

## **ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-atuação do enfermeiro**

Thaiane Oliveira Alves<sup>1</sup>  
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O estudo tem por objetivo analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes de risco nos serviços de saúde públicos. As informações foram obtidas por meio de revisão bibliográfica de periódicos e livros, através do ScieLo. Os resultados mostram que a gestação de alto risco acomete cerca de 10% das mulheres que iniciam o pré-natal, devido a condições que influenciaram negativamente na evolução do feto, podendo a mulher ter uma probabilidade maior de intercorrências durante a gestação. Dentre essas intercorrências devemos citar o óbito materno e/ou fetal. Portanto, o estudo tem como tema assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família e a relevância do enfermeiro nesse contexto, na tentativa de incentivar a gestante a realizar o pré-natal mostrando a importância desse processo para ela e para o bebê e também incentivar a equipe de saúde a prestar uma assistência qualificada e humanizada durante o pré-natal.

**Palavras-chave:** Pré-Natal. Enfermagem. Gestação. Assistência de Enfermagem.

### **ABSTRACT**

*The study aims to analyze prenatal care offered to pregnant women at risk in public health services. The information was obtained by means of bibliographical review of periodicals and books, through ScieLo. The results show that high-risk gestation affects about 10% of women who start prenatal care due to conditions that have negatively influenced the evolution of the fetus, and the woman may have a higher probability of complications during pregnancy. Among these intercurrents we should mention maternal and / or fetal death. Therefore, the study has as a topic low-risk prenatal care in the family health strategy and the relevance of nurses in this context, in an attempt to encourage the pregnant woman to perform prenatal care by showing the importance of this process for her and for the and encourage the health team to provide qualified and humane care during prenatal care.*

**Keywords:** Prenatal. Nursing. Gestation. Nursing Assistance.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem

<sup>2</sup> Docente do curso de Enfermagem

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído no ano de 1988, com o intuito de melhorar as condições de saúde, com isso surge também a necessidade de implementar novas práticas de saúde que garantam atendimento universal, a integralidade e a equidade. O modelo da saúde no Brasil tem sido marcado pela assistência médica curativa e individual e pelo o atendimento a saúde como prevenção da doença (SCHERER, et al., 2005).

No ano de 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), quatro anos mais tarde no ano de 1998 por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), que trabalha com uma equipe multiprofissional, com território marcado com adscrição da clientela e realiza a vigilância em saúde. (ROSA e LABATE, 2005).

Cada equipe é responsável por conhecer a realidade da população, identificar os problemas de sua área de abrangência e fazer elaboração do planejamento local, essas ações fortalecem o vínculo da equipe com as pessoas, famílias e comunidade, prestando assistência de acordo com suas necessidades visando a qualidade da comunidade (ROSA e LABATE, 2005).

O Sistema Único de Saúde assegura a mulher durante o período gravídico e puerperal por meios de ações de promoção, prevenção e acompanhamento do RN e da mãe em serviços básicos, como também em atendimento hospitalar em casos de gravidez de alto risco (BRASIL, 2013).

O atendimento às necessidades da gestante requer utilização de meios e recursos adequados para cada situação, além de organização. A atenção de prestada à mulher durante a gravidez deve ser de qualidade, contribuindo consequentemente para a redução dos casos de mortalidade infantil e materna, uma vez que esses números são influenciados pelas condições de assistência prestada durante o pré-natal (CORRÊA, BONADIO e TSUNECHIRO, 2011).

A assistência pré-natal se inicia após a confirmação do teste de gravidez feito através do sangue ou da urina da gestante solicitado pela enfermeira, desde então começa o acolhimento da equipe, buscando identificar o que essa gestação significa tanto para a gestante quanto para a família da mesma, partindo-se do

pressuposto de que a assistência pré-natal se torna única e exclusiva para cada gestante, mesmo ela não sendo mãe de primeira viagem.

Uma escuta qualificada deixa a mulher mais confortável para esclarecer suas dúvidas deixando o caminho aberto para relatos sobre sua vida pessoal que possa vir a comprometer a gestação, fortalecendo assim o vínculo com a equipe e garantindo um parto mais seguro e saudável (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal é considerada uma estratégia para garantir segurança para a mãe e o bebê, evitando assim a morbimortalidade materna e neonatal, essa assistência se dá devido o enfermeiro ser um dos responsáveis pela atenção ao pré-natal, garantindo uma boa gestação, durante a consulta de enfermagem é realizado a solicitação de alguns exames como: triagem sanguínea e fator RH, testes rápidos para sífilis, AIDS (HIV), Hepatite B e C, dentre outros exames (LIMA, et al., 2014).

O exame físico é feito a fim de detectar possíveis dores abdominais ou presença de massa e medir a altura uterina além de outros exames como: ausculta cardiopulmonar, ausculta dos batimentos cardíacos sendo essa essencial para avaliar a vitalidade do feto, é feito reuniões de gestantes a fim de instruir as mães quanto aos cuidados durante a gestação e com o recém-nascido, durante toda a gestação faz-se o acompanhamento para garantir se a gestante está fazendo uso das vitaminas corretamente entre outros (LIMA, et al., 2014).

A gravidez deve ser vista pelas equipes de saúde e principalmente pela gestante como uma experiência de vida saudável que envolve mudanças ativas no físico, emocional e social da mulher. Todavia, devido a algumas condições de risco, algumas mulheres poderão apresentar maiores chances de uma gestação desfavorável. Essas condições a caracterizam como gestantes de alto risco (BRASIL, 2013).

A gestação de alto risco acomete cerca de 10% das mulheres que iniciam o pré-natal, devido a condições que influenciaram negativamente na evolução do feto, podendo a mulher ter uma probabilidade maior de intercorrências durante a gestação. Dentre essas intercorrências devemos citar o óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2013).

## **METODOLOGIA DO ESTUDO**

O projeto de pesquisa desenvolvido trata-se uma revisão bibliográfica. Segundo Gil (2010), este tipo de estudo, é “desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

O referencial teórico foi retirado de artigos científicos depositados nas bases de dados Scielo, redalyc, Ministério da Saúde, Revistas de Enfermagem. As palavras chaves utilizadas foram: atenção básica, pré-natal, enfermagem, gestante.

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A Atenção Básica (AB) é entendida na bibliografia atual como um composto de ações voltadas para a população, não só no individual, mas também no coletivo. Essas ações englobam a promoção e a prevenção da saúde da população, diagnóstico e tratamento, prevenção de agravos, manutenção da saúde e reabilitação (BRASIL, 2013).

A atenção primária é a porta de entrada preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Como todos os programas do SUS, a atenção básica também é regida pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2013).

O enfermeiro da Atenção Básica tem como desafio a implementação do cuidado na construção de relações interpessoais de diálogo, humanização e principalmente respeito. Estas práticas contribuem para reforçar e sempre lembrar ao enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional, ou seja, do praticar o cuidado de enfermagem na atenção básica em saúde (ABS) (BRASIL, 1997).

Como em qualquer outra área de atenção à saúde, o enfermeiro tem suas funções/atribuições na unidade e com a comunidade. Juntamente com a equipe de profissionais, apoiando e supervisionando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Basicamente o enfermeiro é responsável por assistir as pessoas da comunidade que necessitam de atenção de enfermagem (BRASIL, 1997).

Uma das funções do enfermeiro na atenção básica é realizar atenção aos indivíduos da comunidade, seja no domicílio ou nos espaços comunitários como escolas, creches, associações, etc., em todos os níveis de desenvolvimento humano, infância, juventude, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2012).

O enfermeiro deverá executar ações de assistência básica de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, adolescente, mulher, ao trabalhador e ao idoso, mas sempre no nível de suas competências. Ações de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem também são desenvolvidas pelo enfermeiro responsável pela unidade (BRASIL, 2012).

Aproximar-se dos indivíduos da comunidade visando a promoção da saúde, seja ele indivíduo sadio ou doente. Os aspectos de educação sanitária deverão ser abordados dentro da unidade, para promover melhor qualidade de vida e tornar o meio em que vivemos mais saudável. O enfermeiro também deverá promover uma educação continuada quanto ao ato de cidadania, deverá enfatizar os 17 direitos de saúde e as bases legais que os autenticam (BRASIL, 2012).

O enfermeiro também deverá participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família. Realizar consultas de enfermagem com o intuito de aplicar atividades educativas, fortalecer o vínculo entre a unidade e a comunidade, estabelecer um diálogo com o usuário, saber ouvir e conhecer a comunidade, realizar orientações e sempre conseguir o máximo de resolutividade para os problemas do usuário dentro do seu contexto social e na unidade (S.A. et al., 2014).

As visitas domiciliares são práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção básica. Essas visitas irão auxiliar no processo de investigação das necessidades de saúde do cliente. Durante as visitas poderão ser realizados curativos, coletas de exames, coleta dos sinais vitais entre outros procedimentos.

Como dito anteriormente, o enfermeiro deve manter sempre uma comunicação ativa com o usuário, proporcionar atividades de educação em saúde, e estar sempre observando a estrutura física do cliente, alimentação e a relação do usuário com seus familiares (S.A. et al., 2014).

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

O pré-natal é o período de acompanhamento da gestante e da criança a fim de manter a integridade da gestação para manter as condições de saúde de ambos. O nascimento de uma criança é um momento único e muito esperado pela mulher, portanto torna-se necessário um profissional qualificado para tal tarefa (RIOS e VIEIRA, 2007).

Quando a gestação é de baixo risco, o pré-natal e o parto sem distorcia podem ser realizados por enfermeiro, assim como afirma diversas Portarias do Ministério da Saúde, Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem e na Lei 7.498/86, do Exercício Profissional de Enfermagem (Art. 8º Letras H, J e L). Assim sendo, o enfermeiro é o profissional específico para assumir esse cargo, revezando sempre as consultas com um médico especialista (RIOS e VIEIRA, 2007).

A postura de educador e orientador deve ser sempre mantida, uma vez que durante o pré-natal geram muitas dúvidas sobre o parto e o puerpério. A autoconfiança deve ser estimulada pelo enfermeiro além de compartilhar seus conhecimentos, e orientar nos momentos de dúvidas e angústias. As consultas do pré-natal vão auxiliar a gestante na preparação física e psicológica para um bom desenvolvimento do bebê, para o parto e também o puerpério (RIOS e VIEIRA, 2007).

Brasil, 2012, p. 38 aponta 10 passos para o Pré-natal de Qualidade na Atenção Básica:

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce) 2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal. 3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal. 4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes". 5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário. 6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)". 7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário. 8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto". 9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação). 10º PASSO: As mulheres

devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

É de suma importância que o enfermeiro incentive a gestante a estar sempre presente nas consultas do pré-natal, desde as primeiras semanas de gravidez uma vez que é comprovado que a falta de assistência ao pré-natal e ao parto são causas diretas de influência nos coeficientes de mortalidade materno-fetal (COIMBRA et al., 2003).

As consultas de pré-natal podem ser realizadas nas Unidades de Saúde podendo se estender até à visitas domiciliares. O calendário de atendimento da gestante é organizado em função dos períodos que determinam maior risco materno e perinatal e deve ser iniciado ainda no primeiro trimestre de gestação. Na primeira consulta o cartão da gestante e a Ficha de Pré-Natal deve ser preenchida.

O mínimo de consultas do pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde é de seis consultas intercaladas entre o enfermeiro e o médico. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: “Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente da 36ª até a 41ª semana – semanalmente”. (BRASIL, 2012)

O pré-natal quando iniciado precocemente, consegue prevenir, promover e tratar quaisquer distúrbios que possam aparecer durante a gravidez, diminuindo consideravelmente as chances de possíveis intercorrências com a mãe e o bebê (BENIGNA et al., 2004).

Durante as consultas de pré-natal, o enfermeiro é responsável por realizar ações educativas para a gestante e sua família, acompanhar gestações de baixo risco, solicitar exames de rotina e orientar tratamento de acordo com o protocolo da instituição, e também coletar exame citopatológico. Foi conferido também ao enfermeiro, declarar os nascidos vivos dos partos realizados em instituições de saúde e domicílios, desde que estejam devidamente cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) como profissionais responsáveis por estes atendimentos (PEREIRA et al., 2010).

O Ministério da Saúde através da Rede Cegonha inclui em seus serviços o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, visando identificar precocemente as gestantes. Esse teste pode ser realizado nas Unidades Básicas de

Saúde, o que torna mais rápido ainda a confirmação da gravidez e consequentemente o início do pré-natal (BRASIL, 2012).

Todas as mulheres com atraso menstrual superior há 15 dias deverão ser orientadas pela enfermagem ou qualquer outro profissional da equipe de saúde a realizar o Teste Rápido de Gravidez. Esse teste é o teste mais sensível e confiável hoje no mercado e poderá ser solicitado pelo médico ou o enfermeiro disponível na Unidade de Saúde (BRASIL 2013).

Há casos em que a menstruação está atrasada a mais de 12 semanas, estes casos especificamente poderão ser diagnosticados clinicamente através do exame físico, tornando desnecessário o uso do Teste Rápido. Os sinais e sintomas clínicos da gravidez e o exame físico em gestações mais avançadas são capazes de identificar 90% dos casos de gravidez na sociedade (BRASIL, 2012).

Se confirmado a gravidez, dá-se início ao pré-natal da gestante onde ela será acompanhada pelo médico ou enfermeiro em consultas na Unidade de Saúde. Os procedimentos realizados a partir daí deverão ser marcados sistematicamente através do SisPreNatal. Todos os procedimentos e achados diagnósticos deverão ser lançados na ficha de pré-natal e também no cartão da gestante (BRASIL, 2011).

Ao iniciar o pré-natal, a gestante é avaliada para que seja identificados fatores de risco gestacional o mais precocemente. Esses fatores quando identificado no início da gestação podem ser tratados e consequentemente reduzem as chances de morbimortalidade materno-infantil. Após a definição da classificação do risco gestacional o enfermeiro deverá explicar a gestante o calendário de atendimento gestacional e explicar a importância do pré-natal tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (2012) preconiza um roteiro de consultas para a realização do pré-natal. A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguidas por exame ginecológico e obstétrico. (BRASIL, 2012)

Nas consultas subsequentes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e



ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatória sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais é realizada o cálculo da idade gestacional onde é realizado através da data da Última menstruação (DUM), o cálculo da data provável do parto, é realizada avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, cálculo do índice de massa corpórea (IMC). As orientações quanto alimentação é de suma importância para o bom desenvolvimento do bebê e para um bom estado nutricional para a gestante, uma vez que a mesma se encontra em uma fase de necessidades nutricionais elevadas (BRASIL, 2012).

Além dessas orientações e cuidados, a gestante deve se atentar ao controle da pressão arterial que durante a gravidez pode desencadear uma eclampsia. Seguindo ainda o roteiro das consultas subsequentes, é necessária a palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU) para identificar o crescimento fetal. Com o passar das consultas é possível registrar os movimentos fetais que se relaciona como constatação de vida (BRASIL, 2011).

É normal que surja edemas nos membros inferiores e na região sacral no decorrer da gestação, é função do enfermeiro orientar a gestante quanto à exercícios e posições anatômicas que irão auxiliar no processo de circulação do sangue, aliviando a presença de edema (BRASIL 2012).

Algumas gestantes por não ser bem informadas quanto aos procedimentos de rotina no pré-natal desconhecem a importância do exame ginecológico e coleta de material colpocitológica durante a gravidez. Por acharem que é contraindicado muitas mulheres não realizam esse exame, perdendo a oportunidade de rastreamento do câncer de colo de útero. O exame ginecológico na gestante poderá ser realizado em qualquer período da gestação, sendo preferencial até o 7º mês de gestação (BRASIL 2012).

O exame clínico das mamas e o preparo das mamas para a amamentação também é um procedimento bastante comum nas consultas de pré-natal. A palpação é um método capaz de identificar alguma anormalidade nas mamas como possíveis lesões malignas. E o preparo das mamas para a amamentação corrobora para que a criança e a mãe possam desfrutar de uma amamentação tranquila e prazerosa, sem dor, sofrimento e/ou quaisquer outros tipos de intercorrências (BRASIL, 2013).

Enfim, a assistência de enfermagem no pré-natal contribui positivamente para que a mulher grávida consiga vencer esta etapa da vida com mais tranquilidade. O pré-natal auxilia a gestante a compreender e expressar os sentimentos aflorados durante a gravidez. O enfermeiro é hoje o profissional de mais fácil acesso às gestantes no acompanhamento do pré-natal, focado não só na mulher, o enfermeiro também assiste e orienta os familiares desta gestante, prestando uma assistência integral e de qualidade para a família inteira (SHIMIZU e LIMA, 2009).

### **EXAMES SOLICITADOS À GESTANTE, SUPLEMENTAÇÃO E VACINAÇÃO**

Para a avaliação dos exames solicitados para as gestantes, é necessário um profissional qualificado para obtenção de uma conclusão diagnóstica. É importante lembrar que o profissional deve manter a confidencialidade dos resultados e sugerir condutas pertinentes aos resultados dos exames da gestante (DUARTE, 2006).

Em casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) como sífilis e HIV, o enfermeiro deverá orientar a gestante sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento do seu cônjuge/parceiro sexual. Após o diagnóstico da gravidez, a gestante deve iniciar a realização dos exames de rotina o mais precocemente possível para que os resultados sejam avaliados já na primeira consulta do pré-natal (DUARTE, 2006).

O Ministério da saúde preconiza 18 exames de rotinas para a gestante, muitos destes serão repetidos no início do 3º trimestre. Deve ser solicitado um Hemograma completo, este é realizado na primeira consulta e se repete HB/HT entre a 28º e 30º semana de gestação. O fator Rh e tipo sanguíneo também são essenciais, caso a gestante seja Rh- sem tipagem do parceiro ou parceiro Rh+ é realizado o coombs indireto (BRASIL, 2013).

O teste rápido para sífilis é o exame de eletroforese de hemoglobina, esse rastreamento é iniciado na primeira consulta com teste rápido convencional ou não convencional. O teste para sífilis deverá ser repetido obrigatoriamente entre a 28º e 30º semana de gestação, no momento do parto e em caso de abortamento. Dependendo da disponibilidade e necessidade, o teste pode ser repetido no 2º

trimestre. Os testes rápidos devem ser realizados já na primeira consulta da gestante, para agilidade no diagnóstico e melhor conduta. É importante ressaltar que, como o teste rápido para sífilis é um teste Treponêmico, um resultado positivo indica infecção atual ou pregressa (BRASIL, 2013).

No início do pré-natal também é solicitado a glicemia em jejum para descartar diabetes, lembrando que a diabetes gestacional pode desenvolver durante a gestação. Se o resultado da primeira glicemia de jejum for inferior a 92mg/dL, o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG - 75g) é solicitado entre 24<sup>a</sup> e 28<sup>o</sup> semana de gestação. Exame de urina (Tipo I), urocultura com antibiograma são solicitados e devem ser repetidos entre 28<sup>o</sup> e 30<sup>o</sup> semana (BRASIL, 2013).

O Teste rápido anti-HIV deve ser realizado o mais rápido possível de preferência na primeira consulta, possivelmente até a 12<sup>a</sup> semana e deve ser repetido obrigatoriamente entre 28<sup>o</sup> e a 30<sup>a</sup> semana e no parto. Na medida da disponibilidade, pode-se repetir também no 2<sup>o</sup> trimestre. (DUARTE, 2006).

Sorologia para toxoplasmose, IgG e IgM – se não tem confirmação de infecção com sorologia prévia deverá ser realizado como rotina de triagem. O Ministério da Saúde recomenda um esquema para compreensão dos resultados (BRASIL, 2013):

Se a IgG for reagente e IgM não reagente, trata-se de infecção prévia sem risco de transmissão congênita em gestantes imunocompetentes. Se IgG for negativa e IgM negativa no primeiro trimestre, repetir no 2<sup>o</sup> e no 3<sup>o</sup> trimestres. ou Se tiver IgG e IgM positivos, o laboratório deve proceder o teste de avidéz de IgG na mesma amostra. o Se a avidéz for baixa, deve-se iniciar imediatamente o uso de espiramicina, pois pode ser uma infecção recente. o Se tiver IgM positivo e IgG negativo, repetir em duas semanas para ver se houve conversão de IgG, compatível com infecção recente (BRASIL, 2013).

O rastreamento para hepatite B (HbsAg) consiste em: Se for HBsAg positivo, rastrear anti-HBc e anti-HBe, e a função hepática (AST/ALT e bilirrubina totais e frações). O rastreamento para hepatite C é recomendada grupos vulneráveis. A amostra Colpocitologia oncológica pode ser colhida em qualquer trimestre, de acordo com período estabelecido pelas diretrizes nacionais (a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo) (BRASIL, 2013).

Assim como a coleta da colpocitologia é recomendado o Exame do conteúdo vaginal que consiste em avaliação do conteúdo vaginal por bacterioscopia. Esse exame é recomendado para gestante com antecedente de prematuridade, para

detecção e tratamento precoce da vaginose bacteriana. O procedimento deverá ser feito antes da 20ª semana. Se a bacterioscopia não estiver disponível, realizar diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos 3 dos 4 critérios de Amsel(DUARTE, 2006).

As ultrassonografias obstétricas deverão ser realizadas até a 12ª semana, para datação e identificação de uma possível gestação múltipla. Entre a 18ª e 22ª semana, deve ser realizada a ultrassonografia morfológica de triagem para identificação de malformações fetais, rastreamento de cromossomopatias e localização placentária. Caso necessite, o profissional que acompanhará a gestante poderá solicitar ultrassonografias adicionais no último trimestre de gestação, estas ultrassonografias são solicitadas dependendo da suspeita clínica. E por fim a cultura específica do estreptococo do grupo B (agalactie), com coleta ano-vaginal entre 35ª e 37ª semana(BRASIL, 2013).

Após solicitar os exames laboratoriais a gestante deverá ser encaminhada para avaliação odontológica. O enfermeiro deverá também prescrever ácido fólico para a gestante, ainda no primeiro trimestre.

A suplementação de ferro elementar deverá ser de 40mg/dia, enquanto a suplementação de ácido fólico deverá ser de 400 µg/dia ou 0,4 mg/dia do período pré-gestacional até o final da gestação. (BRASIL, 2016)

É necessário ainda conferir o esquema vacinal da gestante, que deve contar com três doses de Hepatite B, três doses de dT (difteria e tétano) de acordo com o histórico vacinal, uma dose de dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto), a partir da 20ª semana de gestação ou no puerpério, até 45 dias, além da vacinação contra influenza, na campanha nacional. (BRASIL, 2016)

## **POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS DURANTE A GESTAÇÃO**

Gerar um filho é um acontecimento fisiológico na vida de uma mulher, esse processo acontece em geral, sem nenhum tipo de intercorrência. Porém, com o passar dos anos cresce o número de mulheres que morrem devido a complicações durante a gestação. Estudos mostram que os problemas de saúde durante a gestação aumentaram em nível mundial. Uma das principais causas dessas

intercorrências é a interação do estilo de vida e fatores demográficos, além dos avanços da medicina e as novas práticas terapêuticas e diagnósticas (OMS, 2015).

A gravidez é considerada de alto risco quando se torna necessário aplicar intervenções de maior complexidade, e quando a morbidade e mortalidade materna e perinatal são maiores do que as da população geral (BRASIL, 2011).

Na visão médica, a gravidez de Alto Risco caracteriza-se por uma incidência de qualquer tipo de patologia durante ou após a gravidez, colocando o feto, a mãe ou ambos em risco. Já na visão psicológica a gravidez de alto risco está interligada às dificuldades encontradas pela gestante no âmbito emocional, afetivo e suas vivências (RATO, 1998).

É comum na gravidez o surgimento de sintomas que causam desconforto na gestante como enjoo, dificuldade para digerir alimentos, enjoo, dores nas costas, prisão de ventre, câimbras, vontade de ir ao banheiro várias vezes, entre outros vários sintomas. Porém também existe sintomas que podem indicar uma possível gravidez de risco como: dificuldades em caminhar, sangramento vaginal, aceleração repentina dos batimentos cardíacos, verter fluído amniótico precoce, inchaço repentino do corpo, não sentir o bebê se mexer por mais de um dia, dores ao urinar, vômitos, tonturas, náuseas e desmaios (SEDICIAS, 2015).

A literatura destaca várias intercorrências clínicas possíveis durante a gravidez, uma das principais relatadas é a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), a Doença anemia e hiperemese e a infecção do Trato Urinário (ITU) (BRASIL, 2013).

Outro estudo nos Estados Unidos da América mostrou que as principais intercorrências associadas à mortalidade materna foram as hemorragias obstétricas e a pré-eclâmpsia. Outra vez citado como um agravo comum na gestação destaca-se a ITU, com frequência e engravidada de bem manifestas. É um dos principais fatores de risco para parto prematuro e restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e eclampsia (EASTER et al., 2016 apud VARELA et al., 2017).

A anemia também se destaca como um fator de risco para intercorrências na gestação. A estimativa é que a anemia atinge cerca de 20% das grávidas no mundo todo. O baixo nível sociodemográfico que está presente principalmente nos países em desenvolvimento é a causa principal de anemias em mulheres grávidas. Porém a anemia não é a única doença decorrente das condições desfavoráveis, a

diabetes, hipertensão, cardiopatias, e até mesmo doenças preexistentes também podem aumentar a probabilidade de intercorrências durante a gestação (OMS, 2015).

No Brasil, existem muitos programas para assistir, prevenir, e controlar a morbimortalidade de mulheres durante a gestação, parto e puerpério, um dos programas desenvolvidos em nível nacional, é a Rede Cegonha, em nível estadual o governo oferece a Rede Mãe Paranaense, no Estado do Paraná. Contudo, esses esforços não alcançaram plenamente os objetivos esperados (BRASIL, 2011).

Porém, mesmo com tantos projetos para diminuir os índices de intercorrências na gestação e morbimortalidade da mulher e do RN, o número de morte ainda é grande. Presuma-se que a cada mulher que morre no andamento da gestação, há de 20 a 30 mulheres que passam por intercorrências com desfechos que desfavorável para a funcionalidade do organismo (OMS, 2015).

## **CONCLUSÃO**

A assistência ao pré-natal é fundamental para o preparo da gestante, esse processo não deve ser encarado como apenas consultas de rotina e sim como um trabalho de prevenção de intercorrências obstétricas. A saúde da gestante deve ser considerada em sua totalidade, visando as condições de saúde da gestante e a proporcionando o direito de tomadas de decisões em todas as ações que envolvem sua saúde.

A gestante e a sua família deve ser acolhida pelo enfermeiro na Unidade de Saúde para que sejam esclarecidas dúvidas e questionamentos, livre de preconceitos e julgamentos. O enfermeiro deve criar um vínculo de confiança com a cliente, fazendo a mulher se sentir mais confortável e à vontade para tirar suas dúvidas referentes à tão sonhada gestação.

Enfatizar a importância do pré-natal para o bem estar da gestante e do feto vai ser sempre a prioridade do enfermeiro visto que uma assistência de qualidade durante as consultas de pré-natal influi positivamente na redução das taxas de morbimortalidade e também as intercorrências relacionadas à gestação.

O enfermeiro precisa ser visto e valorizado como um profissional qualificado a realizar o pré-natal de forma segura, eficaz e acolhedora. Assim como

também se torna necessário que o enfermeiro conscientize as mulheres da importância das ações desenvolvidas na Unidade de Saúde para as mulheres grávidas.

O presente estudo tem como tema assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família e a relevância do enfermeiro nesse contexto, na tentativa de incentivar a gestante a realizar o pré-natal mostrando a importância desse processo para ela e para o bebê e também incentivar a equipe de saúde a prestar uma assistência qualificada e humanizada durante o pré-natal.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, Marize Barros de Souza, ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia de saúde da família.** 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>

\_\_\_\_\_. **Assistência Pré-natal:** Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº.1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>

\_\_\_\_\_. **Atenção do Pré-natal de baixo risco.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Protocolos da Atenção Básica : **Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique, ANDRADE, Sônia Maria de. **Assistência Pré-natal no Programa Saúde da Família.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2006

KASSADA, Danielle Satie, et al., **Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes.** Acta Paulista de Enfermagem, 2013.

LIMA, Loyane Figueiredo Cavalcanti, et al., **Importância do exame físico da gestante na consulta do enfermeiro.** Revista de enfermagem UFPE. Recife, 2014.

MOURA, Marta David Rocha de, et al., **Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal**

ROCHA, Rebeca Silveira, et al., **Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos**. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2013.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Revista Latino-am Enfermagem, 2005.

SCHERER, Magda Duarte dos anjos, et al., **Rupturas e resoluções no modelo de atenção a saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, 2005**.

SERRUYA, Suzanne Jacob, et al., **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cadernos de Saúde Pública. 2004.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA Maria Goreti de. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem**. *Rev. bras. enferm.*[online]. 2009, v.62, n.3, p.387-392. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>>.

SILVA, Luciane de Souza Valente, et al., **Micronutrientes na gestação e lactação**. Revista brasileira de saúde materno infantil. 2007.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de, et al., **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Caderno de Saúde Pública, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group the United Nations Population Division**. Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141\\_eng.pdf;jsessionid=0ABB902443E238062B01543CD70307E9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=0ABB902443E238062B01543CD70307E9?sequence=1)>