

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE BAIXO RISCO

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE FOR LOW RISK PREGNANT WOMEN

Resumo

Denise dos Anjos Buker Alvim
Teresa Raquel de Paiva Bassoto¹
Genaine Mendes Marques²

Faculdade do Futuro

Endereço de e-mail:

¹paivabassoto@yahoo.com.br

²genainemendes@yahoo.com.br

Este estudo trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem prestada a gestante de baixo risco durante o pré-natal, através da Consulta de Enfermagem e das ações educativas, realizadas nos grupos de gestantes. Mostra o papel importante que o profissional de enfermagem desenvolve nesse momento tão importante e único na vida da mulher; procura sempre avaliar a gestante de uma forma integral, respeitando sempre a escuta; valoriza os princípios de maneira individualizada; e procura dar as respostas aos questionamentos levantados. O presente artigo teve como objetivo realizar levantamento bibliográfico; descrever protocolo de assistência à gestante de baixo risco, segundo preconizado pelo MS; sistematizar assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo que utiliza como base a revisão bibliográfica a respeito da assistência de enfermagem prestada no período gestacional, verificando o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e nos programas relacionados à saúde da mulher. Foi observado que buscar a qualidade e resolutibilidade do atendimento prestado, durante o período do pré-natal, visa sempre à diminuição dos altos índices de morte materna e perinatal. A utilização dos protocolos elaborados, para prestar essa assistência, tem o intuito de contribuir para o planejamento de ações com perspectivas de mudar esses dados estatísticos. Foram levantados nove problemas de enfermagem e seus diagnósticos, segundo NANDA, e elaborados os cuidados de enfermagem direcionados à gestante de baixo risco.

Palavras chaves: Enfermagem; Mulher: Pré-natal; Gestação; Sistematização

Abstract

This study deals with the systematization of nursing assistance offered to low risk pregnant women during prenatal period, through nursing consult and educational actions made among groups of pregnant. It shows the important role that nursing professionals develop at so important and unique moment in the life of women; seek to evaluate the pregnant in a global

perspective, respecting the listening, valorizing the principles in an individualized manner and seek to give answers to the questions that may occur. The present article has the objective produce a bibliographical survey, describing the protocol of assistance for low risk pregnant women, according to what is established by Health Ministry; systematize nursing assistance to low risk pregnant women. It is a qualitative research with descriptive character that uses as its base a bibliographical review concerning nursing assistance offered in the pregnancy period, verifying what is established by Health Ministry and by the programs related to women's health. It was observed that to seek quality and resoluteness of the offered attendance, during prenatal period, has the aim to diminish the high levels of maternal and perinatal death. The use of elaborated protocols, to offer this assistance, has the objective to contribute for action planning with the perspective to change those statistics. It was discussed nine problems related to nursing and its diagnosis, according to NANDA and elaborated models for nursing care specifically for low risk pregnant.

Key-words: Nursing, women, prenatal, pregnancy, systematization.

Introdução

Segundo Lacava⁷, anualmente, cerca de 600 mil mulheres morrem no mundo por complicações da gravidez, parto e puerpério. Sabe-se que 99% dessas mortes ocorrem nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre os quais se inclui o Brasil. O fato denuncia a situação da assistência à saúde reprodutiva das mulheres no país.

No Brasil, a mais importante entre essas causas são as complicações da doença hipertensiva específica da gravidez, apontando para a baixa cobertura, ou baixa qualidade da assistência pré-natal. A cobertura obstétrica só alcança cerca de 20% das mulheres pré-grávidas, ficando a principal proporção sem amparo assistencial. Sendo assim, as causas obstétricas diretas, bem como suas complicações são perfeitamente preveníveis com uma assistência pré-natal adequada, quantitativa e qualitativamente, bem como uma assistência adequada ao parto.

Numa proposta com vistas à melhoria e à humanização da assistência no período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde (MS) responsabiliza os serviços de saúde, que devem oferecer o adequado acompanhamento do parto e puerpério, a receber com dignidade a mulher e o recém-nascido e a adotar práticas humanizadas e seguras. Isso implica na organização das rotinas, dos procedimentos

e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas⁴.

Nesse contexto, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, utilizando conhecimentos técnico-científicos, com meios e recursos adequados e disponíveis. As ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materno-perinatal.

A frequência de toda gestante ao pré-natal é fator primordial para a prevenção e o tratamento precoce de diversas afecções que poderão afetar a integridade do novo ser que irá nascer, além de propiciar no momento do parto, informações necessárias para o atendimento adequado. O presente artigo tem como objetivos: realizar levantamento bibliográfico; descrever protocolo de assistência à gestante de baixo risco, segundo preconizado pelo MS; sistematizar a assistência de enfermagem à gestante de baixo risco.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, que utiliza como base a revisão bibliográfica, sendo essa diferenciada entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos⁶. A expressão “pesquisa qualitativa” assume diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social. Trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação⁸.

Pesquisas descritivas, segundo Trivinos¹³, “exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar”. Há aprofundamento da descrição da realidade em questão, descrevendo “com exatidão” os fatos e fenômenos. Reforça Silva e Menezes¹² dizendo que a pesquisa descritiva “Visa descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento”.

Em relação aos procedimentos técnicos, é uma pesquisa bibliográfica “quando elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e, atualmente, com material disponível na Internet”¹².

A pesquisa foi elaborada mediante um levantamento e seleção de materiais já publicados: livros, manuais, portarias, programas do MS, periódicos e artigos científicos disponibilizados na Internet sobre o tema. Fez-se uma análise, articularam-se os conceitos, sistematizando-os na área de conhecimento (assistência de enfermagem).

Desenvolvimento

No Brasil, na década de 80, foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía, pela primeira vez, serviços públicos que contemplavam a mulher no seu ciclo vital, visando à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado à saúde, considerando todas as etapas da vida³. O PAISM teve como objetivo geral reduzir a morbi-mortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo à população feminina, de acordo com as suas necessidades, o acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades, a partir atenção básica de saúde. Como parte de seus objetivos específicos, constam a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações de pré-natal, parto e puerpério, dando destaque e importância às ações educativas no atendimento à mulher, sendo esse o diferencial em relação a outros programas. A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências¹⁰.

Portanto, o profissional deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. Um dos momentos na vida dessa mulher em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria; se não esperada, pode gerar surpresas, tristeza e até mesmo negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são sentimentos comuns presentes na gestante.

Pré-natal em gestante de baixo risco

O que é o pré-natal

Segundo o MS, todo conjunto de ações realizado durante o período gestacional da mulher, visando a um atendimento global da sua saúde, de maneira individualizada, procurando sempre a qualidade e resolutividade desse processo é considerado pré-natal. Com a implantação do PAISM, um fato importante ressaltase: o estímulo à participação do profissional da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto número 94.406/87 e o MS, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermagem.

Como está descrito na Lei número 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, compete ao(à) enfermeiro(a) a realização de consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem, como integrante da equipe de saúde. Entre as ações está a de prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde.

O número total de consultas, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, não deve ser inferior a seis. Qualquer número abaixo dessa cifra já é considerado como atendimento deficiente.

Fatores de risco gestacional que permitem a realização do pré-natal pela equipe do PSF

Compreendem situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que exigem uma atenção especial no decorrer do pré-natal:

- a) Idade menor de 17 e maior de 35 anos.
- b) Ocupação, esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
- c) Situação conjugal insegura.
- d) Baixa escolaridade.
- e) Condições ambientais desfavoráveis.
- f) Altura menor que 1,45 m.

- g) Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg.
- h) Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior.
- i) Intervalo interpartal menor que 2 anos.
- j) Nuliparidade e multiparidade.
- k) Síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior.
- l) Cirurgia uterina anterior.

Fatores de risco gestacional que indicam a realização do pré-natal em serviços de referência especializado em gravidez de alto risco

Compreendem as seguintes situações:

- a) Dependência de drogas lícitas e ilícitas.
- b) Morte perinatal anterior; abortamento habitual.
- c) Esterilidade / infertilidade.
- d) Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico.
- e) Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.
- f) Pré-eclâmpsia e eclampsia.
- g) Diabetes gestacional.
- h) Amniorrexe prematura.
- i) Hemorragias da gestação.
- j) Óbito fetal.
- k) Hipertensão e Cardiopatias.
- l) Pneumopatias.
- m) Nefropatias.
- n) Endocrinopatias.
- o) Hemopatias.
- p) Epilepsia.
- q) Doenças infecciosas e auto-imunes.
- r) Ginecopatias.

Fatores de baixo risco ou risco habitual que o pré-natal pode ser realizado pela(o) enfermeira(o).

Segundo o MS, Estados e Municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal puerperal, realizada de acordo com os parâmetros estabelecidos a seguir:

1- Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação.

2- Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação.

3- Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal: a) escuta da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas que serão adotadas; b) atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher, ou da família e as informações necessárias; c) anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; d) exames laboratoriais: ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na 1ª consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na 1ª consulta e outro próxima à 30ª semana de gestação; urina tipo 1, um exame na 1ª consulta e outro próximo da 30 semana de gestação; testagem anti-HIV, com um exame na 1ª consulta, desde que a gestante consinta; sorologia hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30 semana de gestação; sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta se disponível; e) imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; f) avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN (Serviço de Informação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional); g) prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; h) prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; i) tratamento das intercorrências da gestação; j) classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes; k) atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; l) registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

4- Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e realização da consulta puerperal (entre a 30^o e 42^o semanas pós-parto).

Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem a gestante de baixo risco

Segundo MS, esse projeto de sistematização é um protocolo de procedimentos técnicos para o Pré-Natal de baixo risco, assistido por Enfermeira(o). Ele é fundamentado em Leis, Portarias do MS, Resoluções do COFEN, visando a prestar uma assistência com qualidade à gestante, promover a maternidade sem riscos, nascimentos saudáveis e humanizados. Sabe-se que um pré-natal inadequado é espelho dos altos índices de morbimortalidade, uma vez que 90% das causas de morte materna diretas são evitáveis no pré-natal e menos de 10% morrem de causas indiretas e o projeto vem de encontro a esses pressupostos⁵.

A elaboração e implantação de protocolos fazem-se necessárias no atendimento ao pré-natal de baixo risco, realizado por enfermeiras(os) que despontam como um caminho importante e fundamental a ser percorrido, para a obtenção do avanço na saúde materno infantil¹.

São estratégias de Nível Federal: reformular a política de exercício profissional médicos e enfermeiras(os), assegurando que a responsabilidade ética e profissional é de quem assiste o parto; recomendar às faculdades de Medicina e às de enfermagem que os acadêmicos sejam estimulados ao compromisso ético com a comunidade no sentido de promoção e preservação da saúde; identificar e definir o perfil dos profissionais adequados para realizar assistência à gestante nos diversos níveis dos serviços.

Segundo a Portaria Número 569¹¹ e números 570, 571, 572 – Gabinete do Ministro- Programa de Humanização de Pré- Natal e Parto; Princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento do pré-natal; Anexo I – Parágrafo III 1 e 2 – Recursos humanos: “A unidade deverá contar com médico ou Enfermeiro”. A equipe deverá estar preparada para o trabalho educativo.

Grupos de gestantes

Esses grupos devem ser realizados de maneira informal e oferecer informações importantes e objetivas, de acordo com o interesse das gestantes; propiciar a troca

de experiências; e contar sempre com a participação de uma equipe multiprofissional. A maioria das questões que emerge em grupos de pré-natal, em geral, está relacionada com os seguintes temas:

- a) Importância do Pré-Natal.
- b) Orientação quanto à higiene, atividade física e dietas.
- c) Sexualidade.
- d) Medos e fantasias durante a gestação e o parto.
- e) Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço) e orientações.
- f) Modificações corporais e emocionais.
- g) Sinais e sintomas das infecções urinárias e do parto.
- h) Contração (prevenção do parto prematuro).
- i) Cuidados essenciais na gravidez, no parto e no puerpério.
- j) Aleitamento materno – vantagens e manejo da amamentação (anatomia da mama e fisiologia da lactação; posicionamento e pega correta; duração das mamadas e os tipos de leite; ordenha manual e banco de leite humano).
- k) Importância do pai durante a gestação.
- l) Importância das consultas puerperais.
- m) Cuidados com o recém-nascido: importância da triagem neonatal, (teste do pezinho) 5º dia de vida; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e de medidas preventivas (vacinação, higiene, saneamento do meio ambiente).

Protocolos de Atendimento

Para operacionalização da consulta de enfermagem é necessário estabelecer protocolos, objetivando eficiência e eficácia no atendimento como: números de consultas realizadas por enfermeira(o), padronização e prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos e critérios de risco obstétrico.

Consulta Pré-Natal

O MS propõe ao Enfermeiro os seguintes tópicos:

- a) Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc.
- b) Realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco.
- c) Solicitar exames de rotina e orientar tratamento, conforme protocolo do serviço.
- d) Encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico.
- e) Realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera.
- f) Fornecer o cartão de gestante, devidamente atualizado a cada consulta.
- g) Realizar a coleta de exame citopatológico.

Roteiro das Consulta de Enfermagem

1ª Consulta

I - **História clínica** (observar cartão da gestante): a) identificação; b) dados sócio-econômicos; c) grau de instrução; d) profissão/ocupação; e) estado civil/união; f) número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico); g) renda familiar; h) pessoas da família com renda; i) condições de moradia (tipo, nº de cômodos); j) condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); k) distância da residência até a unidade de saúde; l) antecedentes familiares; m) antecedentes pessoais; n) antecedentes ginecológicos; o) sexualidade; p) antecedentes obstétricos; q) gestação atual.

II – **Exame físico**: a) geral; b) específico (gineco-obstétrico).

III – **Exames complementares**: a) solicitações de todos os exames de rotina já citados anteriormente; b) outros exames podem ser acrescidos a esta rotina mínima em algumas situações especiais (protoparasitológico: solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda; colpocitologia oncótica (papanicolau) se mulher não a tiver realizado nos últimos três anos, ou se houver indicação; bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade; sorologia para rubéola; urucultura para diagnóstico de bacteriúria assintomática, se existir disponibilidade para esse exame); c) ultra-sonografia obstétrica, realizada precocemente durante a gestação nas unidades já estruturadas para isso, com o exame disponível.

IV – **Condutas**: a) cálculo da IG (idade gestacional) e DPP (data provável do parto); b) avaliação nutricional; c) fornecimento de informações necessárias e

respostas às indagações da mulher e família; d) orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso.

Consultas subseqüentes

Nas consultas subseqüentes, deve-se fazer a revisão da ficha pré-natal, o exame de anamnese atual sucinta e a verificação do calendário de vacinação.

I – Controles maternos: a) cálculo e anotação da IG; b) determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC); anotação no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional; c) medida da PA (pressão arterial) (observar a aferição da PA com técnica adequada); d) palpação obstétrica e medida da AU, anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal; e) pesquisa de edema; f) verificação dos resultados dos testes para sífilis (VDRL e confirmatório, sempre que possível) e, no caso de resultado positivo, o esquema terapêutico utilizado (na gestante e em seu parceiro), além do resultado dos exames (VDRL), realizados mensalmente para o controle de cura; g) avaliação dos outros resultados de exames laboratoriais.

II – Controles fetais: a) ausculta dos BCF; b) avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

III – Condutas: a) interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais como solicitação de outros se necessários; b) tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamentos, se necessário; c) prescrição de sulfato ferroso (60 mg de ferro elementar/dia e ácido fólico (5mg/dia); d) realização de ações práticas educativas individuais e em grupos (os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos da faixa etária e abordar temas de interesse do grupo; recomenda-se dividir os grupos em faixas etárias de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados); e) agendamento de consultas subseqüentes.

Sistematização da Assistência de Enfermagem

O que é sistematização da Assistência de Enfermagem

A Resolução do COFEN- 272/2002 considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam

contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Sistematização é a organização da assistência de enfermagem que será oferecida a gestante de baixo risco, durante o período do seu pré-natal, bem como as consultas de enfermagem, as reuniões do grupo de gestantes, as ações educativas, os exames laboratoriais, assim como quaisquer informações que a gestante queira, ou deva saber a respeito de sua saúde e a do seu filho.

Sistematizando a Assistência de Enfermagem a gestante de baixo risco

Segundo o MS², o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada dá-se por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Para melhor visualização, foram levantados os problemas de enfermagem e seus respectivos cuidados descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Principais problemas de enfermagem, diagnósticos e cuidados no atendimento a gestante de baixo risco.

Problemas de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem
1 – Náusea	Sensação subjetiva desagradável caracterizada por salivação aumentada.	-Orientar quanto aos intervalos de uma refeição e outra, não ultrapassando três horas sem ingestão de alimentos. -Orientar a ingestão de 2000ml de líquido nas 24h. -Encaminhar ao nutricionista em caso de agravo do quadro. -Administrar medicações, conforme prescrição médica.

2 – Dor lombar	Experiência sensorial e emocional desagradável caracterizada por relato verbal.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar quanto à correção da postura ao sentar-se e ao andar. -Orientar a aplicação de calor local 3x ao dia. -Orientar quanto ao uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis. -Orientar quanto ao revezamento de posições: sentado x permanecer em pé. -Orientar ao parceiro que realize massagens com hidratantes na região lombar. -Encaminhar ao fisioterapeuta, se agravar o quadro. -Administrar analgésicos, conforme prescrição.
3 – Ansiedade	Um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor acompanhado por resposta autonômica caracterizada por preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar a realização de caminhadas respirando fundo e devagar. -Identificar os fatores que trazem ansiedade. -Orientar ao parceiro quanto às alterações fisiológicas da gravidez e sua participação para amenizar o quadro. -Encaminhar ao médico em caso de agravo do quadro. -Administrar medicação conforme prescrição.
4- Cloasma	Alteração na pigmentação da pele, relacionada a mudanças hormonais caracterizada por manchas escuras na face.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar quanto ao uso excessivo de maquiagem. -Orientar quanto à exposição direta ao sol. -Orientar o uso de protetor solar. -Orientar a não utilizar cremes abrasivos, sabonetes esfoliantes.
5- Fraqueza e desmaio	Ingestão diminuída de alimentos, levando ao déficit de nutrientes para o organismo.	<ul style="list-style-type: none"> -Aferir sinais vitais, atentando para valores pressóricos. -Manter MI elevados durante os episódios. -Orientar quanto à necessidade da ingestão de complexo vitamínico. -Orientar deitar em decúbito lateral, respirando profundamente e pausadamente. -Encaminhar a nutricionista para avaliação nutricional. -Orientar quanto à ingestão de complexos vitamínicos e seus horários ideais.
7-Constipação intestinal e flatulências.	Compressão das alças intestinais pelo aumento uterino. Déficit nutricional devido aos episódios de náusea e vômitos.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar dieta rica em fibras e cereais integrais. -Orientar ingestão de 2000ml de água nas 24h. -Orientar realização de manobras de facilitação do trânsito intestinal até 2º trimestre da gestação.
8-Câimbras	Déficit de eletrólitos, levando a contração deficiente.	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar valores de eletrólitos, quando solicitados pelo médico. -Orientar quanto ao consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio. -Orientar quanto uso de sapatos confortáveis. -Orientar o parceiro quanto à realização de massagens e aplicação de calor local.
9-Varizes	Alteração da elasticidade dos vasos devido ao aumento de peso.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar quanto ao uso de meia calça para gestante se possível. -Orientar quanto à elevação dos membros inferiores em torno de 30 minutos ao deitar-se. -Atentar para identificação precoce de rompimento (trombose venosa) dos vasos: calor, rubor e dor.
10-Edema	Retenção de líquido	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar repouso com as pernas elevadas de pelo

	devido aumento da produção do hormônio antidiurético.	menos 20 minutos. -Orientar quanto ao revezamento de posições sentar x permanecer em pé. -Orientar quanto ao uso de sapatos confortáveis.
--	---	---

Considerações Finais

Através deste estudo verificou-se, segundo pesquisas realizadas na área de assistência à mulher, que a mulher é a cuidadora da família e não tem como prioridade cuidar de sua própria saúde. Esse fato aponta para a necessidade de implantação de uma assistência mais integral à mulher, dando prioridade às medidas preventivas de higiene, de nutrição e de cuidados diante de situações de agravos à saúde, com ênfase à assistência de enfermagem durante o pré-natal.

Existe um número bastante considerável de mulheres que ainda não realizam o número mínimo de consultas, durante o pré-natal, preconizado pelo Ministério da Saúde, contribuindo para que número de mortes, causado por complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério aumente. A sistematização da assistência de Enfermagem no período gestacional, principalmente através da realização da Consulta de Enfermagem no pré-natal de baixo risco e das ações educativas, é um caminho a ser seguido. A sistematização da assistência ao pré-natal de baixo risco irá implementar a cobertura e o acesso ao pré-natal, envolvendo e valorizando a (o) profissional Enfermeira (o) com vistas à assistência mais integral e humanizada, dentro das instituições de saúde.

Com essa assistência, a instituição prestadora estará proporcionando, à mulher a oportunidade de ter acesso ao atendimento integral durante o período gestacional, prevenindo assim complicações e estimulando-a cuidar sempre de sua saúde.

Foram levantados nove problemas e seus respectivos diagnósticos, segundo NANDA⁹, elaborados os cuidados de enfermagem relevantes a esses problemas para otimizar a assistência de enfermagem direcionada à gestante de baixo risco durante o pré-natal. A implantação e a expansão dos Programas de Saúde da Família, como política de saúde atual, contribuirão para a melhoria da assistência oferecida à mulher, melhorando os indicadores de saúde.

O desafio não é somente dos profissionais de enfermagem, mas de toda equipe multiprofissional e também dos gestores nos âmbitos: federal, estadual e municipal.

Referências Bibliográficas

1. Barros SM (org). Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo: MANOLE Ltda; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: bases de ação programática. Série A: Normas e Manuais Técnicos, 5. Brasília; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
4. Brasil. Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Atenção ao Pré-natal Parto e Puerpério: Belo Horizonte; 2003.
5. COREN-MG. Legislação e Normas. Ano 10 Nº1; 2000.
6. Godoy AS. Introdução à Pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, 1995; 35:57-63.
7. Lacava RMVB, Barros SMO. Prática de enfermagem durante a gravidez. Em: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002.
8. Maanen JV. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface, In Administrative Science Quarterly. Disponível em http://www.ead.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art_06.pdf (acesso em 23/10/2006); 1979.
9. Diagnósticos de Enfermagem de NANDA. Definições e Classificações 2003/2004. Editora Artmed. Porto Alegre; 2005.
10. Penna LHG, Progiant JM, Correa LM. Enfermagem Obstétrica no acompanhamento pré-natal. Revista Brasileira de Enfermagem 1999; 52(3):385-391.
11. Portarias. Portaria Nº 569 de 1º de junho de 2000 e Nº570, 571,572- Gabinete do Ministro- Programa de Humanização de Pré-natal e Parto; 2000.
12. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC; 2001
13. Trivinos ANS. Introdução à Pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1994.

Endereço para correspondência
Rua Duarte Peixoto, 259
Manhuaçu MG
CEP 36900 000

Recebido em 22/05/2007
Revisado em 23/06/2007
Aprovado em 24/07/2007