



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

GLAUBER OZÓRIO DUARTE

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO
PRÉ-NATAL**

Ariquemes – RO
2014

Glauber Ozório Duarte

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PRÉ-NATAL

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial á obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Silvia Michelly Rossetto

Ariquemes – RO
2014

Glauber Ozório Duarte

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PRÉ-NATAL

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Esp. Silvia Michelly Rosseto

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Thays Dutra Chiarato Veríssimo

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Gustavo Barbosa Framil

Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 03 de Dezembro de 2014.

Dedico esse trabalho aos meus pais,
Dari Duarte e Matilde Eugênia de
Oliveira, que sempre me motivaram,
ensinaram, me educaram, me
incentivaram a realizar meus sonhos,
sempre me apoiaram e estiveram do
meu lado nos momentos que mais
precisei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me acompanhado e estar à minha frente, me guiando desde o início desta minha caminhada. Agradeço à minha família que antes de mim, sempre me motivaram e buscaram o melhor para mim, em especial ao meu pai Dari Duarte, minha mãe Matilde Eugênia de Oliveira e meu irmão Cleydson Cláudio Duarte, todo o meu esforço, trabalho e dedicação foi por eles.

Agradeço os meus professores que contribuíram com o todo o meu saber na minha formação, agradeço pelas exigências, cobranças, broncas e inspiração. Agradeço aqueles que me acompanharam e me ajudaram em toda minha caminhada à graduação, aos meus colegas de classe que vivenciaram comigo momentos únicos e especiais, em especial a Ana Sueli Barbosa, Cassia Messias e Jessica de Sousa Vale que foram pessoas que me ajudaram, contribuíram e doaram muitas vezes seus tempos para me ajudar, explicar e ensinar quando eu não sabia, e também aos demais colegas do Grupo G1, Angela, Werner, Isaac, Drielly, Luana, Agatha, e também a enfermeira Viviane Barbato, também não deixando de agradecer a cada professor, mestre, especialista e doutor que contribuiu pra construir minha vida profissional.

De modo especial, agradeço todos que fizeram parte diretamente ou indiretamente da minha formação, e vos digo que são de grande importância na minha vida.

Muito obrigado.

O amor de mãe por seu filho é diferente de qualquer outra coisa no mundo. Ele não obedece lei ou piedade, ele ousa todas as coisas e extermina sem remorso tudo o que ficar em seu caminho.

Agatha Christie

RESUMO

A mulher vem desde os séculos passados lutando por seus direitos, para serem iguais aos dos homens, e cada vez mais vem conquistando espaço no âmbito de trabalho, seja em qualquer localidade ou especificidade de emprego, e direitos na área da saúde. O processo assistencial à gestante no pré-natal visa manter a integridade das condições maternas e fetais, com isso é necessário o pré-natal desde a descoberta da gravidez no intuito de identificar e prevenir possíveis intercorrências no período gestacional. Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica tendo como base artigos indexados e publicados no período de 1984 a 2013, e teve como objetivo enfatizar a assistência do profissional enfermeiro na consulta do pré-natal à gestante desde o início da gestação mostrando a importância do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal na promoção do bem estar materno e fetal. A realização desse trabalho permitiu esclarecer a percepção e contribuição do conhecimento da mulher no período gestacional bem como as facilidades e dificuldades envolvidas durante todo o processo. Todavia a gestação sendo um evento biológico normal para a maioria das mulheres, algumas podem apresentar intercorrências de grande risco à ela e ao feto que podem interferir no período gestacional e no desenvolvimento fetal. Portanto é necessária um cuidado especial e integral durante todo o período gestacional.

Palavra Chave: Pré-natal; Políticas de saúde; Consulta de enfermagem; Enfermagem no pré-natal; Pré-natal de baixo risco.

ABSTRACT

The woman comes from the past centuries fighting for their rights, to be matched to that of men, and increasingly is gaining space in the scope of work, or in any specific place or employment, and rights in health. The care process pregnant women in prenatal care aim to maintain the integrity of maternal and fetal conditions, it is necessary prenatal care since the discovery of the pregnancy in order to identify and prevent possible complications gestational period. This work is in a literature search based on indexed articles published between 1984 to 2013, and aimed to emphasize the assistance of the professional nurse in the prenatal consultation for pregnant women since the beginning of pregnancy showing the importance of nurses in monitoring prenatal care. The realization of this work has clarified the perception and knowledge of the contribution of women during pregnancy as well as the advantages and difficulties involved throughout the process. However pregnancy is a normal biological event for most women, some complications may present the greatest risk to her and the fetus that may interfere with pregnancy and fetal development. Therefore special care is needed and integrate throughout the gestational period.

Key word: Prenatally; Healthcare policy; Nursing consultation; Nursing prenatally; Prenatally low risk.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
3. METODOLOGIA	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 SAÚDE DA MULHER- AS POLITICAS PUBLICAS DE SAÚDE DA MULHER	16
4.2 ATUAL SITUAÇÃO DATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER.	19
4.3 PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO	21
4.3.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL- ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA	26
4.3.2 SOLICITAÇÕES DE EXAMES E ENCAMINHAMENTOS	27
4.3.3 CONSULTAS SUBSEQUENTES	31
4.3.4 ESQUEMA VACINAL	33
4.4 O ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCOS REPRODUTIVOS	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
ANEXOS	48

LISTA DE SIGLAS

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

CLT - Consolidação das Leis de Trabalho

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

RN - Recém-nascido

DPP - Data Provável do Parto

DUM - Data da Última Menstruação

INTRODUÇÃO

Durante o século XX, as políticas nacionais de saúde da mulher foram voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e somente na década de 80 que surgiu uma proposta de atendimento integral à mulher e ganhou corpo no então Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, em 2004, surgiu uma proposta que dá prioridade a promoção da saúde por meio do mesmo (ROSALES, 2004).

Encontram-se nas literaturas, diversas definições sobre saúde da mulher, e existe concepções mais restritas que citam apenas como aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino, e outras que interagem com dimensionamento de direitos humanos e questões relacionadas a cidadania. O corpo da mulher é visto como função reprodutiva e a maternidade se torna atributo, sendo assim a saúde da mulher limitando-se a saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica (COELHO, 2003).

Considerando que o histórico de desigualdades de poder entre homens e mulheres implica num impacto nas condições de saúde, as questões de gênero devem ser consideradas um dos determinantes da saúde na formulação de políticas públicas (ARAUJO, 1998).

A assistência de pré-natal é principalmente preventiva, e tem como objetivo identificar, prevenir complicações na gestação ou parto, podendo identificar e diagnosticar patologias encontradas, também assegurar a boa saúde materna, promovendo um bom desenvolvimento fetal, com foco na redução dos índices de morbimortalidade materna e fetal, além de preparar a mulher para a maternidade (BRASIL, 2000).

Contudo, a gravidez sendo um evento biológico normal para a maioria das mulheres, algumas podem apresentar situações de grande risco à si própria e que podem interferir no desenvolvimento fetal, no nascimento do bebê ou à transição para a maternidade (BRASIL, 2008).

De acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, o qual regulamenta a Lei nº 7.498, e da resolução COFEN nº 271/2002 que a reafirma e diz que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (COFEN, 2002).

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal requer um preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais das gestante, família e comunidade, com vista ao manejo adequado de diversas situações práticas, com habilidade de raciocínio e julgamento clínico, para diagnosticar as respostas humanas (NANDA, 2002).

A atenção pré-natal, em geral, envolve procedimentos simples devendo o profissional de saúde, que presta esse cuidado, dedicar-se a escutar a gestante, oferecer apoio, estabelecer uma relação de confiança com a mesma e ajudá-la a conduzir a experiência da maternidade com mais autonomia (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004).

O acompanhamento do pré-natal abrange ainda as orientações para a saúde e os encaminhamentos necessários para que a gestação se desenvolva dentro dos parâmetros desejáveis. Os profissionais devem se atentar aos aspectos biopsicossociais, cultural e econômico em que a gestante está inserida, dispendo escuta-las. A consulta deve ser um espaço privilegiado para que a gestante traga seus questionamentos e sintam-se seguras para discuti-los (SIRQUERA, 2001).

No pré-natal a equipe de enfermagem deve atentar-se para interpretar a percepção que as gestantes têm com relação à sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais), não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente e conhecer as necessidades de aprendizagem da gestante no período do pré-natal e considerar a importância da cliente na determinação de seu alto cuidado. Todavia, toda gestação traz consigo um risco, tanto para a mãe quanto para o feto, risco este que nos dias atuais está crescendo, portanto, tem-se a necessidade que todas as gestantes realizem o pré-natal logo no início da gestação (FREIRE, 1999).

De acordo com o MS, as gestantes que realizam o pré-natal corretamente representam 90% na classe de baixo risco e alto Risco 10%.

Portanto, o objetivo da atenção ao pré-natal visa a precocidade da paciente na gestação, frequência dos atendimentos e a abordagem das gestantes. Na primeira consulta do pré-natal, assim como a frequência de visitas passadas, são inteiramente contribuintes na diminuição das taxas de morbimortalidade perinatal, sendo assim, a aplicação de critérios de qualidade para uma avaliação do processo da assistência do pré-natal para proporcionar a

identificação do desempenho do serviço evidenciando a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados especiais à gestante (GRANDI; SARASQUETA, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar a atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal frente a promoção do bem estar materno e fetal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as políticas públicas de saúde da mulher, expondo a atual situação da atenção integral à saúde da mulher;
- Enfatizar o papel do enfermeiro na qualidade da assistência prestada a gestante no pré-natal;
- Descrever a consulta de enfermagem prestada à gestante;
- Ressaltar a importância do papel do enfermeiro à identificação de riscos reprodutivos;

3 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica e foi realizado no período agosto de 2013 à novembro de 2014 através de artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – que compreende a SciELO (Scientific Eletronic Library Online), BDENF (Base de Dados de Enfermagem), Biblioteca de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Acervo da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), Sistema de Informações da OMS (Organização Mundial de Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde) e Biblioteca Cochrane e a utilização de documentos de referência dispostos em portais específicos relacionados aos determinantes sociais de saúde, como a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e área temática dos sites da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Também foi utilizado acervo pessoal e da biblioteca Júlio Bordignon que estavam relacionados ao tema abordado e aos objetivos pretendidos. Ao decorrer do projeto foram encontrados 38 estudos, após a leitura dos resumos, foram selecionados 25 artigos, 5 livros e 3 manuais do ministério da saúde, correspondente do ano de 1984 a 2013.

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): políticas de saúde; pré-natal de baixo risco; enfermagem obstétrica; gestação de baixo risco.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SAÚDE DA MULHER - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER

O Ministério da Saúde (MS) considera e enfatiza que a saúde da mulher é uma prioridade dos governantes, que por sua vez elaboraram um documento denominado “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*”, estando intrinsecamente junto aos setores da sociedade e respectivamente voltados ao movimento de mulheres da área urbana e trabalhadoras rurais. O (MS) afirma ainda que este programa também está voltado às sociedades científicas pesquisadora, organizações não governamentais, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), e agências de cooperação internacional (ARAÚJO, 2004).

Na década de 60, o movimento feminista brasileiro insatisfeito com as diferenças de gênero e com o aspecto reducionista dado à mulher, reivindicou a não-hierarquização das especificidades de homens e mulheres, sugerindo a igualdade social e o reconhecimento de todas as raças e gêneros e as diferenças crenças (VASCONCELOS, 2009).

Para Tanto, Hera (1995), enfatiza que as desigualdades de gêneros são definidas como:

Conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (HERA, 1995).

Baseado em tamanha manifestação, foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil na década de 70, programa que enfatizava o planejamento familiar sob o enfoque da paternidade responsável, no objetivo reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil (COSTA, 2003).

As mulheres vinham lutando cada vez mais por seus direitos, ate mesmo contra a ditadura militar, à séculos atrás quando lutaram pela garantia democrática contra o racismo. No século XX as mulheres já participaram de eventos que marcaram definitivamente a inserção da mulher na esfera publica, onde a Organização das Nações Unidas (ONU), intitulou o ano de 1975 como o ano internacional da mulher, mesmo alguns países vivendo sob ditadura militar, o movimento feminista ganhou forças no Brasil (RAMOS, 2008).

No decorrer dos anos, varias conquistas foram surgindo, e a partir da década de 80 surgiu a conquista do movimento feminista depois de tantos anos de luta, juntamente com a inserção da mulher na sociedade a estrutura familiar sofreu mudanças, e a partir de então os programas de televisão voltados ao publico feminino, fazendo com que a mulher passasse a ter domínio sobre seu corpo. No ano de 1983 foi inserido o Programa de Assistência Integral a saúde da Mulher (PAISM), destacando a ênfase na prestação de cuidados à mulher enfatizando a importância em ações educativas (PENNA, 1999).

De acordo com Penna et al (1999), o PAISM tinha como objetivo contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres tinham sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida. Contudo o programa apontava o acolhimento à mulher em múltiplos aspectos da saúde, referente à mulher no planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, aleitamento materno, intercorrências obstétricas, vigilância epidemiológica e morte materna e sexualidade (COSTA; GUILHER; WALTER, 2005).

Desde 1984 as políticas nacionais de saúde da mulher encontram-se voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, uma vez que a proposta de atendimento absoluto granjeou espaço PAISM, fazendo com que surgisse um novo conceito de saúde da mulher, rompendo um paradigma vigente e centrado na função controladora da reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito (FREITAS, 2009).

Esta nova política foi estabelecida e embasada na avaliação das políticas anteriores que, a partir de então, buscou preencher os espaço deixados, como: climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias (SOUZA, 2004).

As necessidades de mudanças no se dizem a respeito a saúde da mulher no cenário nacional e do que se referem às políticas voltadas à saúde da mulher, englobam os pressupostos da promoção da saúde uma vez que foram formuladas através da PAISM para nortear as ações de atenção à saúde da mulher. Os princípios e diretrizes dessa nova proposta foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade, em especial com o movimento de mulheres (GIFFIN, 2002).

Mediante o contexto, a precisão da integralização da atenção é percebida, sendo fortalecida com as discussões sobre a “promoção da saúde”, como também subsídios às práticas, aparelhamento e gestão da saúde no Brasil. Em 1986, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa que aconteceu no Canadá foi definido o termo “promoção da saúde” uma responsabilidade de saúde que era exclusivamente de um determinado setor que se baseava no modelo biomédico, voltado à atividade curativa, porém mais tarde, o termo promoção da saúde passou a ser associado à qualidade de vida e o sujeito passou a ter autonomia sobre seu estado de saúde (Pinheiro, 2009).

Para Freitas (2009), tornou-se urgente a necessidade de elaboração de políticas públicas que atendessem a mulher em todos os aspectos e não apenas no aspecto reprodutivo. Afirma ainda que:

Com a crescente consolidação das ações de promoção da saúde, o cenário mundial vem sendo transformado e uma ênfase é dada à visão integral dos indivíduos. Logo, vislumbrando a influência desse tema nas políticas públicas nacionais voltadas à saúde da mulher, decidiram-se pela realização deste estudo que objetiva analisar, epistemologicamente, os pressupostos da promoção da saúde na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (FREITAS, 2009).

Para tanto, o efeito das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida estimulou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. Apesar dos obstáculos atribuídos pelo governo militar da época, o movimento feminista se reorganizou incitando debates que apontavam à precariedade da saúde da mulher brasileira (MOURA, 2009).

4.2 ATUAL SITUAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

As políticas de atenção à saúde da mulher formuladas nacionalmente através de amplas e complexas discussões trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher. Apesar dos avanços extraordinários, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade e, por isso, inexaurível. Cada política trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde da mulher, conforme destacado anteriormente (FREITAS, 2009).

A valorização da mulher, enquanto ser humano e cidadã é algo destacável, e, devido a isto, recebeu um investimento diferenciado em relação às ações de saúde. Não desmerecendo os avanços obtidos, ainda estamos longe de desfrutar de forma plena dos conceitos e pressupostos da promoção da saúde da mulher, que estão contemplados, teoricamente, nos princípios e diretrizes da PAISM (GIFFIN, 2002).

Para Vasconcelos (2009), é essencial questionar a real implementação dos princípios e diretrizes da PAISM nos municípios e estados brasileiros ainda que isso seja necessário um controle social efetivo por parte das mulheres, no que tange a implantação e avaliação dessas políticas. Afirma ainda que no refere a esses princípios note-se que:

Vale ressaltar que a efetivação desta política depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino, abrindo canais para o debate e para a crescente escolarização desse público-alvo, percebendo-se, ainda, certa valorização da doença em parte das ações propostas. Na prática, a integralidade da assistência não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldades em assistir a mulher nas áreas específicas de climatério, infertilidade, saúde mental e saúde ocupacional (VASCONCELOS, 2009).

De acordo com Serruya (2004), no final dos anos 90, após quase duas décadas da instituição PAISM, a assistência à saúde da mulher no Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. O Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas principais de ações, projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher conforme cita o autor.

Contudo, a heterogeneidade que distingue o País, em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, nota-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresenta grandes diferenças importantes de uma região a outra do País. As estatísticas de mortalidade são utilizadas para a análise das condições de saúde da população. É de grande valia considerar o fato de que alguns problemas afetam de maneira clara tanto homens quanto mulheres, e isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina (JOSÉ, 2011).

Nota-se Após muitas lutas, as mulheres conquistaram seus direitos garantidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com a constituição democrática a discriminação de gênero foi coibida, fazendo com que as mulheres tenham seus direitos equiparados ao dos homens, sendo idêntica a função, a todo trabalho e de valor igual, sem distinção de sexo, nacionalidade ou idade (CERQUEIRA, 2013).

Portanto, a mulher é vista em sua integralidade como sujeito autônomo e participativo em processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência (FREITAS; VASCONCELOS; MOURA; PINHEIRO, 2009).

Pode-se afirmar que a mulher nos dias de hoje tem maior autonomia, liberdade de expressão, bem como emancipação do próprio corpo, suas ideias e posicionamentos outrora sufocados. Em outras palavras, a mulher do século XXI deixa de ser coadjuvante para assumir um lugar diferente na sociedade, com novas liberdades, possibilidades e responsabilidades, tendo voz ativa a seu senso crítico. Com tamanha garra e esperança em conquistar seus direitos, após êxito, deixa-se de acreditar numa inferioridade natural da mulher diante da figura masculina nos mais diferentes âmbitos da vida social, inferioridade esta aceita e assumida muitas vezes mesmo por algumas mulheres (SILVINO, 2013).

Nas últimas décadas as políticas públicas de saúde se direcionaram com mais intensidade em relação a humanização da assistência ao pré-natal, parto e puerpério a partir da implementação do PAISM, destacando importância da assistência do profissional enfermeiro no contexto dessas novas políticas públicas de saúde do país voltada as mulheres que passam a redirecionar o cenário da

assistência à saúde da mulher, dando foco nas ações de educação em saúde e humanização em seu atendimento (CARBONELL, 2013).

4.3 PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO

A assistência ao pré-natal é uma das supervisões da enfermagem que proporciona à gestante um cuidado todo especializado e especial desde a concepção do feto até o início do trabalho de parto. O acompanhamento ao pré-natal é fundamental na preparação da maternidade, e o parto e o puerpério constituem-se em eventos fisiológicos que se desenvolvem em um contexto social e cultural que influencia e determina a evolução da gravidez bem sucedida (NUNES, 2011).

O pré-natal é atendimento multidisciplinar que tem o objetivo de obter e manter a integridade das condições da saúde fetal e materna no período gestacional, onde os efeitos devem ser avaliados em longo prazo (FEBRASGO, 2009).

Com a inserção do PAISM, destacando a ênfase na prestação de cuidados à mulher enfatizando a importância em ações educativas. De acordo com Penna et al o PAISM tinha como objetivo contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres tinham sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida. Contudo o PAISM visa o acolhimento à mulher em múltiplos aspectos da saúde, referente a mulher no planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, aleitamento materno, intercorrências obstétricas, vigilância epidemiológica e morte materna e sexualidade (COSTA; GUILHER; WALTER, 2005).

Com ênfase nesta autonomia do profissional de enfermagem, o MS inseriu no PAISM, o Manual Técnico de Assistência ao Pré-natal mencionando o enfermeiro como profissional apto a realizar as consultas de pré-natal, no acompanhamento de gestantes com baixo risco obstétrico, em consenso com o previsto na Lei do Exercício Profissional (TOCANTINS; SILVA; PASSOS, 2002).

A gravidez é um acontecimento biologicamente natural na vida da mulher, onde deve ser preparada para mudanças fisiológicas e emocionais que irão surgir no ciclo-gravídico (DOURADO; PELLOSO, 2007).

De acordo com o manual, todos os empenhos à atenção básica devem se desenvolver no sentido de garantir a gravidez, dando ênfase em ações de

prevenção preconizadas, promoção de saúde e tratamento de problemas identificados no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004).

Como explica o Ministério da Saúde (2000), a assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, onde ela passará por períodos de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivência de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, fantasias, dúvidas, angústias, ou meramente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu organismo.

A adesão das mulheres ao pré-natal esta densamente relacionada com a qualidade de assistência que ela recebe dos profissionais de saúde, o que é primordial para redução de mortalidade materna e perinatal (CAGNIN, 2008).

Segundo Almeida et al (1999), a assistência pré-natal visa manter a integridade das condições de saúde materna e fetal. Para isto, é necessário que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, de preferência antes da décima segunda semana de gestação, a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à gestante ou ao feto, e o autor enfatiza também que gestação de alto risco é aquela que tem probabilidade de apresentar uma criança com dificuldade física, mental, social ou de personalidade, que possa dificultar o crescimento e o desenvolvimento normal e a capacidade de aprender.

Através das consultas realizadas no pré-natal de baixo risco, o enfermeiro pode identificar fatores predisponentes a complicações ou até mesmo complicações já instaladas na gestante, bem como histórias anteriores que possam afetar a atual, encaminhando-as para a unidade de saúde de referência assim como o diz Ministério da Saúde: 'o número de consultas deve ser no mínimo seis, nas pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado individualmente e de acordo com a gravidade de sua doença, sendo o acompanhamento algumas vezes feito com a paciente internada'. Os dados clínicos dos exames e resultados laboratoriais devem ser avaliados em cada consulta, cuidadosamente anotados e arquivados em fichas na instituição ou consultório e transcrito ao cartão da gestante (FERNANDES; BENTO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), cabe ao enfermeiro entre suas outras atividades de praxe voltadas à gestantes como anamnese e exame físico, orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal relacionado à amamentação; vacinação; preparo para o parto; solicitação de exames de rotina;

realizar atividades com grupos de gestantes; fornecer o cartão de gestante devidamente atualizado a cada consulta; realizar coleta de exame cito-patológico entre outros procedimentos.

Ao decorrer de toda a gestação, nas consultas de enfermagem o enfermeiro busca fazer não só com que a gestante tenha uma gestação sem complicações, mas também busca ter conforto em todo o período até o parto propriamente dito.

Na consulta você tem que ouvir a paciente, valorizar os hábitos culturais da paciente, respeitar e tentar atender às expectativas dela, o que ela espera (Girassol, 1997).

Algumas mulheres podem enfrentar a gravidez de forma conflituosa, devido a não aceitação de mudanças típicas da gestação sendo essas relacionadas de acordo com cada trimestre da gestação. Uma pequena relação entre essas queixas são: no primeiro trimestre pode vir à apresentar ocasiões de ambivalência (querer ou não a gravidez, alterações no humor, e desejos por determinados alimentos. Já no segundo trimestre pode apresentar passividade e introspecção, alteração no desempenho sexual e a percepção de movimentos do feto. No 3º trimestre à um aumento da ansiedade devido a aproximação do parto, juntamente com temores do parto e o aumento das queixas físicas (FREITAS, 2006).

Outros aspectos importante do pré-natal e dever do enfermeiro estar avaliando é a avaliação do estado nutricional da gestante. Nas consultas, o médico e o enfermeiro fazem um acompanhamento onde deve-se abonar a ênfase nas necessidades calóricas, podem aumentar durante a gravidez, porém a mulher deve ter uma dieta balanceada, tendo o cuidado para evitar o ganho de peso excessivo, que pode ser prejudicial durante o período gestacional (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Durante a gestação o enfermeiro deve estar indicando as reposições de ferro e vitaminas à gestante e o ácido fólico é indicado nas primeiras semanas de gravidez, pois o mesmo ajuda a prevenir algumas más-formações congênitas. A reposição de ferro ou sulfato ferroso é recomendado à todas as gestantes a partir do segundo trimestre, até o término da lactação, pois não pode ser suprido apenas pela dieta normal da gestante, recomendando-se ainda a adição de alimentos ricos em cálcio (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

No período do pré-natal os exames complementares são realizados de forma muito frequente, e dentre eles o mais esperado tanto pela mãe quanto pelo pai é o

exame ultrassonografia obstétrico, pois é através deste exame que vai ser identificado o sexo do bebês. Em alguns casos, tem mulheres que realizaram até cinco exames, mesmo sem uma recomendação ou condição específica, que exija um monitoramento mais cuidadoso, assim como nas gestações de alto risco (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Ao primeiro contato com a gestante, o enfermeiro precisa oferecer informações quanto aos hábitos de vida, orientações alimentares, atividades físicas, noções de aleitamento materno e solicita a realização para diagnóstico e tratamento precoce de patologias que possam comprometer mãe e/ou feto. Atualmente, a medicina dispõe de recursos dinâmicos na identificação da gestante de alto risco, diagnosticando intercorrências ainda no primeiro trimestre da gestação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) 2003, o fator de risco é: “Toda característica ou ocorrência determinável de uma pessoa ou grupo de pessoas que sabe estar associado a um risco anormal de manifestação ou afecção especialmente desfavorável por tal processo”.

A gravidez e o parto são determinantes importantes do estado de saúde da mulher. A gravidez pode ser, ainda, o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde. Trata-se portanto, de valiosa oportunidade para intervenções direcionadas à promoção de saúde da mulher como um todo” (NEUMANN et.al, 2003).

De acordo com Ricci (2008), A gestação de alto risco é caracterizada por algum distúrbio atemorizante à saúde da mãe e/ou do feto, e tal distúrbio pode ser em decorrência específica da gestação ou pode ser uma alteração que já existente antes mesmo da mulher engravidar, e a identificação precoce da mulher com risco gestacional se torna essencial para que as intervenções apropriadas possam ser instituídas imediatamente, acrescentando a probabilidade de alterar a evolução e proporcionar um desfecho positivo a gestação.

Além de todas as orientações à serem passadas do enfermeiro para as gestantes, o pré-natal permite também a avaliação de queixas comuns das gestantes como náuseas, vômitos, inchaço e dores nas pernas, constipação, cansaço, pois essas queixas originam preocupações às mulheres, e durante as consultas, elas podem estar esclarecendo suas dúvidas (BUCHABQUI et al, 2006).

O enfermeiro no período do pré-natal encaixa as gestantes em grupos com demais gestantes e esses grupos agem de maneira informação para o fornecimento

de informações importantes e objetivas para as gestantes a fim de propiciar a troca de experiências juntamente com o mesmo. Nas ocasiões de encontros os temas discutidos nas reuniões são: a importância do pré-natal; aleitamento materno ressaltando suas vantagens e estimulação do leite materno; trabalho de parto e puerpério; cuidados ao recém-nascido entre outros temas no intuito de passar informações as gestantes, esclarecer dúvidas e curiosidades (CORREA, 1999).

Por se tratar de um momento único para a mulher, o enfermeiro deverá acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, esclarecer suas dúvidas, medos, angustias ou simplesmente curiosidade em relação a este novo momento em sua vida, identificação, classificação de riscos, confirmação de diagnóstico, adesão ao pré-natal e educação para saúde estimulando o autocuidado. Nesta fase é importante que ele não exponha seus conhecimentos e faça com que o conto de experiência da gestante toe como um método de cuidado destinado à ela no período gestacional. A primeira consulta do pré-natal é o momento ideal para o profissional de saúde mostrar à gestante que ela se encontra numa instituição amigável, preparada para lhe oferecer todos os cuidados necessários para uma gravidez bem sucedida. O pré-natal ser torna um instrumento usado pelo profissional enfermeiro como um vínculo de aproximação e interação com a gestante (SUS, 2012).

Para o Ministério da Saúde monitorar e acompanhar a atenção do pré-natal, foi disponibilizado o DATASUS que funciona de forma informatizada que fornece informações que subsidiam análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisões relacionadas à ações de saúde, e dentro do DATASUS esta o SISPRENATAL, um software que tem a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), sendo obrigatório nas UBS possibilitando uma avaliação da assistência diante do acompanhamento da gestante cadastradas (BRASIL, 2008).

Com base nisso, o ministério da saúde também criou e inseriu um programa chamado Rede Cegonha que age como uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada,

gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional (SUS, 2012).

A rede cegonha compreende quatro componentes voltados a atenção à saúde da mulher sendo eles: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (SUS, 2012).

4.3.1 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL - ROTEIRO PARA A PRIMEIRA CONSULTA.

A assistência faz com que o contato direto do enfermeiro com a cliente desvele compreensão da gestante na descoberta de dados que oferecem todo o seguimento de seu atual estado de saúde. É neste período em que se evidencia o cuidado a gestante, gerando atenção, observação e a iniciativa em tomar decisões (ZAGONEL, 2001).

De acordo com Correa (2003), na primeira consulta o profissional enfermeiro deve buscar obter todas as informações necessárias da gestante, baseada na vida diária desta paciente, questiona-la a respeito de sua vida particular entre outros aspectos e estar suprindo a gestante de informações relacionada e carências em fases da gestação.

Diante disso o enfermeiro na primeira consulta deve: analisar o prontuário antes de a gestante entrar no consultório – avaliar: realidade socioeconômica, condições de moradia, composição familiar e antecedentes obstétricos; Esclarecer a gestante que seu acompanhante poderá participar de seu atendimento, se o desejar; Levantar as expectativas da gestante com relação ao atendimento; Identificar as experiências anteriores; Utilização da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE): Anamnese que deve conter a identificação da paciente, queixas atuais, avaliar o histórico familiar em busca de saber se à casos de doenças transmissíveis hereditárias, também avaliar a história pregressa da gestante, historia ginecológica e obstétrica atual, uso de tabaco, ingestão alcoólicas e drogas ilícitas, ressaltando que na historia obstétrica de acordo com a evolução de partos anteriores, presença de patologias, abortos entre outros; preenchimento da ficha obstétrica; Realização do exame físico geral e específico; Registro dos achados, diagnósticos ou levantamento de enfermagem; Prescrição de enfermagem ou plano

de cuidado, para que essa gestante venha à fazer total adesão ao pré-natal (SERRUYA, 2009).

O enfermeiro deve estar prescrevendo à gestante a suplementação do ácido fólico que é uma vitamina do complexo B e sulfato ferroso. O déficit de ácido fólico na alimentação durante a gravidez pode originar uma má formação congênita do tubo neural que é responsável pelo sistema nervoso primitivo do feto. Ele tem como função a formação do cérebro e medula espinhal do feto, uma vez que haja deficiência do ácido fólico, o tubo neural não se fecha completamente, gerando alterações como anencefalia que é quando o bebê nasce com ausência do cérebro ou o mesmo com uma parte pequena, ou espinha bífida, que é quando há uma exposição da medula espinhal deixando sequelas de graus variados. Contudo o fornecimento de orientações e a prevenção é o melhor caminho, para que o feto possa crescer e se desenvolver de forma adequada, e o sulfato ferroso é importante para formação das células vermelhas do sangue, e transporte de oxigênio para as demais células do corpo (RODRIGUES, 2010).

A consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e confiança necessários para que ela se fortaleça e possa administrar com mais autonomia a gestação e parto (BRASIL, 2000).

Contudo é de suma importância estar alertando a gestante sobre os respectivos cuidados à serem tomados por ela durante todo o período do pré-natal, sendo alguns deles mais abordados no anexo I (TORQUATO, 2013).

4.3.2 SOLICITAÇÃO DE EXAMES E ENCAMINHAMENTOS

Para um adequado pré-natal é necessário que profissionais da área realizem precisamente os procedimentos, e dentro desses procedimentos é de suma importância a solicitações de alguns exames básicos e de sorologias fundamentais no acompanhamento do pré-natal.

De acordo com o Art. 4º e Resolução COFEN nº 195/1997, o enfermeiro pode solicitar exames de rotinas e exames complementares à gestante. Portanto, após a confirmação da gravidez, a mulher adquire uma carga de compromissos que passam a fazer parte do dia a dia de sua vida, sendo de suma importância realizar tudo

aquilo que lhe é passado, e na primeira o profissional enfermeiro deve solicitar às gestante os seguintes exames: Solicitação de US Obstétrico (1º e 3º trimestre ou quando se fizer necessário) e outros em destaque nas tabelas abaixo:

EXAMES DE ROTINAS

Hemoglobina	É um dos exames obrigatório que consegue diagnosticar algumas alterações na gestante como alterações da hemoglobinas e anemias
Protoparazitologico de fezes	É importante para diagnosticar se há presença de parasitas que possam levar a gestante à uma anemia devido a perda de ferro que é essencial para a formação do feto.
Urina I	Pois as gestantes estão mais vulneráveis a infecções urinarias durante o período gestacional.
Glicemia em Jejum	É importante, pois a diabetes pode ser pré-existentes ou desenvolvida durante a gestação, e com o exame verifica-se a taxa de açúcar no sangue e se está sob controle, caso houver alterações elevadas a gestante é encaminhada ao pré-natal de alto risco.
Tipagem Sanguínea com fator Rh	É realizado para verificar se há uma incompatibilidade sanguínea entre a mãe e o bebê: Quando Rh negativo (-) solicitar Coombs Indireto, e se der negativo - repeti-lo a cada 4 semanas a partir da 24ª semana, se positivo, encaminhar ao pré natal de alto risco.

Fonte: MOURA; RODRIGUES, 2009.

Sorologias

Toxoplasmose	Pode ocasionar o aborto devido as chances do parasita chegar à placenta e comprometer o desenvolvimento do feto, a contaminação é gerada pela ingestão de carnes mal cozidas, então deverá ser tomada devidas precauções de prevenção.
--------------	--

Hepatite B	Pois a gestante com Hepatite B pode transmitir o vírus ao feto e o bebê pode vir à apresentar uma inflamação no fígado conhecida como icterícia prolongada, devido a tal consequência é solicitado o exame e imunização.
HIV	É obrigatório que a paciente realize longo na confirmação da gravidez, para obter um controle maior e garantia de segurança ao bebê e o exame deve ser realizado com o consentimento da mulher.
Rubéola	Pode provocar o aborto, parto prematuro e complicações no bebê como surdez, retardo mental entre outras anomalias.
Lues (VDRL)	É transmissível durante a gestação, é importante a solicitação do teste já no início do pré-natal e o recém-nascido deve receber tratamento também.
Brucelose	É uma doença infecciosa zoonótica encontrada tanto em animais domésticos quanto selvagens e os humanos sendo hospedeiros podem ser infectados via exposição à animais infectados.

Fonte: MOURA; RODRIGUES, 2009.

De acordo com Pinheiro (2014), as sorologias solicitadas durante a gestação são: toxoplasmose que doença pode ocasionar o aborto devido as chances do parasita chegar à placenta e comprometer o desenvolvimento do feto, a contaminação é gerada pela ingesta de carnes mal cozidas, então deverá ser tomada devidas precauções de prevenção; HIV) é obrigatório que a paciente realize longo na confirmação da gravidez, para obter um controle maior e garantia de segurança ao bebê e o exame deve ser realizado com o consentimento da mulher; Hepatite B, pois a gestante com Hepatite B pode transmitir o vírus ao feto e o bebê pode vir à apresentar uma inflamação no fígado conhecida como icterícia prolongada, devido a tal consequência é solicitado o exame e imunização; Rubéola, pois pode provocar o aborto, parto prematuro e complicações no bebê como surdez, retardo mental entre outras anomalias; Lues (VDRL), de difícil identificação, é

transmissível durante a gestação, é importante a solicitação do teste já no início do pré-natal e o recém-nascido deve receber tratamento também.

É solicitado o exame de Brucelose à gestante, que é uma doença infecciosa zoonótica encontrada tanto em animais domésticos quanto selvagens e os humanos sendo hospedeiros podem ser infectados via exposição à animais infectados, ou consumo de alimentos contaminados como carne e leite (SUCCI, 2014).

A toxoplasmose pode ocorrer através do consumo de alimentos ou água contaminada com a presença de oocistos, de carnes cruas, ou mal cozidas com cistos, e sua transmissão pode ser vertical ou placentária. A toxoplasmose se apresenta geralmente em caráter benigno, porém o risco de transmissão fetal apresentando lesões e abortamentos durante a gestação. É necessário a realização do teste de IgG para diferenciação a doença aguda ou pregressa, pois o diagnóstico da infecção fetal é primordial para a instituição no tratamento de forma à minimizar as complicações para a vida extrauterina. O diagnóstico sorológico na gestação é exibido devido o aumento do nível sérico da imunoglobulina IgG, ou até na presença de anticorpos IgM. O tratamento pode ser utilizado bactericidas, espiramicina, sulfadiazina, pirimetamina entre outros medicamentos para o combate das manifestações clínicas da patologia (VIDIGAL, 2002).

Em casos de infecções urinárias onde à resistência bacteriana, é realizado a urocultura como complementação do diagnóstico de infecção urinária para o início de seu tratamento, identificando o agente causador da infecção sendo ele fungo ou bactéria. Após a realização, é feito o antibiograma, processo que vai decidir qual antibiótico será utilizado para testar a sensibilidade do agente. Os tipos de infecções urinárias são: Bacteriúria assintomática, que é a presença de bactérias na urina, sem apresentar sintomas, Pielonefrite aguda, que é caracterizada pela contaminação e acometimento do rim, Infecção urinária baixa, onde algumas bactérias são restritas a bexiga e Pielonefrite crônica que é quando já houve casos de infecções renais que deixaram algumas lesões ou cicatrizes nos rins, e baseado no resultado do antibiograma o médico prescreverá o antibiótico o qual a bactéria ou fungo não é resistente (DUARTE; MARCOLIN; QUINTANA; CAVALLI, 2008)

De acordo com Romagna (2009), além dos exames solicitados à gestante é encaminhada ao agendamento do primeiro grupo de gestantes; Agendamento da primeira consulta médica; Agendamento da coleta de citologia oncológica; Orientações de acordo com os achados, com atenção ao calendário vacinal; Preenchimento do

cartão da gestante; Encaminhamento ao serviço odontológico s/n; Encaminhar as situações de urgência e emergência (sangramento, rotura de bolsa amniótica, trabalho de parto prematuro, hipertensão grave, etc...) diretamente ao hospital de referência. Portanto, a gestação sendo um evento fisiológico, a assistência ao pré-natal é como uma supervisão e cabe ao enfermeiro e médico saber atuar corretamente para garantir o melhor para o bebê e a mãe.

4.3.3 CONSULTAS SUBSEQUENTES

É necessário ter um controle de presença das gestantes nas consultas do pré-natal, para que o profissional se atente a achados na gestante e mudanças conforme a fase gestacional avaliando e revisão da ficha obstétrica e anamnese atual; Anotação da idade gestacional; Controle do calendário vacinal; Exame físico geral e gineco-obstétrico; Determinação do peso; Calcular o ganho de peso, anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional; Aferição da pressão arterial; Inspeção das mamas; Palpação obstétrica e medida da altura e circunferência uterina; Anotar no gráfico e avaliar o crescimento fetal através do sentido da curva (após 16ª semana); Ausculta dos batimentos cardio-fetais. Portanto ao decorrer do pré-natal o enfermeiro deve estar monitorando todos esses fatores, para que possa ter o controle da saúde da gestante baseado em avaliações de consulta à consulta relacionada as fases gestacionais (SUS, 2012).

O profissional deve estar fazendo o cálculo da idade gestacional o qual tem objetivo de estimar a duração da gravidez / idade do feto, onde o método utilizado para essa avaliação depende da data da última menstruação (DUM) que é correspondente ao primeiro dia de sangramento da última menstruação da mulher (ASSUNÇÃO, 2011).

A data provável do parto (DPP) possui uma estimativa do período provável para o nascimento do bebê, e é calculada levando em consideração a duração mediana da gestação em aproximadamente 40 semanas a partir da DUM, guiado por calendário, utilizam o gestograma (disco para identificação da data provável do parto) guiam a seta apontada ao dia e mês que corresponderão com primeiro dia da última menstruação e observa-se a seta na data indicada como data provável do parto (DIAS-DAS-OSTAS, MADEIRA; LUZ; BRITO, 2000).

Ao realizar a palpação obstétrica chamada também de Manobra de Leopold, antes o profissional enfermeiro deve realizar a medida da circunferência uterina onde o início é delimitado no fundo uterino, e após a realização, inicia-se a palpação obstétrica no intuito de identificar a situação do feto dentro da mãe, e localizar polos cefálicos e pélvicos e o dorso fetal. A manobra é composta por 4 passos, podendo ver a apresentação do bebê, se o mesmo se encontra pélvico, cefálico, insinuado ou transversal como podemos ver em anexo II (LEITE, 2010).

Durante as consultas do pré-natal o enfermeiro deve estar atento a sinais de pré-eclâmpsia na gestante (nome dado a hipertensão na gravidez), problema que pode trazer riscos à gestação até o parto propriamente dito podendo até gerar a morte de ambos. A hipertensão pode se instalar já na 20ª semana, e tem pico no 3º trimestre da gestação podendo evoluir para eclampsia que é a forma avançada da doença. Seus sintomas comuns são: hipertensão arterial, edema em membros inferiores, aumento do peso e proteinúria que é a perda de proteína pela urina. Portanto é de suma importância o monitoramento da pressão da gestante durante o período gestacional (SOARES et al, 2009).

Na gestação o enfermeiro deve estar atento também a realizar o exame das mamas, o qual tem objetivo de detectar a presença de neoplasia ou qualquer patologia existente. A verificação deve ser realizada em lugares iluminados sejam naturais ou artificial com a gestante em pé ou sentada, deve se inspeciona-la com as mãos no quadril, para salientar os contornos mamários. O exame das mamas pode ser realizado pela mulher, e caso observe alguma alteração, a mesma deve procurar orientações a unidade de saúde mais próxima de referência (BRAGA; PINTO, 2006).

Cabe ao profissional enfermeiro enfatizar a importância também da realização do exame citopatológico (Papanicolau) durante o pré-natal na prevenção do câncer do colo do útero. Deve priorizar o respeito à gestante, e uma atenção especializada durante a realização do exame, para o estabelecimento de confiança entre gestante e enfermeiro. É preciso também obter informações que avalizem a validade do exame, ressaltando que o exame pode ser realizado em mulheres que possuem uma vida sexual ativa, ou acima dos 25 anos de idade, sendo realizado anualmente e na sua realização o profissional visualiza o interior da vagina e o colo do útero, faz a coleta das células que são encaminhadas para análises em laboratório (CORREA et al, 2012).

4.3.4 ESQUEMA VACINAL

É de suma importância que a mulher esteja imunizada durante o período gestacional, tanto pra sua saúde quanto para a do feto, pois as células de defesa da mãe são transferidas ao feto durante a gestação e após o nascimento, eles chegam ao bebê pela amamentação. O ideal é estar vacinado antes da gravidez, com período de até 5 anos antes podendo evitar estar formando um esquema vacinal e sim só o reforço. Caso a mãe não tenha o esquema vacinal completo, as vacinas à serem tomadas são: Influenza que é importante, pois gripe pode ser grave durante a gestação devido as gestantes terem o sistema imunológico fraco.

Outra vacina importante a ser tomada é a de Hepatite B, pois é assintomática e sua manifestações comuns são náuseas, vômitos, dores musculares. A patologia provoca uma inflamação no fígado que pode geram uma icterícia ao bebê após seu nascimento. Caso a mulher contraia a doença durante a gestação, pode transmitir para o bebe durante o período gestacional, principalmente no parto, então é necessário que a mãe esteja imunizada para evitar riscos ao bebê (SCARAMUZZI, 2002).

A Dupla Adulto(DT) é importante pois proporciona imunidade contra difteria, tétano, e esta disponível no sistema publico de saúde. O tétano pode ser grave tanto para a mãe quanto para o bebê no nascimento, pois as bactérias produz uma toxina que paralisa os músculos inclusive os respiratórios originando uma parada respiratória no bebê levando-o à morte. A Difteria por ser uma doença bacteriana, pode provocar um edema no pescoço ocasionando uma asfixia perigosa ao recém-nascido. Como o bebê só poderá ser vacinado contra essas e outras doenças somente após os 2 meses de vida, é necessário que a mãe esteja totalmente imunizada (STUPPIELO, 2012).

As gestantes também devem tomar a vacina dT pa contra Bordetela Pertussis no período entre a 27ª e 36ª semana de gestação. A dTpa produz anticorpos que são passados para o feto pela placenta da mãe, diminuindo, assim, a incidência das doenças em recém-nascidos e garanti imunidade ao bebe nos primeiros meses de vida. Porém, mesmo que a mãe tenha tomado à vacina, as doses devem ser reforçadas no 2º, 4º e 6º mês da criança, para os anticorpos se consolidarem (AZOUVEL, 2013).

De acordo com Mantelli 2013, se encaixa à gestantes a seguinte tabela na pagina seguinte:

Intervalo	Vacina	Esquema
Início	Dupla adulto: dT eHepatite B	1ª dose
Mínimo 1 mês ou 2 meses depois do início	Dupla adulto: dT	2ª dose
6 meses depois do início	Dupla adulto: dT e Hepatite B	3ª dose
DTpa entre a 25ª e 27ª semana de gestação		

Fonte: MANTELLI, 2013.

4.4 O ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO REPRODUTIVO

O desempenho do enfermeiro no pré-natal implica em um preparo clínico para identificar possíveis riscos que são aqueles que refreiam mãe e filho à fatores desfavoráveis durante a gestação, e o profissional deve ter uma ampla visão sobre diferentes situações e práticas que envolverão raciocínio e avaliação clínica (PEREIRA; BACHION, 2005).

Em alguns casos, a gestação pode iniciar com problemas, ou surgir durante o ciclo apresentando uma probabilidade maior de evolução avessa tanto para mãe quanto para o feto se enquadrando no pré-natal de alto risco (NERIS-SANTANA, 2010).

A identificação precoce de doenças que acometem a mulher na gestação, parto e puerpério é fundamental para decidir a assistência, tratamento e encaminhamento adequado (ALISSON; RUTH; ESTENHOUSE, 2011).

Além da já conhecida associação negativa entre os fatores socioeconômicos e educacionais e o processo reprodutivo (analfabetismo, futura mãe sem companheiro ou ajuda familiar, etc.) o enfermeiro tem que ser qualificado e crítico, saber questionar a gestante afim de que descubra algum fator que possa interferir

na gestação. A seguir representa-se uma lista de outros fatores que seria possível controlar, neutralizar ou reduzir seus efeitos através do controle pré-gestacional.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), Dentro dos fatores de riscos podemos citar os obstétricos; Doença Hipertensiva Específica da Gravidez – DHEG; Antecedentes genéticos desfavoráveis; Idades extremas da mulher - adolescência e idade avançada; Doenças; Exposição a agentes teratogênicos; Hábito de fumar; Farmacodependência; Excesso de atividade física; Incompatibilidade Rh potencial; Desnutrição e obesidade.

No momento do acompanhamento à gestante, o profissional deve desenvolver intervenções de forma educativa, preventiva e terapêutica, baseado nos dados obtidos na anamnese, onde ela deve ser incentivada e conscientizada a realizar o cuidado necessário (FARIAS; NOBREGA, 2000).

A mortalidade materna no Brasil é 53 vezes maior que a observada em alguns países desenvolvidos, tendo a relevância e o impacto desse problema agravado pelo alto índice de gravidez na adolescência, participação reduzida ou falta de adesão das gestantes ao programa de pré-natal, baixa escolaridade e contaminação pelo vírus da AIDS (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Portanto, avaliar os fatores de riscos reprodutivo é um fator que indispensavelmente tem que ser referenciado, para torna-se uma situação resolvida ou implementada pela enfermeira. Contudo, a enfermeira deve se responsabilizar no acompanhamento desta gestante, encaminhando-a ao pré-natal de alto risco devido tais fatores apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher vem buscando e ganhando espaço cada vez mais na questão de se isentar do pensamento de que são reducionista e fragmentada relacionados com ações relacionadas ao ciclo-gravídico-puerperal. Cada vez mais buscam incorporar às políticas de saúde da mulher em outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

As políticas de atenção a saúde da mulher devem abranger as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardando as necessidades diferentes grupo tais como, mulheres negras, branca, parda, indígenas dentre outras, devendo serem compreendidas em uma dimensão ampla, a qual o objetivo é a suprir as condições necessárias do exercício do direito da mulher, seja em qualquer setor da área de saúde.

Considerando a Lei nº 7.498 e o Decreto nº 94.406 que autonomiza o profissional enfermeiro na permissão de acompanhar e realizar inteiramente o pré-natal de baixo risco, e sua participação é fundamental no período gestacional para que gestante obtenha uma educação maternal após o nascimento do bebe, passando orientações a futura mãe, desenvolvendo seu papel e habilidades no decorrer na gestação. Todavia compreendendo a gestação como um processo biológico importante na vida da mulher para vida inteira, quanto na assistência e recepção ao RN, torna-se útil criar vínculos de confiança, amizade e aceitação para que se haja um pré-natal de qualidade.

Levando em consideração que o período gestacional é um momento único para cada mulher e com diversas experiências no mundo feminino, o enfermeiro deve agir como educadores e compartilhar saberes, produzindo a autoconfiança para vivência do período gestacional além de seguir o roteiro de consultas do pré-natal durante o período de gestação buscando humanizar a assistência às gestantes e ressaltar os métodos voltados para promoção de saúde como consultas, solicitações de exames, encaminhamentos, prevenção e tratamento durante a gravidez afim de preservar a saúde da mãe quanto a do feto, uma vez que os fatores de riscos podem estar presente em qualquer período da gestação, enfatizando a importância de estar avaliando esses fatores de risco na reprodução

no intuito de que o problema identificado seja resolvido para que com isso haja uma gravidez segura e saudável.

REFERÊNCIAS

ALISSON, J; RUTH, E; ESTENHOUSE, E. Identifying women requiring maternity high dependency care. **Rev. Midwifery.** v.27, n.1, feb, 2011 pages: 60-66. Disponível em:<<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0026-66-13-3809001181>> Acesso em: 19 abr 2014

ALMEIDA, P. A. M *et al.* Identificação e avaliação dos fatores clínicos da Gestação de Alto Risco. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 3, p. 7-10. Agosto de 1975. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rsp/v9n3/15.pdf> Acesso em 27 nov 2013.

ARAÚJO, M. J. O. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**, 2004 Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/bvs>> Acesso em: 24 jun 2014.

ARAÚJO, M. J. O. **Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do município de São Paulo**. São Paulo, 1998. Disponível em:< <https://docs.google.com/viewer?uurl=https://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/politica-nacional--de-saude-da-mulher-principios-e-diretrizes-%5B-444-090312-SES-M-T%-5D.pdf&chrome=true>>. Acesso em: 24 jun 2014.

ASSUNÇÃO, P. L *et al.* Desafios na definição da idade gestacional em estudos populacionais sobre parto pré-termo: o caso de estudo em Campina Grande. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.14, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300010>>. Acesso em: 29 abr 2014.

AZOUVEL, M. P. Imunização para gestantes. **Rev. Gestar**, v. 03, 2014. São Paulo. Disponível em:< <http://noticias.ne10.uol.com.br/saude/noticia/2014/11/03/calendario-nacional-de-imunizacao-inclui-vacina-dtpa-para-gestantes-517465.php>> Acesso em: 20 nov. 2014.

BRAGA, C. O; PINTO, C. D. **Ações da equipe Enfermagem na identificação do Câncer na gestação**. Minas Gerais, 2006. Disponível em:< <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/anexos.pdf>>. Acesso em: 02 mai 2014.

BRASIL. **Gestação de Alto baixo**: Manual técnico. 3 Ed. Brasília, DF, 2000a.

_____. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de ação programática. Brasília, DF, 2000b.

_____. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984c.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS.** 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>: Acesso em 19 abr 2013.

_____. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984c.

BENIGNA, E. R. F; NASCIMENTO, V. C; MARTINS, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Rev. Interface Comunic Saúde Educ.** 2004. Disponível em:< http://www.scie-lo.br/scielo.php?scr-ipt=sci_nlinks&ref=-0-0-0-1-2-9-&pid=S0080-6234201100050-00-0-020-0004&ing=en>. Acesso: 02 nov 2013

BUCHABQUI, B. et al. **Enfermagem na gestação de alto risco.** São Paulo, v. 8 p. 34-42 agosto de 2006; Disponível em:<<http://www.hmsj.com.br/conheca-a-maternidade/unidade-para-gestantes-de-alto-risco>>. Acesso em: 09 nov 2013.

CARBONELL, C. S. Pré-natal de enfermagem: conhecendo novos olhares apoiados em políticas públicas. Ed. Dos Santos v.02, 2013. Disponível em:< <http://www.uniarp.edu.br/periodicos/index.php/ries/article/view/63>>. Acesso em: 24 jun 2014.

CAGNIN, E. R. G. **Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal:** a realidade de Araraquara/SP. 2008.

CERQUEIRA, H. V. E; KAIL, H. S. B. **ABC da saúde.** Ed: Vom Eye. Salvador, 2013. Disponível em:<<http://www.abcdasaude.com.br/ginecologia-e-obstetricia/gestacao-e-queixas-mais-frequentes>>. Acesso em: 02 out 2014.

COELHO, M. R. S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2003b. Disponível em:< <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/44/politica-nacional-de-saude-da-mulher-principios-e-diretrizes-%5B444-090312-SES-MT%5D.pdf&chrome=true>>. Acesso em: 24 jun 2014.

COFEN, Resolução 271/2002 – **Revogada pela resolução 317/2007**. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2712002-revogada-pela-resoluo-cofen-3172007_4308.html> Acesso em: 24 jun 2014.

CORREA, M. D. Noções Práticas de Obstetrícia, ed. 12, Belo Horizonte, 1999. Disponível em: < <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/pro-toc--o-l-o-0-s/p0r-ot-o-c-o-l-oprenatal.pdf>> acesso em : 22 abr 2014.

CORREA, A. A. E.. Políticas Publicas de Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Salvador, v. 03, n. 9, out. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scie-loOrg/php/reference.php?pid=S0104-11692003000200016&caller=www.scielo.br&lang=en>>. Acesso em: 27 março 2014.

CORREA, M.S et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados da regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde pública**, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-b-in/w-xis-li-n-d.e-xe/iah-/on-lin-e/?Is-isS-cr-ipt=iah/iah.xis&s-rc=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk-&e-xp-rSearch=661153&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 mai 2014.

COSTA, A. M; GUILHER, D. WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. v.39, n.5, p.768-774, São Paulo, out 2005. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?-p-i-d=S-00-3-4-8-9-1-0-2-0-0-5-000500011&scrip=sci_arttext> Acesso em: 19 abr 2014a.

COSTA, A. M; GUILHER, D. WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. v.39, n.5, p.768-774, São Paulo, out 2005. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?-p-i-d=S-00-3-4-8-9-1-0-2-0-0-5-000500011&scrip=sci_arttext> Acesso em: 19 abr 2014b.

COSTA, A. M. **Planejamento Familiar no Brasil**. Bioética, 2000. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 24 jun 2014c.

COSTA, R. M.. Sistematização da bibliografia científica que trata da sexualidade feminina durante o ciclo gravídico: uma revisão. **FIEPBULLETIN**, Foz do Iguaçu, v. 80, spe, 2010. p. 771-774. Disponível em: <<http://fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2011>>. Acesso em: 22 nov. 2012d.

CUNHA, M. A *et al.* Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery, revista de enfermagem**. v.13, n. 1, Rio de

Janeiro 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S14-14814-520090-0-0100020&script=sci_arttext> Acesso em: 19 abr 2014.

DIAS-DA-COSTA, J.S; MADEIRA, A. C. C; LUZ, R.M; Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**. Vol. 34, 2000. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8-91-020-00-0-0-4-0-0-003>>. Acesso em: 29 abr 2014.

DOTTO, L. M. G; MOULIN, N. M; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500007&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 29 março 2014.

DOURADO, V. G; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco : o desejo e uma programação de uma gestação. ACTA Paul **Enferm revistas**, Maringa-PR, p.69-74, 2007. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?pid=S010-321-00-2-0-0-7-0-0-0-1-0-0-012&script=sci_arttext> Acesso em: 19 abr 2014.

DOTTO, A. A; MOULIN, P; MAMEDE, D, F. **Gestação**: nutrição alimentar. São Paulo, Ed: Atheneu, 2004. Disponível em:<<http://www.gineco.com.br/gravidez/nutricao-gestacional/a-alimentacao-durante-a-gestacao>. Acesso em: 09 nov 2013.

DUARTE, G; MARCOLIN, A. C; QUINTANA, S. M; CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], 2008. Disponível:<<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0100-72032008000200008&caller=www.scielo.br&lang=en>>. Acessado em: 15 mai 2014.

FARIAS, M. C.A.D; NOBREGA, M. M. L. Diagnóstico de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do auto cuidado de Orem: estudo de caso. **Revista Latino-am de enfermagem**. v. 8, n.6, Ribeirão Preto, 2000. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200000600009&lng=pt&nr=isso> Acesso em 19 abr 2014.

FEBRASGO; NEME. **Atendimento pré-natal I**. Brasília, 2009. Disponível em: < https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ca=rja&uact=8&ved=0CEgQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.projetodiretrizes.org.br%2F5_volumelume%2F02assistPre.pdf&ei=YJVfU8bVO4fJsQS06IHQBQ&usq=AFQjCNHkiY6aYdWO2M3TtPTAxcV-zQEwEg>. Acesso em: 29 abr 2014.

CUNHA, A. R. C. **Pré-natal completo**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://bebe.abril.com.br/materia/pre-natal-completo>>. Acesso em: 14 abril 2014.

FREIRE, T. B. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 1999. Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br/siste-m-a-s/ap-p/web-20-08-12/do-c-s/in-for-m/Infor-mativo_coren_novembro.pdf> Acesso em: 22 Nov. 2014.

FREITAS, F *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 25-30.

FREITAS, G. L; VASCONCELOS, C. T. M; MOURA, E. R. F; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2):424-8. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 24 jun 2014.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**. 2002. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf)> Acesso em: 24 jun 2014.

GIFFIN, K. Equidade de Gêneros em saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2002. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23\(3\)079.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf)> Acesso em: 24 jun, 2014.

GIRASSOL, B. **Protocolo Clínico de atendimento na rede básica de saúde : pré-natal de baixo risco**. OUTUBRO, 1997. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/robs-onco-sta/protocolo-clnico-de-atendimento-na-rede-bsica-de-pr-natal-de-baixo-risco>>. Acesso em: 22 mai 2014.

GRANDI, G. R; SARAQUETA, M. A. R. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE, segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**. 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S00802342-0-1-1-00050000200019&lng=en> Acesso em 22 Nov. 2014.

HERA, S.. Direitos sexuais e reprodutivos: idéias para ação. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995. Disponível em: < www.iwhc.org/hera>. Acesso em: 24 jun 2014.

JOSÉ, M. O. A. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. DF, 2011. Disponível em:<www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 24 jun 2014.

LEITE, G. K. C. Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2010, vol.32, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000400008>.> Acesso em: 29 abr 2014.

MANTELLI, W. S. R. **Orientação na assistência pré-natal.** *In:* Worthington-Roberts BS, Vemeerchi J, Williams SR. Nutrição na gravidez e lactação. Rio de Janeiro: Interamericana, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S0080-6234201100050000200019&lng=en>. Acesso em: 22 nov. 2014.

MOURA, E. R. F; RODRIGUES, M. S. P. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Enfermagem Obstétrica**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 18-33, maio 2009. ISSN 2238-7218. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 22 set 2013.

MOURA, E. R. F; RODRIGUES, M. S. P. Desempenho profissional de enfermeiras na assistência pré-natal. **Rev. Rene enferm**, 2002 jan/jun; 3(1): 27-33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20>>. Acesso em: 14 out 2014.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo-Org/php/reference.php?pid=S0104-116920030002000-16-&>> Acesso em: 14 abr 2014.

NERIS-SANTANA, F. S. **Atuação de enfermagem nas urgências, Gestão de alto risco e Hipertensão arterial.** Minas Gerais, p.653 a 673, 2010. Disponível em:<www.actiradentes.com.br/revista/lista.php?pagi=13> Acesso em: 19 abr 2014.

NUNES, H. A. F. Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios. Minas Gerais. 2011; Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Assistencia_ao_pre_nanat_de_baixo_risco_na_estrategia_de_saude_da_familia_e_seus_desafios_umu_revisao_de_literatura/183>. Acesso em: 07 abr 2014.

PENNA L. H. G; PROGIANTI, J. M; CORREA, L. M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **R. Bras. Enfer**, 1999; Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=1413&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 set 2013.

PEREIRA, S. V. M; BACHION, M. M. Diagnostico de enfermagem em identificados durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**. V.58, n.6, p.659-

664, 2005. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid=S00347-1-6-7-2-0-0-40005-00006&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 abr 2014.

PINHEIRO, P. **Pré-natal, Exames laboratoriais de rotina**. Julho, 2009. Disponível em:< <http://www.mdsaude.com/2014/06/pre-natal-exames.html>>. Acesso em: 02 Nov 2013.

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:< <http://www.mdsau-de.com/2014/06/pre-natal-exames.html>>. Acesso em: 02 nov de 2013.

NEUMANN, A. M. **Avaliação emancipatória em gestantes, desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2003. Disponível em:<https://www.google.com.br/u-r-l-?-s-a-=t-&-r-ct=j&q=&-e-s-rc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fqnesc.sbq.org.br%2Fonline%2Fqnesc12Fv12a07.pdf&ei=muCSUo6HJLTkQeZyYHoBw&usg=AFQjCNH4IxiPwvrbz_8iCuTTojiQPmczmw>. Acesso em: 24 set 2013.

RICCI, E. M. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**. 2008. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 24 jun 2014.

RODRIGUES, F. R. G. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras Enferm**. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62-3-4-2-0-1-1-0-0-0-50-00-02&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mai 2014.

ROSALES, E. F. SHIMIZU, P. **Enfermagem obstétrica e gestação de alto risco**. Espírito Santo: Ed. Sampaio, 2004 Disponível em:< https://www.google.com.br/url?-sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDsQFjAD&url=http%3A%2F%2Frua.ua.es%2Fdspace%2Fbitstream%2F10045%2F14389%2F1%2FCC_27_06.pdf&ei=NLPu_uQCurhsATC_oG4DA&usg=AFQjCNFqj_cyMA9ekHFquZMbQI7qyaGg1g&bvm=bv.69620078,d.b2U>. Acesso em: 19 abr 2014.

SCARAMUZZI, D. R. Eficácia da imunoprofilaxia na prevenção da transmissão perinatal da hepatite pelo vírus B em recém-nascidos de mães portadoras do vírus B e positivas para o AgHBe: metanálise [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002. Disponível em:< http://www.scielo.br/s=cielo.ph-p?sc-ri-pt=sci_art-t-e-x-t&pid=S0104-4230-200600-0500009>. Acesso em: 02 abr 2014.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução autorizada de Maria Betânia Avila e Cristine Dabatt. Recife, 1989. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?url=http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/politica-nacional-de-saude-da-mulher-principios-e-diretrizes-%5B444-090312-SES-MT%5D.pdf&chrome=true>>. Acesso em: 24 jun 2014.

SERRUUYA, S. J; LAGO, T. D. G; CECATTI, J. G. O. Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf>. Acesso em: 20 set 2012.

SERRUUYA, S. J; LAGO, T. G; CECATTI, J. G. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Saúde pública**, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 24 jun 2014.

SILVINO, P. R. O papel da mulher na sociedade. Colaborador Brasil escola, 2014. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/socio-logia/o-pa-pel-mu-lher-na-so-ciedade.htm>> Acesso em: 24 jun 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDsQFjAC&url=http%3A%2F%2Fproweb.prcempa.com.br%2Fmpa%2Fprefpoa%2Fsms%2Fusu_doc%2Fprotocolo_de_pre-natal_2012_1__1_final_1.pdf&ei=OjB83IC47JsQSKroLYAQ&usg=AFQjCNF30zWpC146FELE-b3Eu9LagPaaUA> Acesso em: 22 mai 2014a.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDsQFjAC&url=http%3A%2F%2Fproweb.prcempa.com.br%2Fmpa%2Fprefpoa%2Fsms%2Fusu_doc%2Fprotocolo_de_pre-natal_2012_1__1_final_1.pdf&ei=OjB83IC47JsQSKroLYAQ&usg=AFQjCNF30zWpC146FELE-b3Eu9LagPaaUA> Acesso em: 22 mai 2014b.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Rede cegonha. Rev. **Portal da saúde**, Ed. Premium Sul. São Paulo. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php> Acesso em: 08 Dez. 2014c.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Rede cegonha. Rev. **Portal da saúde**, Ed. Premium Sul. São Paulo. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php> Acesso em: 08 Dez. 2014d.

SOARES, V. M. N et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Nov 2009, vol.31, no.11, p.566-573. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 13 mai 2014.

SHIMIZU, H. P; ROSALES, M. A.F. Processo de trabalho em saúde: protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. **Rev. COOPMED.** ed. 02, Belo Horizonte. Disponível:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-6234-201-1-00-0500002&script=sci_arttext> Acesso em: 19 mai 2014.

SIRQUERA, M. A. F. Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. Ed. São Paulo, 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-6234-20110005000-02&script=sci_arttext> Acesso em: 22 nov 2014.

STUPPIELO, B. **As vacinas indispensáveis na grávidas e no pós-parto.** Santa Catarina, setembro de 2012; Disponível em:< <http://bebe.abril.com.br/materia/as-vacinas-indispensaveis-na-gravidez-e-no-pos-parto>> acesso em:07 abri 2014.

SUCCI, R. C. M, MARQUES, S. R. **Aleitamento materno e transmissão de doenças infecciosas.** PRONAP Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, 2014, Ciclo VI no. 4. p. 9-25. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jped/v80_n5s0/v80n5s0a10.pdf>. Acesso em: 02 abril 2014.

TOCANTINS, E. R. F; SILVA, V. C; PASSOS, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Rev. Interface Comunic Saúde Educ.** 2002. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=-000129&pid=S0080-6234201100050-00-0-020-0004&lng=en>. Acesso: 02 nov 2013.

TORCATO, C. A. Qualidade da assistência obstétrica e perinatal em hospital amigo da criança: experiência de uma maternidade. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000400010> Acesso em: 14 mai. 2014.

VIDIGAL, P. V; SANTOS, D. V; CASTRO, F. C. Pre-natal toxoplasmosis diagnosis from amniotic fluid by PCR. **Rev Soc Bras Med Trop**, 2002. Disponível em:<http://www.maternalis.com.br/upfiles/Arquivos/file_250608182731_Toxoplamos_e_aguda.pdf> Acesso em: 15 mai 2014.

VASCONCELOS, Y. M. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. **Esc. Anna Nery[online]**. 2009, vol.12,

n.4, pp. 672-678. ISSN 1414-8145. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400010>>. Acesso em: 22 Nov. 2014a.

VASCONCELOS, Y. M. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. **Esc. Anna Nery[online]**. 2009, vol.12, n.4, pp. 672-678. ISSN 1414-8145. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400010>>. Acesso em: 22 Nov. 2014b.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. Goiania-GO 2001. Disponível em:<<http://www.actiradentes.com.br/revista/lista.php?pagi=13>>. Acesso em: 19 abr 2014.

ANEXOS

ANEXO I – CUIDADOS DURANTE O PRÉ-NATAL

Cuidados durante o pré-natal



1 AIDS E SÍFILIS – A infecção pode ser transmitida da mãe para o bebê na gravidez, durante o parto ou na amamentação. Se essas doenças forem diagnosticadas durante o pré-natal, a mãe receberá o tratamento adequado para evitar que o bebê seja contaminado. Quanto mais cedo a gestante receber o tratamento, melhores são as chances de a criança nascer sem essas doenças.



2 HIPERTENSÃO – É responsável por 35% das mortes maternas e pode ser diagnosticada desde o início da gravidez. A mulher pode ter hipertensão arterial antes de engravidar ou adoecer durante a gestação. Se não for tratada, a hipertensão pode causar sérios problemas para a mãe e ao bebê.



3 ANEMIA – Durante a gestação, a necessidade de ferro aumenta. A anemia pode ocorrer porque a mãe precisa suprir as necessidades de sangue dela e do bebê. Os sintomas são fraqueza e tonturas.



4 ATIVIDADES FÍSICAS – São importantes para a saúde da mãe e do bebê. Os médicos recomendam exercícios mais leves.



5 ÁLCOOL E TABACO – A gestante deve evitar o consumo de álcool e cigarro para evitar qualquer tipo de má formação do feto ou possibilidade de os bebês nascerem com uma doença ligada ao uso do álcool na gestação (síndrome fetal alcoólica). Fumar está associado com o baixo peso dos bebês.

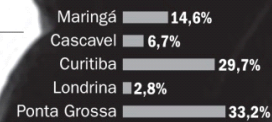


6 ALIMENTAÇÃO – No segundo trimestre de gestação, o bebê inicia uma fase de crescimento rápido. Por isso, nesse período aumentam as necessidades de ferro, proteínas e cálcio. É recomendado comer carnes, principalmente fígado, que é rico em ferro e proteínas. Também são indicados feijão, vegetais (principalmente os verdes-escuros) e frutas como laranja e limão, que contêm sais minerais e vitaminas. O leite e derivados fornecem cálcio, importante para a formação dos ossos do bebê.



7 PESO – Durante o pré-natal é importante verificar o aumento de peso da mãe e do bebê. A avaliação depende da gestante ser de baixo peso ou ter peso adequado ou sobrepeso no início da gestação. Gestantes com sobrepeso devem acumular entre 7kg e 15kg, enquanto que as gestantes de baixo peso devem ganhar entre 12,5kg e 18kg.

Índice de gestantes que concluem o pré-natal



Brasil **18,9%**

Os 5 maiores índices

Ceará	34,3%
Paraná	32,3%
Santa Catarina	30,7%
Minas Gerais	28,3%
Tocantins	26%

Os 5 menores índices

Amapá	0,1%
Roraima	2,3%
Acre	2,4%
Amazonas	4,3%
Sergipe	5,7%

INFOGRAFIA
O DIÁRIO

(Fonte: TORQUATO, 2013)

Anexo II – Manobra de LEOPOLD

Manobras de palpação:

1º tempo



2º tempo



3º tempo



4º tempo




(Fonte: NISWANDER, 1994)

Anexo III – Modelo de Cartão da Gestante no pré-natal no estado do Paraná


ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES

- Trazer este cartão da gestante à consulta ou quando internar.
- Procurar a maternidade quando:
 - perder sangue pela vagina;
 - perder água (romper a bolsa d' água);
 - pararem os movimentos do bebê por 12 horas;
 - ter cólicas (contrações) no baixo ventre a cada 15 min. antes da 37ª semana e a cada 5 min. após a 37ª semana de gestação;
 - ter dor de cabeça, tonturas e alterações visuais persistentes;
 - sempre que precisar por motivo de emergência e urgência médica;
- Usar medicamentos somente indicados pelo médico ou pela equipe de profissionais dos postos de saúde.
- Procurar alimentar-se adequadamente com frutas, legumes, verduras, leite e carnes magras e conforme orientações dos profissionais do pré-natal, evitando gorduras e calorias (doce/massas) em excesso.
- Evitar o uso de fumo, álcool, drogas.
- Cuidar com esforço físico excessivo ou quando manusear inseticidas agrícolas.
- Realizar um mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal agendadas pela Unidade de Saúde.
- Solicitar todas as doses de vacina antitetânica para sua proteção e de seu bebê.
- Voltar à Unidade de Saúde para a consulta do pós parto até 42 dias após o nascimento do seu filho.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

CARTÃO DA GESTANTE PRÉ-NATAL



NOME:		
ENDEREÇO:		
PRONTUÁRIO:		
MUNICÍPIO:		
SISPRENATAL:		
MATERNIDADE:		
REFERÊNCIA:		
AGENDAMENTO		
DATA	HORA	PROFISSIONAL

HUMANIZANDO O ATENDIMENTO

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DA GESTANTE

Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação

BP Baixo Peso A Adequado
S Sobrepeso O Obesa

Fonte: ADLALH, 1999, modificado. Dezembro, 2002

ANTECEDENTES		PESSOAS		OBJETIVOS	
FAMILIARES QUAISQUER: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERTENSÃO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MALFORMAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		INFECÇÃO URINÁRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO INTERFERON: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUERATITE: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO HIPERTENSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO TERMO PELA ÚTERO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO MALFORMAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		SANGUINÓCITO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ANEMIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO HEMORRÁGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
GRAVIDEZ ATUAL PÉD: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ANEMIA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO GEMAS: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ANTIHÉLMINTÍCO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ANTIBIÓTICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO VITAMINA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		IDADE: 28 anos PESO: 61,500 kg ALTURA: 1,60 m IMC: 23,8 SANGUINÓCITO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ANEMIA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HEMORRÁGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		SANGUINÓCITO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ANEMIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO HEMORRÁGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
EX. CLÍNICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. GINECOLÓGICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. ODONTOLÓGICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO EX. PÉDICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. FISIOLÓGICO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EX. PSICOLÓGICO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO EX. CLÍNICO GEMAS: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DATA: 21/05/14, 03/07/14, 01/08/14, 05/09/14		DATA: 21/05/14, 03/07/14, 01/08/14, 05/09/14	
GEMAS: 75 31, 135 46, 172mm 6cl		PESO: 61, 61.500, 62kg		IMC: 23,8, 23,8, 23,8	
HEMOGLOBINA: 90, 160, 110 x 70		ALTURA: 1,60, 1,60, 1,60		SANGUINÓCITO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ANEMIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		HEMORRÁGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		OUTROS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	

Paraná (Fonte: BANANA, 2013)