidados com o bebê no pré-natal. **Resultados:** A enfermeira observada questiona as mães sobre hábitos diários, alimentação, higiene, história de doenças na família e dúvidas sobre a gravidez e suas fases. A profissional solicita o que é necessário e está disponível no sistema de saúde, oferecendo informações, considerando as queixas das pacientes, seguindo assim, com os cuidados necessários. 60% das gestantes atendidas estavam na faixa etária de 18 a 24 anos e com ensino médio completo, 50% eram casadas e 56% são donas-de-casa. Nesta amostra, 90% negaram ter realizado alguma consulta antes de engravidar, 77% disseram que foram orientadas sobre os riscos do fumo para o bebê, 86% responderam que foram questionadas sobre o uso de medicamentos e 70% disseram receber orientações sobre os riscos desses fármacos ao feto. 73% afirmaram terem sido questionadas sobre o uso de drogas ilícitas e 63% disseram que foram orientadas sobre os riscos dessa substância para o conceito. **Considerações Finais:** O atendimento seguiu o recomendado pelo Ministério da Saúde, mas é necessário reforçar a necessidade de consultas antes da gestação, além de utilizar estratégias diferentes para a educação em saúde das gestantes.

Palavras – Chaves: Genética. Pré-natal. Enfermagem.

1. Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão Centro de Ciências Sociais, Saúde e suas Tecnologias – UFMA/CCSST, Imperatriz, Maranhão, Brasil. Email: lih_sil_vinha@hotmail.com.

2. Doutora em Ciências Marinhas Tropicais pela Universidade Federal do Ceará; Professora adjunta da Universidade Federal do Maranhão – UFMA/CCSST nos cursos de Enfermagem e Licenciatura em Ciências Naturais. Imperatriz, Maranhão, Brasil. Email: ismaliabio@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O aconselhamento genético é uma prática que surgiu nos Estados Unidos na década de 1940 e tem se difundido ao redor do mundo com a crescente popularização da informação genética e a profissionalização da genética na saúde pública. As pessoas são informadas sobre os resultados de testes genéticos, recebem orientações sobre probabilidades, riscos e possibilidades de doenças genéticas, compondo uma prática profissional que combina saúde, assistência e educação (GUEDES; DINIZ, 2008).

Por mais de quarenta anos, há enfermeiros atuantes na área da genética acompanhando a evolução da ciência, que possibilita o aconselhamento adequado, assim como uma assistência de qualidade para seus clientes (WILLIAMS; LESSIK, 2001).

Nas décadas de 1960 e 1970, a genética tornou-se um importante componente da prática de enfermagem, especialmente nas áreas de saúde comunitária e enfermagem materno-infantil. O enfermeiro especialista na genética começa a ter uma visibilidade maior na década de 1980, e começa a ser visto como peça-chave na equipe multidisciplinar de aconselhamento genético (ANDERSON et al., 2000).

O primeiro grupo de enfermeiros envolvidos no cuidado na área da genética organizou-se informalmente e em 1988 fundaram a Sociedade Internacional dos Enfermeiros Geneticistas (*International Society of Nurses in Genetics - ISONG*). Dez anos depois, o documento *The Scope and Standards of Genetic Clinical Nursing Practice* preparado pela Sociedade, determina normas e diretrizes para o exercício da enfermagem na genética em todo mundo, definindo e estabelecendo níveis de competência profissional para um enfermeiro atuar na área da genética (WILLIAMS; LESSIK, 2001).

Após todos esses anos, a maioria da população necessita de algum tipo de atendimento relacionado à genética, quer seja para aconselhamento genético, diagnóstico ou tratamento. Mas, poucos indivíduos e famílias recebem o atendimento que eles necessitam, por inúmeros motivos, destacando desde a desinformação da comunidade sobre as doenças hereditárias, a dificuldade que os profissionais encontram para dar o diagnóstico e/ou encaminhamento para especialistas, e por último, não menos importante, a falta de serviços de genética clínica suficientes, os quais se concentram principalmente, nas universidades, nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (VASCONCELOS, 2009).

Os avanços no entendimento da base genética das doenças estão cada vez mais influenciando o manejo clínico dos pacientes. Todos os profissionais de saúde deverão incluir a genética no cuidado de seus pacientes e a atenção primária emerge como sendo o cenário

mais apropriado para promover alguns cuidados que incluem o conhecimento de conceitos básicos de genética (BURKE; EMERY, 2002; FLOURIS et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Sociedade Brasileira de Genética Clínica e a Sociedade Brasileira de Genética, aproximadamente cinco por cento das gestações resultam no nascimento de uma criança com algum tipo de anomalia congênita ou doença genética que comprometerá seu desenvolvimento e qualidade de vida (BRASIL, 2009). Além deste dado, condições de etiologia predominantemente genética respondem por 15% a 20% das causas de mortalidade perinatal e infantil em nações em desenvolvimento, tendo as anomalias congênitas passado da quinta para a segunda causa de mortalidade infantil no Brasil nos últimos trinta anos (BRASIL, 2009).

Existem inúmeras medidas em nível populacional ou individual que podem reduzir o risco de anomalias congênitas em um contexto de prevenção primária. Estas intervenções envolvem nutrição (por exemplo, fortificação ou suplementação com ácido fólico), prevenção de doença ou infecção materna (vacinação contra rubéola, cuidado pré-concepcional da mulher com epilepsia ou diabetes, evitando drogas teratogênicas), controle de exposição a agentes químicos de fontes ocupacionais ou ambientais e uma ação especial à exposição durante a gravidez de principais determinantes de saúde, como fumo, álcool e obesidade (ALWAN; MODELL, 2003; DOLK, 2009).

O risco genético que pode emergir de uma história familiar coletada durante a Atenção Primária de Saúde (APS) pode incluir a predisposição para doenças multifatoriais, doenças monogênicas ou risco reprodutivo. O foco principal da atenção primária deve ser as doenças comuns, predisposição genética para desenvolvimento de doenças na vida adulta e saúde reprodutiva. Apesar de algumas famílias em risco para doenças genéticas, especialmente quando associado às doenças monogênicas, necessitarem de encaminhamento para especialista, a maioria pode ser manejada neste nível.

O aconselhamento genético refere-se então, a diferentes aspectos da saúde, da promoção do bem-estar e da garantia de direitos individuais e sociais, desde a reprodução biológica, com a discussão sobre riscos e probabilidades de nascimento de crianças com determinados traços genéticos, até cuidados precoces relativos a doenças genéticas de expressão tardia. Quando o aconselhamento se realiza antes da mulher engravidar chama-se de prospectivo, que seria o ideal para todas as mulheres em idade fértil, receber orientações sobre a gestação e suas fases; já o aconselhamento no pré-natal, com a gravidez em curso, chama-se de retrospectivo (GUEDES; DINIZ, 2008).

Durante o pré-natal, além de todo o acompanhamento da equipe multiprofissional da atenção primária (nutricionista, médico, enfermeiro, psicólogo etc.), a gestante deve ser orientada em relação aos fatores de riscos e as possíveis alterações e traços genéticos que o feto poderá vir a ter. O enfermeiro tem um papel fundamental nesse processo, por ter um contato direto com a gestante durante as consultas pré-natais, e a comunidade na qual ela está inserida, contato esse, que facilita a coleta de dados, e o processo de enfrentamento da família em relação à doença ou condição genética e os qualificam para oferecer os cuidados adequados que o mesmo necessita (VIEIRA; GIUGLIANI, 2013).

Partindo desse pressuposto, o objetivo deste trabalho foi observar como está inserido o aconselhamento genético na consulta do pré-natal, destacando o papel do enfermeiro, e questionando as gestantes sobre as informações recebidas, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior do Maranhão. Por ter um contato direto com as gestantes, o enfermeiro pode inserir o aconselhamento genético através de educações em saúde e disponibilizar material didático para as gestantes, contemplando sobre esse tema com foco no pré-natal.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo estudo de caso, que permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social, representando uma estratégia quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos (YIN, 2010; POLIT; HUNGLER, 2004).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde, no interior do Maranhão. A unidade funciona de segunda à sexta das 7:00 hs às 17:00 hs, a Estratégia de Saúde da Família escolhida, é composta por um coordenador, uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma auxiliar em saúde bucal, uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de serviços gerais. A referida unidade é de fácil acesso para a maior parte da população coberta por esta equipe de saúde da família; possui uma estrutura física adequada composta por uma área de recepção, onde os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) marcam/agendam as consultas, em uma sala própria para realização da triagem através da verificação do peso, glicemia e sinais vitais; consultório de enfermagem e consultório médico, sala de vacina, sala de curativos, farmácia, banheiros e cozinha.

A coleta de dados ocorreu por meio da observação passiva da consulta de pré-natal realizada pela enfermeira, através de um roteiro de observação que foi estruturado de acordo

com o que acontecia durante a consulta, e, logo após foi realizada uma pesquisa com as gestantes utilizando um questionário semiestruturado.

A enfermeira da equipe de saúde da família desta UBS foi acompanhada durante os meses de outubro a dezembro de 2016, perfazendo 10 semanas consecutivas de observação das consultas de pré-natal. A observação passiva seguiu um roteiro básico, por gestante atendida, contendo data da observação, dados sobre a gestação como: idade gestacional, data provável do parto, exames solicitados e seus respectivos resultados, aprazamento e situação vacinal, orientações oferecidas à gestante, medicamentos prescritos, queixas da gestante e anotações sobre a ultrassonografia obstétrica (data da ultrassonografia, idade gestacional pela ultrassonografia, peso fetal, placenta, líquido amniótico).

O questionário aplicado as gestantes, seguiu um roteiro semiestruturado contendo duas partes. A primeira parte continha perguntas referentes à caracterização do perfil sócio-demográfico-econômico das gestantes investigadas: idade, estado civil, profissão, escolaridade. Na segunda parte havia perguntas sobre: número de gestações, uso de cigarro, álcool, histórico e comorbidades na família (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias), além do fator Rh. Foram também realizadas outras perguntas relacionadas ao pré-natal, referentes à investigação de riscos, vacinação, patologias genéticas, e quanto à orientação sobre o uso de substâncias proibidas e cuidados com o bebê. A abordagem às gestantes foi realizada nos turnos matutino/vespertino, durante o horário de funcionamento da Unidade de Saúde, durante os meses de outubro a dezembro de 2016.

Foram incluídas no estudo, as gestantes que realizaram suas consultas de pré-natal nesta UBS, maiores de idade, capazes de responder completamente o questionário, e atendidas pela enfermeira acompanhada, no período do estudo. Considerou-se como critério de exclusão as gestantes que não compreenderam e/ou não responderam o questionário de maneira integral, ou ainda as que foram atendidas na UBS e encaminhadas para o Hospital de referência em atendimento ao pré-natal de alto risco. A amostra foi composta por 30 gestantes, além da enfermeira.

Atendendo às normas éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Comissão de Ética e Pesquisa sob o número do protocolo CAAE 38212414.4.0000.5087.

Na apresentação dos resultados, os dados foram divididos em dois momentos, o primeiro referente aos dados obtidos na observação e o segundo referente à aplicação do

questionário. A análise da conduta e as respostas dos questionários foram divididas por trimestre gestacional, considerando que as informações, exames solicitados e até as dúvidas das gestantes correspondem basicamente a cada um destes períodos.

RESULTADOS

Observação passiva

A enfermeira, concluiu a graduação no curso de bacharelado em Enfermagem, pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em 2007, fez pós-graduação em enfermagem do trabalho pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação (INESPO) no ano de 2011 e em saúde materno-infantil pela UFMA em 2013. Trabalha na rede de atenção básica há 8 anos e há 2 anos na UBS onde foi realizada a pesquisa.

Das 30 gestantes atendidas, 10 correspondiam ao primeiro trimestre, 11 ao segundo e 9 gestantes ao terceiro trimestre gestacional. Na amostra, 53% (16) estavam na primeira gestação e 47% (14) delas estavam em outras gestações.

Durante a observação pode-se perceber que a enfermeira realiza uma anamnese sobre a cliente, pergunta sobre os hábitos de vida diários, alimentação, higiene, história de doenças na família e se a mesma tem alguma dúvida sobre a gravidez e suas fases. A profissional solicita o que é necessário e está disponível no sistema de saúde, oferecendo informações considerando as queixas das pacientes, seguindo assim, com os cuidados necessários para melhor resolução dos problemas. Em seguida ela faz as anotações na carteira da gestante e no seu prontuário.

Pode-se observar que foram solicitados todos os exames laboratoriais de rotina (ELR) referentes a cada trimestre gestacional; sendo para o primeiro trimestre de gestação solicitados o ABO-Rh, toxoplasmose IgG e IgM, citomegalovírus, brucelose, rubéola, HbSAg – Hep B, Anti-HIV, Anti-HCV, glicemia em jejum, hemograma completo, Sumário de Urina (EAS), parasitológico de fezes (EPF), VDRL, Ultrassonografia Obstétrica -USO-.

No grupo de gestantes do segundo trimestre, 46% delas estavam em sua primeira consulta de Pré-natal. Para estas, foram solicitados ELR do 1º trimestre + USO. Para o restante do grupo, que não estavam em sua primeira consulta, foram solicitados ELR do 2º trimestre (Anti-HIV, glicemia em jejum, hemograma completo, EAS, VDRL e USO), e em todas as gestantes foram realizadas ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) e medição da Altura de Fundo Uterino (AFU).

Para as gestantes do terceiro trimestre, foi solicitado o ELR do 3º trimestre (anti-HIV, glicemia em jejum, hemograma completo, EAS, EPF, VDRL e USO), ausculta do BCF e medida da AFU. As vacinas de Hepatite B, Antitetânica, Influenza e dTpa (Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto) foram aprazadas conforme situação vacinal da gestante.

Com relação às queixas, algumas delas foram comuns entre trimestres diferentes e outras específicas/individuais, como pode ser observado na Tabela 1. Dor em baixo ventre, enjoos, sonolência e náuseas foram comuns ao primeiro e segundo trimestres; exclusivas do segundo trimestre as queixas de cefaleia e episódios de vômitos; enquanto lombalgia (55%), edemas em membros inferiores e fadiga (22% cada) foram característicos das gestantes no terceiro trimestre (Tabela 1). Neste último, mais queixas foram relatadas, como constipação, pirose, leucorreia, insônia, fadiga, lombalgia, dores e edemas em membros inferiores. Dor em baixo ventre foi relatada por mulheres nos três trimestres gestacionais (Tabela 1).

Tabela 1: Queixas apresentadas pelas gestantes, pesquisadas em uma UBS do interior do Maranhão, no período de Outubro a Dezembro de 2016.

Queixas	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Dor em baixo ventre	8	80%	6	54%	1	11%
Enjoos	8	80%	4	36%	-	-
Sonolência	4	40%	3	27%	-	-
Náuseas	6	60%	3	27%	-	-
Cafaleia	-	-	3	27%	-	-
Episódios de vômitos	-	-	1	9%	-	-
Lombalgia	-	-	-	-	5	55%
Fadiga	-	-	-	-	2	22%
Edemas em membros inferiores	-	-	-	-	2	22%
Insônia	-	-	-	-	1	11%
Pirose	-	-	-	-	1	11%
Constipação	-	-	-	-	1	11%
Leucorreia	-	-	-	-	1	11%
Dores em membros inferiores	-	-	-	-	1	11%
Sem queixas	-	-	4	36%	2	22%

Legenda: FA: frequência absoluta e FR: frequência relativa.

Considerando as queixas relatadas e as informações necessárias para o bom desenvolvimento embrionário/fetal, foram conferidas orientações à gestantes de todos os trimestres gestacionais, sobre alimentação saudável e higiene dos alimentos, aumento de ingesta hídrica, desenvolvimento e crescimento do embrião/feto, doenças genéticas, uso de álcool, tabaco e outras drogas, e ganho de peso na gestação, conforme Tabela 2.

Tabela 2: Orientações oferecidas para as gestantes, pesquisadas em uma UBS do interior do Maranhão, no período de Outubro a Dezembro de 2016.

Orientações	1º Trimestre	2º	3º Trimestre
-------------	--------------	----	--------------

	Trimestre					
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Alimentação Saudável e higiene dos alimentos	10	100%	11	100%	7	77%
Desenvolvimento e Crescimento do embrião/feto	10	100%	11	100%	5	55%
Aumento de Ingesta Hídrica	10	100%	11	100%	1	11%
Uso de repelentes	10	100%	-	-	7	77%
Uso de óleos/hidratantes corporais	9	90%	9	81%	5	55%
Doenças genéticas (alterações cromossômicas ou mesmo fator Rh)	9	90%	6	54%	4	44%
Ganho de peso na gestação	7	70%	8	72%	1	11%
Relações Sexuais	6	60%	1	9%	1	11%
Sangramentos durante a gestação	6	60%	3	27%	-	-
Uso de vestimentas adequadas	5	50%	3	27%	5	55%
Importância da Vacinação	4	40%	1	9%	1	11%
Doenças de base (diabetes gestacional, HAS, pré- eclâmpsia)	4	40%	-	-	1	11%
Uso de álcool, tabaco e outras drogas	1	10%	1	9%	9	100%
Chás e sucos calmantes	1	10%	-	-	-	-
Aleitamento materno exclusivo	-	-	-	-	9	100%
Cuidados com o RN	-	-	-	-	5	55%
Trabalho de parto/parto	-	-	-	-	4	44%
Puerpério	-	-	-	-	2	22%
Leucorreia na gestação	-	-	-	-	1	11%
Uso de sabonete íntimo	-	-	-	-	1	11%

Legenda: FA: frequência absoluta e FR: frequência relativa. HAS: hipertensão arterial sistêmica.

Orientações exclusivas foram oferecidas às gestantes do terceiro trimestre, sobre o puerpério, trabalho de parto/parto, cuidados com o Recém Nascido (RN), aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida da criança e leucorreia durante a gestação. Outras informações foram oferecidas, de acordo com as necessidades por trimestre gestacional, como importância da vacinação, uso de óleos/hidratantes corporais, Doenças de base (diabetes gestacional, Hipertensão Arterial Sistêmica, pré-eclâmpsia), uso de repelente e consumo de chás e sucos calmantes (Tabela 2).

Em relação aos medicamentos, foram prescritos de acordo com as necessidades de cada gestante. Ácido fólico® 5mg, sulfato ferroso® 40mg e meclin® 25mg para gestantes de todos os trimestres gestacionais. Já o neutrofer fólico® 150/5mg foi prescrito para 3 gestantes que apresentaram anemia, dramim® 100mg para 1 gestante que sofria de insônia, utrogestan® 200mg foi prescrito para 1 gestante do primeiro trimestre para manutenção da gravidez, cefalexina® 500mg foi prescrito para 3 gestantes que apresentaram infecção urinária e tropinal gotas® para 2 gestantes que apresentaram cólicas frequentes.

Pesquisa com as gestantes atendidas

Os dados sobre as variáveis sociodemográficas e econômicas das gestantes atendidas podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3: Perfil sócio-demográfico-econômico, das gestantes pesquisadas em uma UBS do interior do Maranhão, no período de Outubro a Dezembro de 2016.

Variável	FA	FR
Idade		
18 – 24 anos	18	60%
25 – 30 anos	6	20%
31 – 36 anos	6	20%
Escolaridade		
Ensino Fundamental completo	7	23%
Ensino Médio incompleto	3	10%
Ensino Médio completo	18	60%
Ensino Superior incompleto	1	3%
Ensino Superior Completo	1	3%
Estado Civil		
Solteira	10	33%
Casada	15	50%
União Estável	5	17%
Ocupação		
Do lar	17	56%
Garçonete	2	6%
Professora	2	6%
Vendedora	2	6%

Legenda: FA: frequência absoluta e FR: frequência relativa.

A amostra foi composta principalmente por mulheres entre 18 e 24 anos (60%), casadas (50%), donas-de-casa (56%), e com ensino médio completo (60%). Outras ocupações foram mencionadas: serviços gerais, costureira, vigilante, auxiliar de dentista, depiladora, auxiliar de farmácia e auxiliar administrativo.

Com relação ao questionário aplicado, as respostas estão mostradas na Tabela 4. A maioria das gestantes (90%) negou ter realizado alguma consulta antes de engravidar, 77% disseram que foram orientadas sobre os riscos do fumo para o bebê, 86% responderam que foram questionadas sobre o uso de medicamentos e 70% disseram receber orientações sobre os riscos desses fármacos ao feto. 73% afirmaram terem sido questionadas sobre o uso de drogas ilícitas e 63% disseram que foram orientadas sobre os riscos dessas substâncias para o concepto. 73% das gestantes afirmaram receber solicitação para realizar sorologia de rubéola e foram informadas sobre os riscos da doença (Tabela 4).

Com relação a triagem neonatal, 63% responderam que foram informadas sobre a importância, mas 46% das gestantes disseram que em gestações anteriores não realizaram a triagem neonatal durante o período recomendado (Tabela 4).

Tabela 4: Respostas ao questionário aplicado com as gestantes atendidas em uma UBS do interior do Maranhão, no período de Outubro a Dezembro de 2016.

PERGUNTAS	sim	FR	não	FR	NR
	(FA)		(FA)		

Você realizou uma consulta antes de engravidar para saber quais cuidados poderia tomar para ter uma gravidez saudável?	3	10%	27	90%	-
No seu pré-natal lhe perguntaram se você fumava tabaco?	26	86%	3	10%	1
Você foi orientada sobre os riscos e os danos que o fumo poderia causar ao seu bebê?	23	77%	7	23%	-
No seu pré-natal lhe perguntaram se você consumia bebidas alcoólicas?	27	90%	3	10%	-
Você foi orientada sobre os riscos e os danos que o álcool poderia causar ao seu bebê?	23	77%	7	23%	-
No seu pré-natal lhe perguntaram se você utilizava algum tipo de medicamento?	26	86%	4	14%	-
Você foi orientada sobre os riscos e os danos que alguns medicamentos podem causar ao seu bebê?	21	70%	9	30%	-
Durante o pré-natal, solicitaram um exame de sorologia para rubéola?	22	73%	6	20%	2
Se não imune: você foi aconselhada sobre os riscos da infecção durante a gravidez?	22	73%	8	27%	-
Se não imune, você foi orientada a tomar a vacina depois do nascimento do bebê?	17	56%	10	33%	3
Durante o pré-natal, recebeu suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, antes da gestação até o terceiro mês de gestação?	29	96%	1	4%	-
Durante o pré-natal foi realizada Ultrassonografia por volta do terceiro mês de gestação?	21	70%	8	26%	1
Em caso de gestações anteriores: foi feita triagem neonatal (teste do pezinho) no seu filho, entre o terceiro e sétimo dias de vida?	15	50%	14	46%	1
Durante as consultas de pré-natal, você foi informada sobre a importância da triagem neonatal?	19	63%	9	30%	2
Durante seu pré-natal você foi orientada sobre o uso de algum medicamento que pudesse causar problemas na formação do seu bebê?	21	70%	8	26%	1
No seu pré-natal lhe perguntaram se você usava algum tipo de drogas?	22	73%	7	23%	1
Você foi orientada sobre os riscos e os danos que o uso de drogas poderiam ter causado ao seu bebê?	19	63%	10	33%	1

Legenda: FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa e NR: não se recordam.

DISCUSSÃO

Observação passiva

Os exames solicitados para as gestantes seguiram o recomendado pelo Ministério da Saúde (2012), sendo extremamente importantes, pois, através de seus resultados, pode-se diagnosticar condições clínicas especiais, com necessidades específicas, como o fator Rh negativo da mãe, anemia, infecções urinárias, doenças renais ocultas, diabetes, hipertensão arterial, doenças de transmissão vertical como sífilis e AIDS, sendo assim um método ágil, e que torna possível identificar, tratar e reduzir muitos problemas de saúde que costumam atingir mãe e filho ainda no primeiro trimestre de gravidez.

Exames sorológicos para detectar rubéola, toxoplasmose e hepatites B e C são também solicitados, com importância crucial, pois algumas destas infecções na mãe são assintomáticas

e geralmente não detectadas. A Síndrome da Rubéola Congênita, doença que ocorre nos cinco primeiros meses da gestação, pode resultar em aborto, natimorto e malformações congênitas como cardiopatias, surdez e catarata como afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Embora 20% (6) das grávidas tenham negado ter recebido esta solicitação, observou-se durante o acompanhamento com a enfermeira, que a mesma ofereceu informações sobre as consequências da doença para o feto, e foram orientadas para a vacinação depois do nascimento do bebê, para aquelas que ainda não haviam sido imunizadas.

Segundo o mesmo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a toxoplasmose neonatal, infecção intrauterina, varia de assintomática à letal, dependendo da idade fetal e de fatores não conhecidos. Caso a infecção aconteça no segundo ou no terceiro trimestres, as consequências são diferentes, respectivamente, com nascimento prematuro, sinais de encefalite, convulsões, calcificações cerebrais, para o segundo; pneumonia, miocardite ou hepatite com icterícia, anemia, coriorretinite e ausência de ganho de peso para o terceiro trimestre.

No caso das hepatites B e C, doenças virais, quando transmitidas por via vertical, como afirmam os autores Conceição et al. (2009), cerca de 70% a 90% dos recém-nascidos infectados desenvolvem a forma crônica da doença e 20 a 25% destes evoluem para doenças hepáticas avançadas, principalmente a cirrose e o hepatocarcinoma. Calcula-se que o risco de desenvolvimento do carcinoma hepatocelular nas crianças infectadas por transmissão vertical pelo vírus da hepatite B (VHB) é cerca de 200 vezes maior que o da população geral, demonstrando a importância do diagnóstico pré-natal. Os autores Conceição et al. (2009), afirmam ainda que a imunoprofilaxia imediatamente após o nascimento, com a administração da vacina e imunoglobulina, previne a infecção neonatal pelo VHB em mais de 90% dos casos.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), os exames laboratoriais devem ser realizados pelo menos duas vezes (no 1º e 3º trimestres), durante o pré-natal. Outros exames, como prova de função renal e hepática, dosagens dos eletrólitos podem ser realizados de acordo com a avaliação médica e quadro clínico da gestante. Com o acompanhamento contínuo dessa gestante é possível manter uma boa qualidade da assistência, contribuindo assim para o diagnóstico e tratamento precoce das doenças.

As queixas relatadas pelas gestantes estavam relacionadas principalmente as mudanças hormonais e físicas que acontecem normalmente com o desenvolvimento do conceito na mãe (BRASIL, 2012). A dor em baixo ventre se deve basicamente pela expansão uterina; já

sonolência, enjoos e náuseas ocorrem devido o aumento drástico dos hormônios femininos, com cerca de 300mg/dia de progesterona e 80mg/dia de estrogênio (BRASIL, 2012). Pereira e Bachion (2005) explicam que o aumento da progesterona leva a diminuição da motilidade do trato digestivo, diminuindo o tônus gástrico e aumentando o tempo de esvaziamento do estômago, que associado ao relaxamento da cárdia vai provocar náuseas e refluxo. As gestantes do segundo trimestre acrescentaram episódios de vômitos e cefaleia também como consequências do aumento dos hormônios femininos.

Já no terceiro trimestre, observou-se um número maior de queixas relacionadas às mudanças corporais. Segundo Rezende (1998) a expansão uterina na cavidade abdominal, a compressão das vértebras da coluna, a mudança do eixo do corpo, a compressão do diafragma, das alças intestinais e da circulação dos membros inferiores, dificultam o retorno venoso, o que causa o edema e as dores típicas do final do terceiro trimestre.

Pereira e Bachion (2005) afirmam ainda que a dor também está relacionada ao aumento do estrogênio e presença da relaxina ovariana que induzem ao relaxamento dos tecidos conjuntivos e colágeno, induzindo a maior mobilidade das articulações, separação da sínfise púbica e instabilidade das articulações sacro-ilíacas. Tanto no presente trabalho, quanto na pesquisa de Pereira e Bachion (2005) foram identificados outros diagnósticos de enfermagem como constipação e insônia (padrão de sono conturbado), todos estes correlacionados as mudanças fisiológicas já descritas.

Considerando as queixas e o desenvolvimento da gestação, foram oferecidas orientações de acordo com o Ministério da Saúde (2012), visando contribuir com a saúde mãe/feto, evitando patologias e complicações para o binômio. Assuntos como o aumento da ingesta hídrica, alimentação saudável, a correta higiene dos alimentos, enfatizando a importância dessas mulheres realizarem 6 refeições diárias estão relacionados ao ganho de peso, a qualidade nutricional oferecida ao bebê, além da possibilidade de Diabetes gestacional, hipertensão, sobrepeso, com consequências mais graves ainda como pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

A enfermeira observada também reforçou a importância do uso frequente de repelente, para evitar o contato com o mosquito *Aedes aegypti* que é transmissor dos vírus do Dengue, Chikungunya e Zika, pois a infecção de mulheres grávidas com o Zika está associada ao nascimento de crianças com microcefalia (Ministério da Saúde, 2015). Segundo orientações do Ministério da Saúde (2015), o contato com o vetor infectado deve ser evitado durante toda a gestação, mas principalmente no primeiro trimestre, período em que ocorre a formação do

tubo neural do indivíduo, podendo ocorrer o contato transplacentário com o RNA (*ácido ribonucleico*) do vírus da Zika, causando assim, alterações no sistema nervoso e microcefalia.

As gestantes do terceiro trimestre receberam orientações especiais sobre aleitamento materno exclusivo, pois o leite materno traz diversos benefícios, como afirmam Demerari *et al.*, (2011), favorecendo o sistema imunológico, protegendo o recém-nascido de doenças digestórias, respiratórias e alergias, diminuindo casos de mortalidade infantil por pneumonia e diarreia, bronquite asmática, desnutrição e eczemas, e permitindo o crescimento saudável do recém-nascido. Pereira e Bachion (2005) afirmaram que o risco para amamentação ineficaz é um diagnóstico de enfermagem, que deve ser trabalhado pelo profissional enfermeiro, especialmente por ser devido ao déficit de conhecimento e anomalias nos seios, especialmente nas primíparas.

Sobre a leucorreia na gestação, as mesmas receberam orientações que esse é um episódio esperado na gravidez, o que segundo Rezende (1998) ocorre devido o aumento do fluxo sanguíneo na área da vagina, produzindo assim, um muco de aspecto leitoso e quase sempre inodoro, podendo ser observado que a produção desta secreção aumenta à medida que o parto se aproxima. O uso de sabonete íntimo de preferência neutro ajuda a balancear o pH vaginal e diminuir a quantidade excessiva de leucorreia, em consequência disto, as gestantes foram incentivadas a usar este tipo de produto íntimo tanto para auxiliar no tratamento como para prevenir o problema.

Em relação ao trabalho de parto/parto as gestantes receberam orientações sobre os sinais de alerta, como perda do tampão mucoso, aumento do número de contrações, e rompimento da “bolsa”, além de instruções de como deveriam proceder no momento do parto, auxiliando o médico no atendimento. As orientações seguiram o que está documentado no caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde (2012).

Considerando os cuidados com o RN, as grávidas receberam orientações de acordo com o que o Ministério da Saúde (2012) preconiza, sobre o banho da criança; limpeza da cavidade oral e do coto umbilical com álcool a 70%, deixando a área do abdômen sem compressas ou curativos fechados; cuidados com as roupas da criança; e as gestantes foram ensinadas ainda a identificar se o bebê está com uma boa pega nas mamas, e caso necessário massageá-las para estimular produção do leite.

Em relação ao Puerpério, as mesmas receberam informações que se houver o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas “empedradas” e doloridas, após alta

hospitalar, as mesmas deveriam procurar imediatamente o serviço de saúde. Foi reforçado também sobre a visita domiciliar entre o 7º e 10º dia de vida da criança, dessa maneira, pode-se realizar a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), esta atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal e foram informadas também que após 20 dias do parto as relações sexuais poderim ser restabelecidas, quando já tiver ocorrido a cicatrização, porém, tomando providências quanto à anticoncepção.

Quanto aos medicamentos prescritos, à enfermeira seguiu o que é recomendado pelo Ministério da Saúde (2012) com prescrições que visavam desde a profilaxia da anemia; alívio de náuseas, enjoos e vômito, insônia, infecção urinária, manutenção da gestação e medicação antiespasmódica e analgésica para o tratamento de cólicas frequentes.

Pesquisa com as gestantes atendidas

Observou-se na pesquisa que a maioria (90%) das gestantes não realizou nenhuma consulta antes de engravidar, o que pode ter consequências diretas na saúde da mulher/mãe/gestante, pois esta deveria receber informações prévias sobre patologias, vacinas, uso de medicamentos e suplementos que contribuiriam para uma gestação saudável. Como reforçam Magalhães e Sanseverino (2011), o aconselhamento pré-concepcional é uma oportunidade de proporcionar informações e orientações que contribuam para uma gestação mais saudável e para a prevenção de defeitos congênitos. Medidas preventivas têm impacto significativo e, por isso, o ideal seria que esse aconselhamento fosse realizado antes de qualquer gestação, fazendo parte dos cuidados da saúde de toda mulher, especialmente no nível da Atenção Primária.

Segundo Vieira e Giugliani (2013), o aconselhamento genético deve ser oferecido através de profissionais da saúde, que devem assegurar a transmissão da informação de forma clara e não diretiva e tem o dever de saber repassar informações técnicas acerca da condição genética (diagnóstico, etiologia, história natural, prognóstico, tratamento/manejo), explicando, de forma clara, a indivíduos de diferentes condições socioeconomicoculturais e de diferentes níveis educacionais os aspectos técnicos e médicos dos testes diagnósticos e das opções de manejo, incluindo riscos, benefícios e limitações.

Pensar em aconselhamento genético não inclui somente alterações cromossômicas estruturais e numéricas, mas envolve desde a nutrição que influencia a formação do tubo neural, o uso de substâncias teratogênicas, a observação de malformações congênitas, as já mencionadas alterações cromossômicas e até mesmo o impacto de patologias maternas no desenvolvimento do feto, como infecções bacterianas e virais.

O observado na presente pesquisa colocou em evidência um grupo de grávidas que iniciaram as consultas de pré-natal no segundo semestre, o que pode ter colocado estas mulheres em contato com drogas lícitas e/ou ilícitas, medicamentos, metais pesados, substâncias com potencial teratogênico, o que segundo Hán, Nava-Ocampo e Koren (2005) dobra o risco desta exposição, além de problemas nutricionais que podem ter influência sobre a formação do sistema nervoso central ainda na fase embrionária.

Com relação aos fatores de risco, percebeu-se que as gestantes receberam orientações sobre o uso de álcool, tabaco, e de medicamentos, todos de importância crucial no pré-natal. Leopércio e Gigliotti (2004) afirmaram que o tabagismo durante a gestação tem implicações que vão além dos prejuízos à saúde materna, o que justifica falar sobre o feto como um verdadeiro fumante ativo, com consequências de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortes perinatais, com risco para a síndrome da morte súbita do bebê, e alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal.

Com relação ao álcool, o efeito potencial mais significativo da exposição pré-natal é sobre o desenvolvimento do sistema nervoso central. Segundo Peres *et al.*, (1999), a síndrome alcoólica fetal (SAF) caracteriza-se por deficiência mental, microcefalia, coordenação motora pobre, hipotonia, hiperatividade, dismorfias faciais, micrognatia, fissuras palpebrais pequenas, filtro nasal hipoplásico, lábios superiores finos, microftalmia, retardo de crescimento pré e pós-natal. Os autores relatam ainda que não existe um limiar seguro para o consumo de álcool, devendo-se assim evitar qualquer quantidade de consumo, informação repassada pela enfermeira no momento das consultas.

Já o uso de medicamentos, segundo Kalter (2003), como anticonvulsivantes, anticoagulantes cumarínicos, anti-inflamatórios e inibidores da prostaglandina sintase, causam danos reprodutivos na espécie humana, podendo ser agrupados em classes que variam desde a perda do conceito, malformações, restrição de crescimento intrauterino e deficiências funcionais. Para Rocha *et al.* (2013), a exposição medicamentosa da mãe ultrapassa a barreira transplacentária atingindo o feto, os efeitos sobre ele vão depender do fármaco, da paciente, da época de exposição durante a gravidez, da frequência e da dose total, devendo ser evitado o

uso de medicações. Mesmo assim, 30% das gestantes negaram ter recebido orientações sobre os mesmos.

O Ministério da Saúde (2013) recomenda que a suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação faz parte do cuidado no pré-natal para diminuir o risco da criança nascer com baixo peso, anemia e deficiência de ferro na gestante. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2012), a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia.

A maioria das gestantes pesquisadas (96%) foi informada sobre a suplementação de modo incisivo até o final do primeiro trimestre, tendo um risco maior para as gestantes que iniciaram as consultas no segundo trimestre de gestação. Além disso, as gestantes iniciam a suplementação ao saber que estão grávidas, e não antes, como deveria acontecer no aconselhamento pré-concepcional.

O Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2003) recomenda dois exames ultrassonográficos para as gestantes de pré-natal de baixo risco: o primeiro entre 10 e 13 semanas, para determinar a idade gestacional e diagnosticar gravidez múltipla, e o segundo entre 18 e 20 semanas para realizar o estudo morfológico, no qual se procura analisar a anatomia dos diversos segmentos do feto, como cabeça, face, pescoço, tórax, abdome, extremidades, coluna vertebral e estruturas anatômicas internas. Na presente pesquisa, mais da metade das mães atendidas (70%) realizaram ultrassonografia por volta do 3º mês de gestação, embora um número considerável delas 26% negou ter realizado este exame.

Segundo Carvalho, Abrahão e Santana (2003), o exame não deve atentar-se apenas para as estruturas alteradas, mas também para as normais, sempre considerando a idade gestacional, compreendendo inclusive um modo de tranquilizar e informar a mãe sobre as etapas de desenvolvimento do filho. Neste trabalho, não foram pesquisados os motivos pelos quais estas gestantes não fizeram o exame, embora tenha sido acompanhado a importância e o pedido dos mesmos pela enfermeira observada.

Silva (2015) afirma que toda criança nascida em território nacional tem o direito à triagem neonatal para detectar algumas doenças que podem causar sequelas graves ao desenvolvimento e crescimento da criança, como Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística, devendo ser feito no momento e da forma adequados.

A metade das gestantes da amostra (50%) responderam que em gestações anteriores foi realizada a triagem, entre o 3º e 7º dia de vida de seu filho, o preconizado pela Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal (2016), mas um número ainda significativo de 46% negou ter realizado este exame no período correto. Um grupo das gestantes pesquisadas (30%) afirmou não terem sido informadas sobre a importância do teste, o que reforça a necessidade de trabalhar o tema com as mães, além de observar como esta informação está sendo repassada pela enfermeira, considerando o trimestre gestacional, provavelmente mais adequado no último trimestre, observando também a linguagem no momento da exposição e a percepção da cliente.

Outro assunto abordado foi o uso de drogas durante a gestação. Segundo Fabbri e Pedrão (2000), o índice de mulheres usuárias de alguma droga aumentou significativamente e com isso há a preocupação com o seu consumo, comprometendo o desenvolvimento bio-psico-social do feto em formação.

Durante a primeira consulta de pré-natal da gestante a enfermeira questionava se a mesma utilizava algum tipo de droga, e todas negaram serem usuárias de drogas. Mesmo com essa resposta, a enfermeira orientou para os riscos e as consequências que as drogas causam no embrião/feto assim como, para a própria gestante. Algumas drogas bem estudadas têm consequências conhecidas, como afirmam os autores Taylor (1992); Rezende (1998); e Carvalho et al (2000). Sobre o feto, estes estudos observaram um retardo no crescimento intrauterino (CIUR), baixo peso ao nascer, aumento da incidência de parto pré-termo, presença de mecônio, e descolamento prematuro de placenta.

De acordo com os autores Taylor (1992), Rezende (1998), Tedesco (2000) e Carvalho et al., (2000), o recém-nascido (RN) exposto a alguns opióides durante a gestação poderá apresentar baixo peso ao nascer, estatura baixa e circunferência cefálica pequena, aparecimento de hérnia inguinal, sendo que o efeito mais visível no RN é a síndrome da abstinência fetal (SAF) que aparece 3 a 4 dias após o nascimento, podendo persistir de 2 a 3 semanas na forma subaguda e dura de 4 a 6 meses quando atinge seu ponto máximo na sexta semana de vida. A SAF no RN pré-termo tem seus efeitos mais leves decorrentes da prematuridade do sistema nervoso central, podendo levar ao risco de morte perinatal e convulsões intrauterinas provocando o CIUR, interferindo também no desenvolvimento cerebral fetal e na presença de mecônio.

Toda a abordagem realizada pela enfermeira esteve baseada no que é preconizado pelo Ministério da Saúde, no entanto, parece haver algumas falhas no momento do repasse

das informações. Isto pode ser percebido pelas respostas das mães, muitas vezes negando que receberam as orientações ou solicitações de exames. Nesta relação, fica claro que a estratégia de linguagem, clareza e o tempo para o repasse devem estar associados às características sócio-econômicas e mesmo educacionais das mães atendidas.

Para mudar este quadro, a equipe multiprofissional de saúde da rede de atenção primária deve promover educações em saúde, distribuir materiais didáticos com informações de como realizar a triagem, quais locais que as mães podem procurar para este fim, sobre o diagnóstico precoce das doenças e sobre a importância da triagem neonatal, despertando a consciência não só das mães, mas também da comunidade na qual estão inseridas. É importante destacar que estas atividades devem ser constantes, de modo que a gestante tenha conhecimento e capacidade de tomar decisão, o que faz dela um ser empoderado e responsável, conscientemente de sua saúde e de seu filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação envolve uma série de transformações fisiológicas, emocionais e interpessoais, com implicações em toda a dinâmica da vida familiar. Por isso mesmo, a gestante deve ser assistida por uma equipe profissional capaz de observar e ajudar a conduzir de forma saudável a manutenção desta vida até o nascimento. A atuação do enfermeiro no pré-natal, portanto, implica no seu preparo clínico para identificar fatores de riscos, problemas reais e potenciais da gestante, de modo a oferecer os cuidados necessários.

A maioria das gestantes não realizaram uma consulta antes de engravidar, isso confirma a necessidade de realizar um aconselhamento prospectivo, em vistas de diminuir os riscos de malformações ou deficiência intelectual, que poderiam ser evitados com informações básicas. Além disso, apesar da maioria das grávidas terem concluído o ensino médio, as mesmas não foram capazes de reconhecer riscos referentes a uso de álcool e drogas.

No momento da observação passiva pode-se acompanhar a enfermeira oferecendo orientações às gestantes. Logo depois, na resolução do questionário, as mães afirmavam não ter recebido as informações, desconhecendo fatos importantes. Este fato pode refletir falhas durante a comunicação entre o profissional e a paciente, talvez com conteúdos repassados de modo descontextualizado, ou mesmo quase que como reprodução, desconsiderando o grau de instrução da paciente, sua situação emocional, e não menos importante a linguagem profissional utilizada.

Deste modo, percebemos a necessidade de capacitar os profissionais da saúde para prestarem uma assistência de qualidade à essas mulheres, assim como, para os próprios profissionais terem conhecimentos baseados em dados científicos sobre as orientações que os mesmos fornecem. Um ponto importante que foi exposto pela enfermeira, é que, quando a mesma realizou sua graduação não teve nenhuma disciplina que estudasse os conteúdos de genética, o que reflete a questão da formação profissional, especialmente naqueles em que esta disciplina não foi apresentada como competência profissional.

Observa-se que para fazer parte de uma equipe de aconselhamento genético clínico especializado faz-se necessário que o enfermeiro seja especialista, mas ao nível da APS todo profissional da enfermagem deve ter conhecimentos básicos sobre genética médica e comunitária, onde ele possa oferecer com segurança o atendimento que as gestantes necessitem, combinando habilidade de raciocínio, julgamento clínico, métodos educativos efetivos, linguagem clara, não diretiva capaz de atender de modo mais equânime a população.

OBSERVING THE GENETIC COUNSELING IN PRENATAL: A CASE STUDY

Conceição Lilian Fernanda da Silva¹

Ismália Cassandra Costa Maia Dias²

Abstract

Objective: To observe the genetic counselling in the prenatal consultation, highlighting the role of the nurse. **Methods:** The study is of the descriptive type, composing a case study, carried out in a Basic Health Unit of the interior of Maranhão, from October to December 2016. Data collection occurred by passive observation of prenatal consultation carried out by the nurse, and soon after, a survey was conducted with pregnant women using a semi-structured questionnaire with questions related to research risks, vaccination, genetic disorders, and Guidance on the use of prohibited substances and baby care in prenatal care. **Results:** The observed nurse questioned the mothers about daily habits, food, hygiene, history of diseases in the family and doubts about pregnancy and its phases. The professional asks for what is necessary and is available in the health system, offering information, considering the patients' complaints, thus following the necessary care 60% of the pregnant women attended were in the age group of 18 to 24 years old and with a high school education, 50% were married and 56% were housewife. In this sample, 90% denied having done any consultation before becoming pregnant, 77% said they were advised about the risks of smoking to the baby, 86% answered they were questioned about the use of medicines and 70% said they received guidelines on the risks of these To the fetus 73% said they had been questioned about the use of illicit drugs and 63% said they were advised about the risks of this substance for the concept. **Final Considerations:** The care followed the recommendation of the Ministry of Health, but it is necessary to reinforce the need for consultations prior to pregnancy, in addition to using different strategies for the health education of pregnant women.

Keywords: Genetics. Prenatal. Nursing.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALWAN, A.; MODELL, B. recommendations for introducing genetics services in developing countries. *Nat Rev Genet*, 2003. Jan; 1 (4)61-68.

ANDERSON G. et al. Preparing the nursing profession for participation in a genetic paradigm in health care. *Nurs Outlook*, 48(1):23-7, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Org.). Programa Nacional de Suplementação de Ferro Manual de Condutas Gerais. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_ferro2013.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 81, De 20 De Janeiro De 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0081_20_01_2009.html>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso 8ª ed. rev. Brasília, 2010.

BURKE, W.; EMERY, J. genetics education for primary care providers. *Nat Ver Genet*, 2002 Jul; 3(7)561-566.

CARVALHO FHC et al. Diagnóstico pré-natal das anomalias congênitas. Guias de Medicina Laboratorial e Hospitalar Unifesp-EPM. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2003.

CARVALHO, M.M. et al. Uso de drogas ilícitas na gestação. *Rev. Femina*. v. 28, n. 5, p. 257-260, jun. 2000.

CONCEIÇÃO JS et al. Conhecimento dos obstetras sobre a transmissão vertical da hepatite B. *Arq Gastroenterol* 2009; 46: 57-61.

DEMARI L. et al. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. *Pediatria São Paulo*; 33 (2): 89-96, 2011. Disponível em: <

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=610180&indexSearch=ID>> Acesso em: 23 fev. 2017.

DOLK, H. what is “primary” prevention of congenital anomalies? *Lancet*, 2009; 374:378.

FABBRI, C. E.; PEDRÃO, L.J. Narcodependência na gestação. *Rev. Baiana de Enfermagem*. v 13, n V2, p. 29-38, Salvador, abr/out. 2000.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Recomendação sobre a suplementação periconcepcional de ácido fólico na prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural. FEBRASGO: 2012.

FLOURIS, A. et al. Development of a questionnaire for evaluating genetics education in general practice. *J Community Genet*, 2010; DOI 10.1007/s12687-010-0027-8.

GUEDES, C; DINIZ, D. A Ética na História do Aconselhamento Genético: um Desafio à Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 33, n. 2, p.247-252, 05 set. 2008.

HÁN J.Y, NAVA-OCAMPO A.A, KOREN G. Unintended pregnancies and exposure to potential human teratogens. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2005;73(4): 245-248.

KALTER, H. Teratology in the 20th century: environmental causes of congenital malformations in humans and how they were established. *Neurotoxicol Teratol*. 2003;25(2):131-282.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Rio de Janeiro, p. 176-185. Mar/Abr de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n2/v30n2a16>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MAGALHÃES, J.A.A., SANSEVERINO, M.T.V. Aconselhamento pré-concepcional. In: Freitas FM, Martins-Costa SHA, Ramos JGL, Magalhães JAA. *Rotinas em Obstetrícia*. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. cap. 2, p. 45-52.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

PEREIRA, S.V.M., BACHION, M.M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. Rev Bras Enferm 2005 nov-dez; 58(6):559-64.

PERES, R.M. et al. Álcool e gestação: potenciais riscos para a saúde embrio-fetal. RBM. 1999; 56:14-18.

POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REZENDE, J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ROCHA, R.S. et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):37-45.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Womens's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline, 2003.

SILVA, C. A. et al. Triagem neonatal de hemoglobinopatias no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: análise de uma série de casos. Revista Paulista de Pediatria, [s.l.], v. 33, n. 1, p.19-27, mar. 2015.

SILVA, T.P., TOCCI, H.A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. Rev Enferm UNISA 2002; 3: 50-6.

SBTN, Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal. Triagem neonatal: O teste do pezinho. 2016. Disponível em: <http://www.sbtn.org.br/pg_triag_oquee_passo.htm>. Acesso em: 02 dez. 2016.

TAYLOR, C.H. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. 13a. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.

TEDESCO, I.L.A. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

VASCONCELOS, L. Impacto da malformação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos da gestante. 2009. 176 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

VIEIRA, T.; GIUGLIANI, R. Manual de genética médica para atenção primária à saúde – Porto Alegre : Artmed, 2013. p. 104.

WILLIAMS, J.; LESSIK, M. Historical evolution of nursing in genetics. Medsurg Nursing, 10(6):301-6, 2001.

YIN, R. K. Estudo de caso – planejamento e métodos. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman. 2010.