

Construindo uma proposta terapêutica de enfermagem no pré-natal de baixo risco¹

Gertrudes Teixeira Lopes
Valéria Bezerra Portella
Marilanda Lopes de Lima
Lucia Helena Garcia Penna

Resumo

Estudo de natureza descritiva qualitativa, discute a assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco, com o objetivo de identificar os riscos gestacionais de interesse da enfermagem obstétrica e determinar terapêuticas que melhor orientem o atendimento à mulher durante a gravidez. Para desenvolver esta etapa da pesquisa, foram investigadas 88 gestantes, 20 enfermeiras assistenciais e 06 professoras de Enfermagem Obstétrica.

Os resultados possibilitaram a elaboração de um ensaio das terapêuticas de enfermagem obstétrica fundamentado nos indicadores de risco estabelecidos.

Palavras-chave: *Enfermagem obstétrica - Terapêutica - Cuidados de enfermagem*

Considerações iniciais

O tema saúde da mulher tem sido objeto de numerosas análises e considerações no âmbito das ações relacionadas com as ciências da saúde. A literatura atual denota uma ênfase nos aspectos clínicos e epidemiológicos dos riscos e danos que afetam a saúde da mulher, especialmente dos que estão associados ao processo biológico da reprodução.

Rios & Gomes (1993) destacam ser reconhecido o fato de que estudos clínicos epidemiológicos dos danos e riscos que afetam a mulher e dos que se relacionam com a descrição das diferenças sociais entre os sexos produziram um corpo imensurável de conhecimentos que permitiram avançar no próprio desenvolvimento teórico e metodológico do estudo da mulher.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Brasil (1984), a partir dos problemas identificados e relacionados com a saúde da mulher, como a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, associados à inexistência de um processo de envolvimento da

mulher na discussão e na solução destes problemas, contribuindo, em muito, para a manutenção da situação de risco e das questões de saúde existentes na população feminina, estabelece diretrizes estruturais e operacionais, com vistas a atender às necessidades da mulher e em especial da gestante.

Para atender à mulher nessa sua trajetória, entendida pelo Ministério da Saúde como uma prioridade dos Programas de Saúde, todos os esforços devem ser empregados no sentido de atender às necessidades no que concerne a melhores condições sobre a saúde da mãe e do concepto.

No presente estudo, destacamos a consulta de enfermagem no pré-natal como uma medida de avaliação e terapêutica de grande importância na minimização das intercorrências obstétricas.

A partir dessa contextualização, delimitamos como objeto do estudo: os fatores de riscos gestacionais e as terapêuticas de enfermagem a serem desenvolvidas pelo enfermeiro no pré-natal de baixo risco.

Para desenvolver essas reflexões, questionamos:

1) Quais os principais problemas apresentados pelas gestantes de baixo risco durante o pré-natal?

2) Como a enfermagem obstétrica poderá intervir no pré-natal de baixo risco, a partir dos problemas identificados?

Sabemos que a gravidez não é doença, mas acontece num corpo de mulher inserida em um contexto social em que a maternidade é vista como uma obrigação feminina. Além de fatores econômicos, a condição de subalternidade das mulheres interfere no processo de saúde e doença e configura um padrão de adoecimento e morte específicos. Nessa perspectiva,

Para implementar as atividades de normatização do controle pré-natal dirigido às gestantes, é necessário dispor de um instrumento que permita identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta. Isso permitirá a orientação e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. (Brasil, 2000).

Segundo o Centro Latino-Americano de Perinatologia – CLAP (1996), denomina-se *risco* toda característica ou circunstância que está associada a um aumento de probabilidade de ocorrência de um fato indesejado necessariamente em sua causalidade.

Riscos, aqui, serão entendidos como aquelas situações que desviem a saúde, podendo ser de ordem biológica, emocional, econômica, política, ética, ambiental, habitacional e de alimentação.

Para guiar o estudo, derivamos os seguintes objetivos:

- Definir nos três níveis (baixo, médio e alto) os riscos gestacionais.
- Determinar medidas de intervenção terapêutica de enfermagem obstétrica para atendimento aos três níveis de riscos gestacionais identificados.

Referencial teórico-metodológico

O Ministério da Saúde declara que, a cada ano, um grande contingente de mulheres ainda jovens morrem, deixando muitas vezes órfãos e outros familiares que dela dependiam. Afirmar que essas mulheres se caracterizam

normalmente por pertencerem às classes sociais mais baixas, possuírem pouca ou nenhuma escolaridade e por não terem acesso a serviços de saúde de qualidade. A mortalidade materna é, desta forma, um importante indicador da realidade social de um país e de seu povo, bem como da determinação política de realizar ou não ações de saúde comunitária (Brasil, 1995).

Ainda referindo-se à Classificação Internacional de Doenças - CID., o Ministério da Saúde destaca que óbito materno é “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

Declara, também, que o Brasil é o quinto país latino-americano onde a gravidade do problema é maior, registrando-se 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, sendo que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem condições de vida digna e atenção à saúde, especialmente pré-natal realizado com qualidade, assim como bom serviço de parto e pós-parto. Como as mortes maternas estão ligadas essencialmente ao processo de atendimento no período pré-natal, no pós-parto e no puerpério imediato, é essencial que se considerem as Diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher -PAISM, Brasil, (1984), que preconizam um modelo assistencial capaz de propiciar um acompanhamento contínuo dessas mães, através de uma integração eficaz entre a assistência ambulatorial e a assistência hospitalar, o que só poderá ser feito à medida que se introduza o enfoque epidemiológico de risco, na organização dos serviços.

O acompanhamento pré-natal deve ser realizado com vistas a atender às necessidades da gestante, obtendo, assim, melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do concepto. Desta forma, podemos dizer que o conhecimento prévio e amplo acerca dos padrões de vida de uma gestante nos dá possibilidades de detectar os fatores que poderão ocasionar riscos na evolução natural da gestação. Assim sendo, devemos estar atentos para identificar os aspectos socioeconômico, cultural e emocional da clientela assistida.

A Consulta de Enfermagem em Obstetrícia

A Consulta de Enfermagem, conceituada por Duarte & Muxfeldt (1975) como a atenção de enfermagem à gestante sadia, de modo sistemático e contínuo durante a gestação, parto e puerpério, tem sido um instrumental valioso utilizado pela(o)s enfermeira(o)s na assistência pré-natal, através da qual o profissional tem uma visão global das condições de saúde da gestante e das ações de enfermagem prestada de forma individualizada à clientela.

A Consulta de Enfermagem voltada para o atendimento a gestantes sem intercorrências clínico-obstétricas visa oferecer assistência integral clínico-ginecológica e educativa, atentando para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério.

Tem-se como objetivo a promoção da saúde, identificação precoce de problemas, que sejam fatores de risco para a gestante e concepto, tendo como referência o roteiro do Manual de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

Salvo intercorrências de anormalidades, as consultas deverão ser mensais até a 36ª semana, quinzenais até a 40ª e, posteriormente, semanais até a 42ª (Brasil, 2000).

- Orientação na 1ª consulta
- Histórico Clínico-Obstétrico

No primeiro contato com a gestante, independente da idade gestacional, são indagados os antecedentes pessoais e familiares de interesse obstétrico, bem como é esmiuçada sua história obstétrica. Toma-se conhecimento das condições tanto gerais, através do exame clínico sumário, como da gravidez atual, além de serem solicitados exames essenciais à condução do pré-natal.

- Exame clínico - comporta a verificação do peso e dos valores tensionais, bem como a apreciação estática dos pulmões e coração como avançada.

- Exames essenciais ao pré-natal.

Solicitar-se-ão os seguintes exames de apoio à conduta assistencial: urina (elementos anormais e sedimentos, glicosúria); sangue (hemograma completo, sorologia para sífilis, determinação de fator RH, grupo sanguíneo, anticorpos para rubéola, toxoplasmose e HIV); fezes (ovo-helmintoscopia).

- Orientação nas consultas subseqüentes

- Em tese, é conveniente lembrar que o cuidado na prescrição de medicamentos no primeiro trimestre é de suma importância, vez que não são poucos os fármacos que podem ter atuação iatrogênica sobre a organogênese.

- As condutas terapêuticas serão avaliadas segundo normas institucionalizadas de responsabilidade da unidade de atendimento.

- Serão apreciados os exames solicitados na consulta anterior, destacando-se as principais eventualidades;

Na segunda consulta, será conveniente a prescrição de polivitamínicos com adequado teor de ferro, instituindo-se também esquema que vise a correção da constipação intestinal, comumente manifestada na gravidez ou por esta agravada.

No 2º trimestre, vale lembrar o período de estabilização, onde não são comuns maiores alterações. Cessadas as manifestações características, dentre elas a emética, o apetite se normaliza, quando não se acentua. Observar-se-á o ganho ponderal, cabendo uma avaliação gráfica através do nomograma, bem como o comportamento tensional a fim de se surpreender uma ascensão precoce, ou agravamento de hipertensão pós-existente. Dois parâmetros merecerão enfoque especial, o comportamento das curvas ponderal e tensional, respeitadas as variações vinculadas ao biótipo e às condições em que a mulher começou a gravidez.

No que diz respeito às práticas individuais, cabe orientar quanto às normas higieno-dietéticas, com ênfase na atividade física, exercícios moderados, evitando manifestações psicológicas negativas pré-existent, assegurando o equilíbrio psico-emocional e no planejamento alimentar, de acordo com as possibilidades de cada uma das clientes.

Convém ressaltar que, a partir do 3º trimestre, maior será a potencialidade de complicações e acidentes materno-fetais. Além da interrupção da gravidez, prematuramente, as gestoses hipertensivas e os episódios hemorrágicos vinculados à placenta prévia e ao descolamento prematuro podendo se caracterizar nesta fase a denominação de gravidez de alto risco.

É valioso o exame clínico obstétrico criterioso no acompanhamento à gestante, pois a seriedade nestes pro-

cedimentos comprovarão com facilidade a intercorrência de qualquer agravamento do bem-estar fetal, orientando para os recursos disponíveis na conduta assistencial a ser assumida doravante.

Em face do exposto, definimo-nos por desenvolver um estudo com abordagem qualitativa, considerando ser esta a mais adequada para alcançarmos os objetivos do estudo. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1994), permite compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo específico, suas relações entre os atores sociais e as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários aos quais se destinam.

O cenário do estudo foram duas maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro, que desenvolvem consulta de enfermagem no pré-natal e cinco Faculdades/Escolas de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro.

Constituíram fonte primária da pesquisa, 88 gestantes inscritas no pré-natal, realizado por enfermeira(s), 20 enfermeiras assistenciais das duas instituições campo da pesquisa e seis docentes da disciplina de Enfermagem Obstétrica. Para participar do estudo, todas as pessoas foram esclarecidas com relação aos seus objetivos e aquiesceram na participação (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

Os dados foram obtidos no período de julho de 1996 a outubro de 1997, pelas pesquisadoras e alunas do Curso de Habilitação em Enfermagem Obstétrica da FENF/UERJ. Utilizamos um formulário que foi dirigido às gestantes e dois roteiros de entrevistas abertas, sendo um aplicado aos enfermeiros de campo e o outro aos docentes.

A análise dos dados obtidos com os sujeitos da pesquisa permitiu a classificação dos riscos gestacionais, em baixo, médio e alto, e a elaboração de um ensaio que denominamos: *"Terapêuticas de Enfermagem Obstétrica Fundamentadas nos Indicadores de Risco"*.

E fomos: considerações e propostas a serem continuadas

A convivência com os participantes da pesquisa, enfermeiros, docentes, alunos de graduação e gestantes, foi particularmente importante para nos apontar "pistas" que pudessem ser indicadoras da construção teórico/prática das *Terapêuticas de Enfermagem* em pré-natal de baixo risco.

Entendemos que esse trabalho é provisório, portanto, está sujeito a modificações, principalmente em virtude do contexto dinâmico, das políticas públicas na área obstétrica e também pelas diversas inovações metodológicas e assistenciais da enfermagem obstétrica.

No entanto, consideramos que, num trabalho como este, o tempo previsto não foi suficiente para *testar* as terapêuticas propostas, no atendimento à mulher no pré-natal a partir do que foi identificado nas informações coletadas, transformadas em dados como: indicadores, de saúde, riscos para a gestante e ações de enfermagem em obstetrícia, por isso ficamos no ensaio teórico, com a pretensão de comprovar empiricamente a sua validade.

Assim, esse Projeto foi reapresentado ao CNPq e aprovado para que possamos dar continuidade ao estudo, que para nós reveste-se de grande importância para a construção de uma proposta que atenda às necessidades de saúde da mulher gestante.

1. Terapêuticas de enfermagem obstétrica fundamentadas nos indicadores de risco.
Indicadores e risco (baixo, médio e alto) identificados.
1.1. Ações específicas e independentes de enfermagem para cuidar e manter a saúde da mulher no pré-natal.

INDICADORES	RISCOS			TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
I - Condição Socioeconômica e Emocional				
· Renda Familiar	Renda familiar a partir de 5 salários mínimos.	Renda familiar entre 3 e 4 salários mínimos.	· Até 1 salário mínimo.	· Alimentação alternativa · Acompanhamento pelo Serviço Social na comunidade (Igreja, Associação de Moradores) · Acompanhamento pré-natal e/ou exames complementares próximo a sua residência
· Fatores Emocionais	· Casada ou solteira, com parceiro fixo coabitando. Apoio e aceitação da família, grupo social e parceiro.	· Solteira, com parceiro fixo, sem coabitação. A não aceitação de um dos elementos.	· Solteira, s/ parceiro fixo, sem apoio da família e do seu grupo social.	· Desenvolver a auto-estima · Estimular a verbalização da gestante · Orientar quanto à importância da relação afetiva mãe - filho, parceiro e familiares Orientar sobre o processo evolutivo da gestação e sua participação no processo
· Falta de Planejamento Familiar	· Aplicação correta do planejamento familiar. Tem conhecimento.	· Tem conhecimento e não o utiliza porque não quer ou porque o parceiro não aceita.	Não conhece os métodos de planejamento familiar e nem os usa ou usa inadequadamente.	· Orientar sobre a importância do Planejamento Familiar · Encaminhar para planejamento familiar no pós-natal (vide anexo)
· Falta de Lazer	· Disponibilidade, acesso e vontade de praticar o lazer.	· Embora tenha disponibilidade, acesso e vontade, só pratica o lazer esporadicamente.	· Não tem acesso, disponibilidade e vontade de praticar nenhum tipo de atividade de lazer.	· Estimular a verbalização quanto ao tipo de lazer, e orientar de acordo com os seus interesses e possibilidades. · Estimular caminhadas curtas em horários adequados e prática de esportes leves
· Toxicomania	· Não faz uso de drogas	· Uso eventual de "cannabis sativa" (maconha)	· Usuária de droga pesada (cocaína, LSD, Coasis).	· Levantar a história: tipo, frequência, tempo de uso da droga. · Realizar exames laboratoriais sorológicos (hepatite), HIV, sífilis, etc) -extensivo ao parceiro · Orientar quanto aos riscos maternos e fetais · Fazer encaminhamento para os grupos de apoio - narcóticos anônimos (ver anexo) · Encaminhar à psicologia
· Tabagismo / Etilismo	· Tabagista e etilista social. (Eventualmente em festa). Menos de 10 cigarros p/ dia.	· Bebe semanalmente e fuma de 10 a 20 cigarros.	· Bebe todo dia e fuma mais de 20 cigarros por dia.	· Levantar a história: tipo, frequência, tempo de uso do cigarro. · Orientar quanto aos riscos: para a gestante e o feto · Orientar quanto à necessidade de reduzir ou evitar o uso de bebidas alcoólicas. · Encaminhar para grupos de apoio, ex. Alcoólatras Anônimos (ver anexos), Narcóticos Anônimos. · Encaminhar à psicologia

*As Terapêuticas de enfermagem deverão ser processuais e trabalhadas junto à clientela, de forma que a mesma participe ativamente de seu acompanhamento. A assistência deverá ser também interdisciplinar, atendendo à visão holística integral.

INDICADORES	RISCOS			TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM *
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
II - Maternos Fetais				
- Ausência de apoio familiar - Despreparo emocional da adolescente para a gestação - Gravidez não desejada - Acompanhamento do pré-natal	- Possibilita e consegue interação familiar. - Consegue se preparar emocionalmente para a gestação através das orientações e do acompanhamento. - Consegue maior aceitação da gravidez após participação de grupos terapêuticos e de acompanhamento. - Mãe bem orientada quanto à gestação atual. Bem acompanhada. Detecção precoce e consciência da situação. (2º trimestre).	- Consegue a interação a partir da influência do serviço de saúde. - Mesmo sendo orientada e acompanhada pelo grupo, ainda apresenta dificuldades em "viver" esta gestação. - Só aceita a gravidez, após a intervenção da equipe multiprofissional - Inicia a consulta pré-natal a partir do 2º trimestre e segue apenas algumas orientações.	- Não consegue o apoio familiar mesmo com a influência do serviço de saúde. - Mesmo sendo orientada e acompanhada pela equipe do pré-natal não consegue estar emocionalmente preparada para a gestação. - Mesmo com todo o trabalho da equipe multiprofissional, ela não aceita a gravidez. - Não sabe da importância do pré-natal, não segue as orientações do profissional de enfermagem e só procura o pré-natal após o 7º mês de gestação.	- Realizar dinâmica que possibilite a integração entre a gestante e a família - Encaminhar para psicologia e assistente social - Estimular a verbalização de suas ansiedades e necessidades - Promover apoio emocional à mulher adolescente, através de dinâmica de integração entre a gestante, família ou pessoa de sua escolha. - Orientar a gestante para as transformações e sensações próprias da gravidez - Favorecer a verbalização de suas dúvidas - Orientar quanto à valorização da auto-estima - Estimular a participação nas dinâmicas de grupo, a verbalização da situação, a fim de minimizar suas dúvidas e anseios - Esclarecer quanto aos procedimentos realizados na consulta pré-natal e a sua importância - Possibilitar o acompanhamento pré-natal com o mesmo profissional - As terapêuticas de enfermagem deverão ser processuais e trabalhadas junto à clientela, de forma que a mesma participe ativamente de seu acompanhamento. A assistência deverá ser também interdisciplinar, atendendo à visão holística e integral.

INDICADORES	RISCOS			TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM *
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
III - Gestacional				
• Direitos civis e sexualidade	• Casada ou solteira, com parceiro fixo coabitando.	• Solteira com parceiro fixo, sem coabitação	• Solteira sem convivência marital e com múltiplos parceiros.	• Orientar sobre sexualidade na gravidez • Orientar quanto aos direitos sociais e jurídicos da maternidade e da paternidade • Favorecer a verbalização da relação conjugal
• Habitação	• Casa de alvenaria, saneamento básico, coleta de lixo, boa higiene ambiental, água encanada, ausência de vetores e roedores.	• Condições precárias de moradia (higiene precária, coleta de lixo esporádica, dificuldade de acesso à água, esgoto precário, presença de vetores e roedores).	• Condições precárias de moradia sem água encanada, s/ rede de esgoto, usando água de poço, sem coleta de lixo, higiene precária ou sem moradia.	• Orientar quanto à higiene doméstica • Estimular a participação em grupo de comunidade para reivindicação de melhorias de qualidade das condições de moradia. • Encaminhar ao Serviço Social em casos de desemprego.
• Educação	• Alfabetizada com 1º Grau completo ou nível superior.	• Alfabetizada, com 1º Grau incompleto.	• Analfabeta ou apenas alfabetizada.	• Oferecer Informações adequadas ao seu nível de escolaridade.
• Atividade Profissional	• Apresenta apoio financeiro, renda ou emprego fixo.	• Desempregada, mas com apoio financeiro da família e/ou parceiro.	• Desempregada sem apoio financeiro da família e do parceiro nem conhecimento de como obter um emprego.	• Orientar quanto à necessidade de uma atividade mais adequada ao período gestacional. • Solicitar por escrito ao órgão empregador, sempre que necessário, a mudança de setor e/ou atividade.
• Orientação	• Pré-natal com mais de 6 consultas. • Utiliza medicamentos prescritos, dieta adequada. • Faz acompanhamento médico regularmente, está compensada. • Está orientada quanto a DST, faz tratamento. • Sem histórico familiar e pessoal de gêmealidades 1 a 2 filhos, acima de 2 anos, entre 20 - 30 anos. • Detecta precocemente perdas transvaginais, procurando atendimento. • Está orientada quanto aos riscos, acompanhamento e orientação quanto a possibilidade do parto cesáreo.	• Realizou de 3 a 6 consultas. • Faz alimentação inadequada e ingere medicamentos inadequadamente. • Faz acompanhamento médico, mas não segue as orientações ou as segue inadequadamente. • Faz consulta pré-natal irregularmente e não segue as orientações. • Com história familiar de gêmealidade, com 2 a 4 filhos, até 2 anos, 30 a 35 anos. • Procura atendimento somente quando ocorre piora do quadro hemorrágico. • Procurou assistência mas não seguiu as orientações. • Consegue a interação a partir da influência do serviço de saúde.	• Mulher submetida a mais de 4 cesáreas, com 2 cesáreas em um intervalo mínimo de 2 anos. • Não pode fazer repouso, não se abstém sexualmente, não faz acompanhamento pré-natal. • Fez pré-natal até 3 consultas. • Teve anemia não tratada. • Tem intercorrências, descompensada, sem ter procurado tratamento. Não fez pré-natal, não se submete a consulta ginecológica regularmente, fez o último pré-ventivo há mais de 3 anos e é promíscua. • Já teve gravidez gemelar e tem história familiar de gêmealidade. • Tem mais de 4 filhos. • Intervalos interpartais menores de 2 anos.	• Orientar a gestante para as transformações e sensações próprias da gravidez. • Favorecer a verbalização de suas dúvidas. • Orientar quanto à valorização da auto-estima. • Fornecer apoio emocional. • Estimular a participação nas dinâmicas de grupo. • Estimular a verbalização da situação a fim de minimizar suas dúvidas e anseios. • Promover dinâmica junto com a família.
• Supervisão	• Possibilita e consegue interação familiar. • Acolhe e segue as orientações dadas.	• Acolhe e segue parcialmente as orientações dadas.	• Não segue as orientações dadas.	• Verificar a compreensão das informações oferecidas. • Supervisionar as orientações fornecidas.

INDICADORES	RISCOS			TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM *
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
IV - Psico-Materno-Fetais				
1. Psicossociais	Consegue se preparar emocionalmente para a gestação através das orientações e do acompanhamento.	Mesmo sendo orientada e acompanhada pelo grupo, ainda apresenta dificuldades em "viver" esta gestação.	- Tem menos de 20 anos e mais que 35 anos. - A mulher não procura atendimento quando a hemorragia ainda está controlável, estando anêmica, hipovolêmica e levando risco de vida à ela e ao feto. - Não procura atendimento e a distócia só é detectada poucas semanas antes do parto ou já no trabalho de parto. - A mulher não consegue o apoio familiar, mesmo com a influência do serviço de saúde. Mesmo sendo orientada e acompanhada pela equipe do pré-natal, não consegue estar emocionalmente preparada para a gestação.	- Orientar a gestante para as transformações e sensações próprias da gravidez. - Favorecer a verbalização de suas dúvidas. - Orientar quanto à valorização da auto-estima. - Fornecer apoio emocional, orientando acerca das transformações gestacionais, suas expectativas, necessidades e perspectivas em sua nova condição (mulher e mãe). - Estimular a participação nas dinâmicas de grupo.
2. Bio-Psico-Emocionais	Consegue maior aceitação da gravidez após participação de grupos terapêuticos e de acompanhamento.	Só aceita a gravidez, após a intervenção da equipe multiprofissional.	- Mesmo com todo o trabalho da equipe multiprofissional ela não aceita a gravidez. - Bebe todo dia e fuma mais de 20 cigarros por dia. - O pré-natal é realizado no fim da gestação (3º trimestre) ou não tem a gravidez acompanhada. - Não sabe da importância do pré-natal, não segue as orientações do profissional de enfermagem e só procura o pré-natal após o 7º mês de gestação.	- Orientar quanto à importância da relação afetiva mãe-filho, parceiro e familiares. - Orientar sobre o processo evolutivo da gestação e sua participação no processo. - Promover debates reflexivos à respeito das situações.
3. Psico-Ambientais	- Tabagista e etilista social. (Eventualmente em festa). Menos de 10 cigarros p/ dia. - Diagnóstico da gravidez precoce e acompanhamento periódico. - Realiza pré-natal a partir do 1º trimestre, seguindo as orientações adequadamente. - Constituição do feto. Peso entre 2000-2500g. - Mãe bem orientada quanto aos problemas do feto, bem acompanhada. - Deteção precoce de anomalias e consciência da situação (2º trimestre).	- Bebe semanalmente e fuma de 10 a 20 cigarros. - Foi diagnosticado e acompanhada a partir do 2º trimestre. - Inicia a consulta pré-natal a partir do 2º trimestre e segue apenas algumas orientações. - O baixo peso do RN decorrente da má nutrição e hábitos de vida; e RN com 1500 a 2000g. - Mãe com poucas informações sobre os problemas do filho, acompanhamento precário.	- O baixo peso do RN é relacionado a alguma patologia materna durante a gravidez. RN com peso inferior a 1500 gramas. - Mulher só sabe que o feto é mal formado na hora do nascimento sem acompanhamento	- Monitorização da altura uterina e circunferência abdominal. - Tentar identificar a causa (fumo, nutrição, trabalho, droga). - Atualizar os exames laboratoriais. - Realizar ultrassonografia de controle e doppler. - Orientar quanto à importância do decúbito lateral esquerdo (melhora o aporte sanguíneo). - Abordar com a gestante o tipo de patologia encontrada no feto. - Encaminhar ao psicólogo. - Agendar consulta médica.

1...2 - Ações Dependentes (transdisciplinares) de Enfermagem para Cuidar e Manter a Saúde da Mulher no Pré-Natal

INDICADORES	RISCOS			TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM *
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
I – Sócioeconômico e Cultural				
· Alimentação	· Alimentação à base de: frutas, legumes, verduras, fibras, vitaminas, proteínas, ferro. Café e doce moderadamente. Ingesta hídrica adequada.	· Alimentação insuficiente de verduras, frutas, proteínas, ferro e ingestas hídrica moderada.	· Alimentação à base de massas, enlatados, condimentos, café em excesso, doces em excesso, refrigerante, ingestas de álcool. Ingesta hídrica baixa baseada em refrigerantes e café. Ingesta de alimentos fritos.	· Interpretar informações para captação de intolerância alimentar. · Orientar quanto à importância de uma alimentação fracionada (menor quantidade e maior número de vezes). · Estimular alimentação rica em fibras (alimentos folhosos, germe de trigo, farelo de trigo, frutas). · Orientar quanto à alimentação hiperproteica, hipocalórica, normosódica e rica em ferro. · Aumento da ingestas hídrica (água, sucos, refrescos). · Estimular a ingestas de alimentos cozidos. · Orientar quanto à higiene e ao preparo dos alimentos. · Evitar a ingestas de: alimentos condimentados, conservas e enlatados, alimentos gordurosos (frituras, carne de porco, carne gorda), alimentos com corantes, doces em excesso, cafeína (café, chá preto), massas em excesso, bebidas alcoólicas e refrigerantes. · Encaminhar a Programas de Nutrição para gestantes, disponíveis nos serviços de saúde. · Orientar sobre sexualidade na gravidez. · Orientar quanto aos direitos sociais e jurídicos da maternidade e da paternidade. · Favorecer a verbalização da relação conjugal.
· Estado Civil	· Casada ou solteira, com parceiro fixo coabitando.	· Solteira, com parceiro fixo, sem coabitação.	· Solteira sem convivência marital e com múltiplos parceiros.	
· Condições de moradia	· Casa de alvenaria, saneamento básico, coleta de lixo, boa higiene ambiental, água encanada, ausência de vetores e roedores.	· Condições precárias de moradia (higiene precária, coleta de lixo esporádica, dificuldade de acesso à água, esgoto precário, presença de vetores e roedores).	· Sem moradia definida.	· Orientar quanto à higiene doméstica.
· Desemprego	· Apresenta apoio financeiro, renda ou emprego fixo.	· Desempregada, mas com apoio financeiro da família e/ou parceiro.	· Desempregada sem apoio financeiro da família e do parceiro nem conhecimento de como obter um emprego.	· Estimular a participação em grupo de comunidade para reivindicação de melhorias de qualidade das condições de moradia.
· Escolaridade	· Alfabetizada com 1º Grau completo ou nível superior.	· Alfabetizada, com 1º Grau incompleto.	· Analfabeta ou apenas alfabetizada.	· Incentivar a escolarização das analfabetas ou apenas alfabetizadas.

RISCOS				TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM *
INDICADORES	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
II - Gestacional				
Riscos-Socioeconômicos e Culturais	· Renda familiar a partir de 5 salários mínimos. · Casada ou solteira, com parceiro fixo coabitando. · Apoio e aceitação da família, grupo social e parceiro.	· Renda familiar entre 3 e 4 salários mínimos. · Solteira, com parceiro fixo, sem coabitação. · Conseguir apoio parcial dos familiares e grupo social.	· Até 1 salário mínimo. · Solteira, s/ parceiro fixo, sem apoio da família e do seu grupo social. · Não consegue o apoio de família e do grupo social.	· Alimentação alternativa. · Encaminhar ao Serviço Social (aquisição de recursos na comunidade (Igreja, Associação de Moradores). · Orientar quanto ao acompanhamento pré-natal e/ou exames complementares próximo à sua residência. · Orientar sobre sexualidade na gravidez. · Orientar quanto aos direitos sociais e jurídicos da maternidade e da paternidade. · Favorecer a verbalização da relação conjugal. · Realizar dinâmica que possibilite a integração entre a gestante e a família. · Encaminhar para psicologia e assistente social. · Estimular a verbalização de suas ansiedades e necessidades. · Promover apoio emocional à mulher.
Materno-Fetais				
· Parto Cesáreo	· Cesárea eletiva. Preparada.	· Mulher submetida a duas cesáreas com intervalo mínimo de 2 anos	· Mulher submetida a mais de 4 cesáreas, com 2 cesáreas em um intervalo mínimo de 2 anos.	· Solicitar Ultrassonografia Pelvica, periodicamente. · Esclarecer sobre a possibilidade de nova intervenção cirúrgica, com provável laqueadura tubária. · Orientar quanto à possível limitação da prole, decorrente de cirurgias subsequentes. · Estimular o diálogo com o parceiro sobre uma possível laqueadura tubária.
· Ameaça de Abortamento	· Mantém repouso físico e sexual, faz acompanhamento pré-natal.	· Mantém repouso relativo, tanto físico quanto sexual, e não faz acompanhamento pré-natal frequente.	· Não pode fazer repouso, não se abstém sexualmente, não faz acompanhamento pré-natal.	· Orientar quanto ao repouso relativo · Orientar quanto à abstinência sexual até que sejam descartados os riscos de aborto. · Orientar quanto as consequências da prática sexual.

INDICADORES	RISCOS			TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM *
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
Materno-Fetais				
Pré-Natal c/ menos de 6 consultas	Pré-natal com mais de 6 consultas.	Realizou de 3 a 6 consultas.	Fez pré-natal até 3 consultas.	- Redefinir o agendamento das consultas pré-natais. - Solicitar Ultrassonografia Pélvica, Hemograma, EAS, Coombs Indireto periódico. - Orientar quanto aos sinais e sintomas específicos da ocorrência. - Avaliar a necessidade de suplementação férrica. - Orientar quanto à importância da consulta pré-natal. - Estimular o retorno das consultas pré-natais, para acompanhamento adequado da gravidez. - Orientar quanto às instituições de saúde que realizam consulta de pré-natal, próximo à sua residência (ver anexo), a partir do programa de regionalização e hierarquização da assistência à gestante. - Proceder reavaliação de faltosas ou abandono, e, junto ao Serviço Social, promover contato através de emissão de correspondências (telegramas, aerogramas) e/ou de visita domiciliar. - Dialogar quanto ao motivo do afastamento, a fim de viabilizar novos estímulos.
Anemias		Faz alimentação inadequada e ingere medicamentos inadequadamente.	Teve anemia não tratada.	Orientar quanto à dieta adequada.
Cardiopatias, Rubéola, Hipertensão, Diabetes Mellitus DHEG, anemias		Faz acompanhamento médico, mas não segue as orientações ou as segue inadequadamente.	Tem intercorrências, descompensada, sem ter procurado tratamento.	- Prescrever medicamentos do programa de saúde (sulfato ferroso, complementos vitamínicos). - Solicitar exames laboratoriais, periodicamente. - Encaminhar ao acompanhamento médico e ao da nutrição, em casos de anemias severas.
DST	- Utiliza medicamentos prescritos, dieta adequada. - Faz acompanhamento médico regularmente, está compensada. - Está orientada quanto a DST, faz tratamento.	Faz consulta pré-natal irregularmente e não segue as orientações.	Não fez pré-natal, não se submete a consulta ginecológica regularmente, fez o último preventivo há mais de 3 anos e é promíscua.	- Atentar para a apresentação de sintomatologias compatíveis com morbidades. - Solicitar exames laboratoriais e/ou gráficos, para auxiliar na confirmação do diagnóstico e/ou acompanhamento da situação apresentada. - Encaminhar para acompanhamento médico na consulta subsequente caso esteja descompensada. - Atentar para a apresentação de sintomatologias compatíveis com as DSTs. - Solicitar exames laboratoriais (Sorologia para Lues, HIV, exame colpocitológico (dupla), para auxiliar na confirmação do diagnóstico e/ou acompanhamento da situação apresentada. - Encaminhar para acompanhamento médico na consulta subsequente. - Prescrever medicamentos conforme programa do Ministério da Saúde (ver em anexo). - Orientar a gestante e o (s) parceiro (s) quanto: à abstinência sexual (copulação) durante o tratamento ginecológico; a importância da medicação para o casal; a higiene sexual, corporal e ambiental.

1.3 - Ações de Enfermagem para o acompanhamento de mulheres em pré-natal com desvio de saúde

INDICADORES	RISCOS			TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM *
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	
I - Gestacional riscos materno-fetais				
· Má formação uterina	· Cesárea eletiva. Preparada.	· Mantém repouso relativo, tanto físico quanto sexual, e não faz acompanhamento pré-natal frequente.	· Mulher só sabe que o feto é mal formado na hora do nascimento.	· Solicitar usg; orientar quanto à: evolução da gestação, possibilidade do parto cesário · Encaminhar para a avaliação médica.
· RN de peso (menor que 2,5g)	· Constituição familiar. Peso entre 2000-2500g.	· O baixo peso do RN decorrente da má nutrição e hábitos de vida; e RN com 1500 a 2000g.	· O baixo peso do RN é relacionado a alguma patologia materna durante a gravidez. RN com peso inferior a 1500 gramas.	· Monitorização da altura uterina e circunferência abdominal. · Correlacionar o problema apresentado a prováveis causas (fumo, nutrição, trabalho, droga, hipertensão e dhcg) · Solicitar os exames laboratoriais de rotina e complementares. · Solicitar ultrassonografia e dopplerfluxometria. · Orientar quanto à importância do decúbito lateral esquerdo (melhora o aporte sanguíneo). · Orientar e encaminhar a outros profissionais de acordo com a causa específica. · Agendar a gestante com maior frequência (15 em 15 dias).
· Gemelaridade	· Sem história familiar e pessoal.	· Com história familiar de gemelaridade.	· Já teve gravidez gemelar e tem história familiar de gemelaridade.	
· Multiparidade	· 1 a 2 filhos.	· Com 2 a 4 filhos.	· Tem mais de 4 filhos.	· Orientar quanto ao planejamento familiar e às unidades que realizam.
· Intervalo interpartais, curtos > 2 anos	· Acima de 2 anos.	· Até 2 anos.	· Intervalo interpartais de 2 anos.	· Solicitar ultrassonografia (para observar inserção da placenta). · Orientar quanto à importância do planejamento familiar. · Orientar quanto à necessidade do intervalo entre as gestações de no mínimo 2 anos.
· Idade > 20 anos e < 35 anos	· Entre 20 e 30 anos.	· 30 a 35 anos.	· Tem menos de 20 anos e mais que 35 anos.	· Orientar quanto à importância do acompanhamento pré-natal, com maior periodicidade. · Orientar para o planejamento familiar.
· Hemorragias Maternas	· Detecta precocemente perdas transvaginais, procurando atendimento.	· Procura atendimento somente quando ocorre piora do quadro hemorrágico.	· A mulher não procura atendimento quando a hemorragia ainda está controlável, estando anêmica, hipovolêmica e levando risco de vida à ela e ao feto.	· Orientar quanto à importância do repouso. · Observar as características da hemorragia. · Solicitar exames laboratoriais (hematócrito) e ultrassonografia. · Observar a vitalidade fetal. · Encaminhar para a consulta médica.
· Distócia	· Está orientada quanto aos riscos, acompanhamento e orientação quanto à possibilidade do parto cesáreo.	· Procurou assistência mas não seguiu as orientações.	· Não procura atendimento e a distócia só é detectada poucas semanas antes do parto ou já no trabalho de parto.	· Orientar quanto à possibilidade de parto cesário. · Solicitar USG de 15/15 dias. · Realizar a cardiocotografia semanalmente · Nos casos de desconfortos maternos decorrentes da estática fetal, orientar quanto: DLD e DLE, semi-fowler para descompressão do diafragma.

Nursing assistance to pregnant women: building a therapeutic proposal for low risk prenatal care

Abstract

This descriptive and qualitative study discusses nursing assistance during low risk prenatal care, aiming at identifying those pregnancy risks which are relevant to obstetric nursing as well as determining suitable therapeutics for pregnant women. In order to develop this stage of the research, 88 pregnant women, 20 assistant nurses and 06 obstetric nursing teachers were investigated. The results made it possible to develop an obstetric nursing therapeutics essay, based on the established risk indicators.

Keywords: *Obstetric nursing - Therapeutics - Nursing care*

Construyendo una propuesta terapéutica en el prenatal de bajo riesgo

Resumen

Estudio de naturaleza descriptiva cualitativa que discute la asistencia de enfermería en el prenatal de bajo riesgo, con el objetivo de identificar los riesgos de la gestación, que son de interés de la enfermería obstétrica, y determinar terapéuticas que mejor orienten la asistencia a la mujer durante la gestación. Para desarrollar esta etapa de la encuesta, fueron investigadas 88 mujeres gestantes, 20 enfermeras asistenciales y 06 profesoras de Enfermería Obstétrica. Los resultados permitieron la elaboración de un ensayo de las terapéuticas de Enfermería Obstétrica fundamentado en los indicadores de riesgos establecidos.

Palabras claves: *Enfermería obstétrica - Terapéutica - Cuidados de enfermería*

Referências bibliográficas

- BRASIL, C., VALLADARES, D. P. PAISM. Um caminho possível. Rio de Janeiro: Saúde em foco, ano 5, n.14, p 34-39, nov/96.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática (PAISM), Ministério da Saúde, Brasília: Centro de Documentação/MS, 1984.
- _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. PAISM. Pré-natal de baixo risco. Brasília: 1986.
- _____. Divisão Nacional da Saúde Materno Infantil. Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM). Brasília, D.F: 1988.
- _____. Programa Nacional de Programação Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Assistência Pré-natal. Brasília, 1988.
- _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Assistência Pré-Natal. Brasília: Centro de Documentação/ M.S., 1994.

_____. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Plano de ação na redução da mortalidade materna brasileira. Brasília: M.S. 1995.

LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagem qualitativa. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. 269 p.

REZENDE, J., MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia fundamental. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

RIOS, R. de Los, GOMES, E. - A mulher face à saúde e ao desenvolvimento: um enfoque alternativo. Brasília: OPAS, 1993.

THEME FILHA, M.M. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: 1995. Revista Saúde em Foco - SMS, Rio de Janeiro, ano 5, n. 14, p. 22-24, nov. 1996.

Notas

¹ Este artigo originou-se do Relatório Parcial enviado ao CNPq sobre o Projeto Integrado de Pesquisa "Parâmetros de Risco e Terapêutica de Enfermagem Obstétrica, Institucionalizada no Desenvolvimento da Gravidez".

Sobre Autor

Gertrudes Teixeira Lopes

Professora Ajunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Doutora e Livre Docente em Enfermagem. Membro do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira - NUPHEBRAS, da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Pesquisadora do CNPq. Procientista da UERJ/bolsista da FAPERJ.

Valéria Bezerra Portella

Marilanda Lopes de Lima

Lucia Helena Garcia Penna

Professoras Assistentes da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Mestres em Enfermagem.