

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PRÉ-NATAL: uma revisão a partir da sistematização, da humanização e da educação em saúde⁴

Mônica Cecília Pimentel de Melo¹; Nathália Havana Nunes Coelho²; Sheila Cristiane Evangelista Creôncio³

¹ Professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina-PE, Brasil; Mestre em Enfermagem; e-mail: monquinamelo@gmail.com

² Discente do 8º período, do curso de Graduação em Enfermagem, da UNIVASF.

³ Discente do 8º período, do curso de Graduação em Enfermagem, da UNIVASF.

⁴ Artigo de revisão resultante de pesquisa original. Texto não publicado anteriormente.

RESUMO

A enfermeira pode acompanhar integralmente o pré-natal de baixo risco e, para isto, dispõe de ferramentas como a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a educação em saúde. O estudo busca compreender essas ferramentas nas ações pré-natais da enfermeira através de uma revisão bibliográfica, buscando responder: Como a SAE, o PHPN e a Educação em Saúde podem contribuir na atuação da enfermeira no pré-natal. Provém da comparação teórica de literaturas e artigos que expõem o pré-natal sob a perspectiva da SAE, do PHPN e da educação em saúde. Essa revisão demonstrou que os instrumentos já utilizados no cotidiano podem corroborar como uma forma de aperfeiçoamento do cuidado pré-natal realizado pela enfermeira.

PALAVRAS-CHAVE: pré-natal, SAE, PHPN, educação em saúde.

PRACTICE NURSE IN THE PRE-NATAL: a review based on the systematization, and the humanization of health education

ABSTRACT

The nurse can monitor the full antenatal care and low risk for this, it offers tools such as the Nursing Assistance Systematization (SAE), the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth (PHPN) and health education. The study seeks to understand these tools in action prenatal nurse through a literature review, looking for answers: How to SAE, PHPN and Health Education can contribute to nursing care during the prenatal period. Comes from the comparison of theoretical literature and articles that expose the prenatal from the perspective of SAE, the PHPN and health education. This review showed that the instruments now used in everyday life can support as a way of improvement of prenatal care performed by nurses.

KEYWORDS: prenatal, SAE, PHPN, health education

1 INTRODUÇÃO

O pré-natal é definido como um “conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005, p.18). E é por se tratar de um período munido de certos medos, dúvidas e mitos que se torna de fundamental importância na gravidez a interação mulher-profissional, pois isso é o que determinará a eficácia do pré-natal. Para tanto, se faz necessário que o profissional se posicione de uma forma neutra, e que guarde para si seus dogmas, conceitos e preconceitos, e promova o acolhimento e a escuta das necessidades da gestante. É preciso intimidade e segurança para que a mulher se sinta fortalecida até o momento do seu parto, pois cada mulher é um ser único, complexo, com sentimentos e autonomia (LIMA; MOURA, 2005).

Pode ser considerado de baixo ou de alto risco, o que determina os cuidados específicos para cada caso e o profissional que irá acompanhar essa gestação. No tocante à enfermagem, o Ministério da Saúde e a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem que é regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 afirmam que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela (o) enfermeira (o), cabendo-lhe à realização da consulta e prescrição da assistência de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, a (o) mesma (o) pode prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; pode oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007). Para tanto, a enfermagem deve ser, desde a formação acadêmica, voltada para a promoção de conhecimentos na área da saúde e deve ter a sensibilidade de oferecer uma escuta aberta e um diálogo claro de acordo com a realidade e a compreensão de cada gestante atendida.

O papel diferenciado que a (o) enfermeira (o) vem tendo desde a última década vem contribuindo para uma melhor compreensão da comunidade, no que diz respeito a sua atuação, enfatizando as atividades relacionadas à assistência pré-natal. Estudos demonstrados por Amaral; Araújo; Soares (1990); Moura (1997); Moura; Rodrigues (2003) relatam que a consulta de enfermagem tem sofrido transformações em sua concepção, metodologia e, principalmente, em sua inserção nos serviços de saúde, transitando para o prestígio e aceitação do profissional de enfermagem no seu fazer-cuidar.

Dessa forma, a consulta de enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres com quem interagimos em consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde. É pertinente lembrar que os contatos freqüentes nas consultas entre enfermeiras (os) e clientela possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, do desenvolvimento fetal e da detecção precoce de quaisquer problemas, além de proporcionar um cuidado sob a perspectiva da humanização (BRANDEN, 2000).

Durante a consulta pré-natal a (o) enfermeira (o) têm a oportunidade de utilizar vários instrumentos para realizar uma consulta de qualidade, desde o conhecimento científico, ao acolhimento, em que articulados de maneira cuidadosa pelo profissional, fazem com que sejam identificadas além das alterações biológicas,

necessidades de cunho subjetivo, propondo assim, soluções para contorná-las e buscando resolutividade nas suas ações.

Esses instrumentos tratam da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), da Educação em Saúde e do PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento). Assim sendo, a SAE pode ser uma ferramenta indispensável, pois permite ao profissional de enfermagem incorporar as etapas do método científico e o julgamento clínico, atendendo aos dispositivos ético-legais emanados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). É um método usado pelas (os) enfermeiras (os) para coletar dados, planejar, implementar e avaliar o cuidado.

Por meio da SAE, a prática de comunicação/informação em saúde pode ser desenvolvida de maneira que sejam identificadas as principais necessidades de informação da gestante, da família e/ou da comunidade (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Os profissionais de saúde devem informar e dividir as decisões e responsabilidades com as gestantes, equilibrando a tecnologia e o humanismo, estando abertos a outras práticas e enfocando a prevenção através de uma escuta ativa, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia as gestações e partos que lhes são entregues sob sua responsabilidade (BUCHABQUI; ABEICHE; BRIETZKE; 2001; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Neste sentido, é interessante que se efetuem trocas de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essas trocas podem se dar através da educação em saúde, um outro recurso de fundamental importância nas ações pré-natais realizadas pela(o) enfermeira (o), pois facilita a compreensão do processo gestacional, ocasionando um momento de expressão de sentimentos, e busca por soluções como resposta às necessidades das gestantes (SANTI, 2002; BRASIL, 2005).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deve ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando a gestação e o nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (ARAÚJO, 1999).

CARVALHO; FRANCISCO; BRIZOT (2008) complementam afirmando que o período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade ímpar para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar.

Outro recurso a ser considerado pela (o) enfermeira (o) é o PHPN, concebido como uma estratégia instituída pelo Ministério da Saúde a ser somada a outras já em andamento para melhoria da assistência obstétrica. A portaria GM n.º 569 que instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento considera "... que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania..." (BRASIL, 2000, p. 5).

O Programa está compreendido em um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica e desse modo, a mesma portaria apresenta a estrutura do

programa em três componentes:

[...] Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, que objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo Programa, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderirem ao Programa;

Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, que objetiva o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde;

Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto - buscando a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto [...] (BRASIL, 2000, p.18).

O PHPN foi planejado e discutido como uma política nacional em atenção aos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal. Portanto, o PHPN alia tecnologia e humanismo, enfocando ações e práticas de cuidar da mulher gestante sob o prisma da prevenção (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

E é sob esse olhar que alia legalidade, tecnologia e cuidado mais humanizado que o presente estudo é embasado na SAE, na educação em saúde e no PHPN, porque acreditamos nesses recursos como estratégias de melhoria na atenção à saúde da mulher, em que bem articulados podem trazer inúmeros benefícios, tanto para a gestante, quanto para o desempenho satisfatório da atuação profissional das (os) enfermeiras (os). Sendo assim, o estudo busca responder a seguinte questão: Como a SAE, a Educação em Saúde e o PHPN podem contribuir na atuação da (o) enfermeira (o) no pré-natal. Apresenta como objetivo geral compreender a contribuição da SAE, da educação em saúde e do PHPN nas ações pré-natais da (o) enfermeira (o), e específicos descrever estratégias de melhoria nas ações à saúde da mulher, no que concerne a SAE, a educação em saúde e ao PHPN; identificar os subsídios da SAE, da educação em saúde e do PHPN para a atuação da (o) enfermeira (o) no pré-natal.

A contribuição dessa revisão é de demonstrar as (aos) enfermeiras (os) ferramentas disponíveis na atualidade, em se tratando de pré-natal, incentivando esses profissionais a terem uma visão mais humanizada e ao mesmo tempo científica a respeito da sua atuação nesse período, propondo instrumentos já utilizados no seu cotidiano como uma forma de aperfeiçoamento do seu cuidado pré-natal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica, do tipo descritivo, de caráter qualitativo, elaborado a partir de 12 referências em saúde da mulher, compreendidas como referências principais e/ou complementares, na graduação de enfermagem,

sendo que os manuais técnicos utilizados foram datados a partir do ano 2000, além de consulta online, catalogada nas principais bases de dados em saúde – Lilacs, Scielo e Medline, com pesquisa ao sistema nos meses de setembro de 2008 a junho de 2009. Na busca, utilizaram-se descritores como pré-natal, SAE, PHPN e educação em saúde. A partir daí, foram selecionados 31 artigos que abordam a atuação da enfermeira (o) no pré-natal e desses, 10 foram utilizados para aprofundamento da categorização. Foi utilizada a leitura sistemática a fim de definir as categorias necessárias ao aprofundamento e discussão acerca do tema proposto.

3 APRESENTANDO E COMENTANDO OS RESULTADOS

Os resultados obtidos foram categorizados a partir da leitura sistemática do material analisado, ao qual foram definidas três categorias de análise.

3.1 O aporte da SAE na atenção pré-natal

A SAE é a organização da assistência de enfermagem a ser oferecida à gestante de baixo risco, durante o período do seu pré-natal, o que abrange as consultas de enfermagem e as ações educativas, assim como quaisquer informações que a gestante questione, ou deva saber a respeito de sua saúde e a de seu bebê (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

A SAE tem característica educativa e informativa, se mostrando como um instrumento imprescindível na humanização da assistência pré-natal, do mesmo modo que o PHPN e a educação em saúde. Enquanto que o PHPN visa reduzir a mortalidade materna e neonatal, através de uma visão mais integral da mulher no seu estado gravídico-puerperal ao reduzir complicações gestacionais, a educação em saúde complementa a SAE e o PHPN, ao sensibilizar a mulher/gestante sobre o seu auto-cuidado, dando subsídios que possibilitem a identificação das possíveis complicações, dos sinais do parto, da sua alimentação e dos cuidados com o recém-nascido, visando uma maior autonomia dessa mulher, sem que se esqueça da importância de dar seguimento aos cuidados e ao monitoramento da evolução da gestação através das consultas pré-natais (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

A Resolução do COFEN- 272/2002 considera que a SAE, sendo atividade privativa da (o) enfermeira (o), utiliza métodos e estratégias de um 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 (BRASÍLIA, 2002).

A SAE é composta por cinco etapas: (1) Entrevista ou Histórico de Enfermagem, composto por sua vez pela identificação do cliente, queixa principal, antecedentes pessoais e antecedentes familiares; (2) Exame Físico, obtido através das técnicas de inspeção, ausculta, palpação e percussão; (3) Diagnósticos de Enfermagem, seguindo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), 2006, que são obtidos através dos levantamentos dos problemas encontrados no cliente; (4) Prescrições de Enfermagem, que são as medidas decididas pela (o) enfermeira (o) que guiarão os cuidados que serão prestados pela equipe de enfermagem e; (5) Evolução de Enfermagem, que é o registro feito pela (o) Enfermeira (o) após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro

constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados de cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes (BRASÍLIA, 2002).

No tocante a SAE, o diagnóstico da gravidez é o primeiro passo para se iniciar o acompanhamento pré-natal. Ele se faz baseado no exame físico e nos testes laboratoriais. A amenorréia é o primeiro passo para se suspeitar de gravidez. O teste laboratorial solicitado pelo profissional da unidade básica é o Teste Imunológico da Gravidez (TIG). Após a confirmação da gravidez em consulta, inicia-se o acompanhamento a gestante com seu cadastro no sistema de informação sobre o pré-natal (SISPRENATAL).

O acompanhamento pré-natal deverá fornecer o cartão da gestante, com identificação preenchida, número do SISPRENATAL, hospital de referência para o parto e as orientações sobre este; o calendário vacinal e suas orientações; a solicitação dos exames de rotina; e as orientações sobre a participação nas atividades educativas, podendo ser através de reuniões ou grupos de gestantes e visitas domiciliares (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

Após a confirmação da gravidez, procede-se à primeira consulta de enfermagem, e é nela que já se formaliza a SAE, obedecendo às seguintes recomendações do Ministério da Saúde:

I - História clínica: deve ser registrada no cartão da gestante e ficha perinatal. Deverá conter: a) identificação; b) cor c) dados sócio-econômicos; d) grau de instrução; e) profissão/ocupação; f) estado civil/união; g) número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico); h) renda familiar; i) pessoas da família com renda; j) condições de moradia (tipo, nº de cômodos); k) condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); l) distância da residência até a unidade de saúde; m) antecedentes familiares; n) antecedentes pessoais; o) antecedentes ginecológicos; p) sexualidade; q) antecedentes obstétricos; r) gestação atual (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007). **II – Exame físico:** a) geral; b) específico. Nesse último inclui-se o exame gineco-obstétrico; **III – Exames complementares:** a) solicitações de todos os exames de rotina, ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; glicemia de jejum, VDRL e urina tipo 1 na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, desde que a gestante consinta; sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30 semanas de gestação; sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta, se disponível; b) outros exames podem ser acrescidos a esta rotina mínima em algumas situações especiais como o protoparasitológico, solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda; colpocitologia oncótica ou também chamado *papanicolau* se a mulher não o 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; urocultura 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 idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP); b) avaliação nutricional através do Índice de Massa Corpórea (IMC); c) fornecimento de informações necessárias e assistência a gestante de baixo risco, respostas às indagações da mulher e família; d) orientação sobre sinais de riscos e atenção específica e humanizada em cada caso (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

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, além de:

I – Controles maternos: a) cálculo e anotação da IG; b) determinação do peso para avaliação do IMC, anotando no gráfico e observando o sentido da curva para avaliação do estado nutricional; c) aferição da pressão arterial (PA), com pesquisa de edema; d) palpação obstétrica e medida da AU, registrando e observando no gráfico, o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal; e) verificação dos resultados dos testes para sífilis e, no caso de resultado positivo, instaurar o esquema terapêutico utilizado na gestante e em seu parceiro; f) avaliação da possibilidade de solicitar teste de Coombs Indireto que se negativo, repetir em torno da 30ª semana; f) avaliação de outros resultados de exames laboratoriais; **II – Controles fetais:** a) ausculta dos batimentos cardíacos fetais (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 necessário; b) tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamentos, se necessário; c) prescrição de complementação vitamínica (60 mg de ferro elementar/dia e ácido fólico 5mg/dia); d) realização de ações educativas individuais e em grupos, destacando que os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos da faixa etária e abordar temas de interesse do grupo, recomendando-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 (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

Posterior ao levantamento de dados e, conseqüentemente de problemas, a SAE vem a ajudar a (o) enfermeira (o) a dar resolutividade aos problemas enfrentados pela gestante com medidas simples, como propõe Alvim; Bassoto; Marques (2007), em seu estudo; segundo Quadro 1.

QUADRO 1. Principais problemas, diagnósticos e cuidados de enfermagem a gestante de baixo risco.

Problemas de enfermagem	Diagnósticos de enfermagem	Cuidados de enfermagem
1-Náusea	Sensação subjetiva desagradável, caracterizada por salivação aumentada.	-Orientar quanto à dieta fracionada, não ultrapassando três horas sem ingestão de alimentos; -Orientar a evitar frituras, gorduras, condimentados e alimentos com cheiro forte; -Orientar a ingestão de 2000 ml de líquido nas 24h; -Orientar a não ingestão de líquidos durante refeições; -Ingerir alimentos pastosos, sem

		<p>exagero nos temperos, como purês, mingaus, cremes e macarrão bem cozido;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescrever/administrar medicações, conforme estabelecido nos programas de saúde pública e de rotina, aprovados pela instituição de saúde; -Encaminhar ao médico em caso de agravo do quadro.
2-Dor lombar	Dor aguda caracterizada por relato verbal	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar quanto à correção da postura ao sentar-se e ao andar; -Orientar que ao sentar-se permanecer, quando possível, em posição de “Buda”; -Orientar a aplicação de calor local 3x ao dia; -Incentivar o 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; - Prescrever/administrar medicações, conforme estabelecido nos programas de saúde pública e de rotina, aprovados pela instituição de saúde; -Encaminhar ao médico/fisioterapeuta, se agravar o quadro.
3-Ansiedade	Ansiedade caracterizada por preocupações	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar a realização de caminhadas, respirando fundo e devagar; -Identificar os fatores que trazem

	expressas, devido a mudanças em eventos da vida.	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.
4-Cloasma	Alteração na pigmentação da pele, relacionada às mudanças hormonais, caracterizada por manchas escuras na face.	-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; -Orientar que após o parto a tendência é desaparecer ou diminuir.
5-Fraqueza e desmaio	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, levando ao déficit de nutrientes para o organismo.	-Aferir sinais vitais, atentando para valores pressóricos; -Manter MMII elevados durante os episódios; -Orientar deitar em decúbito lateral esquerdo, respirando profundamente e pausadamente; -Encaminhar a nutricionista para avaliação nutricional; -Orientar a não fazer mudanças bruscas de posição, devido à instabilidade vasomotora; -Orientar quanto à ingestão de complexos vitamínicos e seus horários ideais; -Investigar parasitoses e anemias; -Prescrever/administrar medicações,

		conforme estabelecido nos programas de saúde pública e de rotina, aprovados pela instituição de saúde.
7-Constipação intestinal e flatulências.	Constipação, relacionado à 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 2000 ml de água nas 24h; -Estimular caminhadas; -Evitar alimentos fermentativos; -Prescrever/administrar medicações, conforme estabelecido nos programas de saúde pública e de rotina, aprovados pela instituição de saúde; -Encaminhar ao médico, se necessário.
8-Cãimbras	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 e complexo B; -Evitar exercícios físicos em excesso; -Incentivar a prática de caminhadas; -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; -Não permanecer em pé ou sentada por tempo prolongado; -Orientar quanto à elevação dos membros inferiores (MMII);

		<ul style="list-style-type: none"> -Incentivar caminhadas por 20 minutos; -Atentar para identificação precoce de rompimento (trombose venosa) dos vasos: calor, rubor e dor; -Evitar cruzar as pernas ao sentar-se; -Massagear os membros inferiores no sentido da circulação de retorno venoso; -Encaminhar ao médico os casos de varizes vulvares e perineais para avaliar, principalmente, a via de parto.
10-Edema	Volume de líquidos excessivo, devido aumento da produção do hormônio antidiurético.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar repouso com as pernas elevadas de pelo menos 30 minutos; -Orientar quanto ao revezamento de posições sentar x permanecer em pé; -Orientar quanto ao uso de sapatos confortáveis, que não interfiram no retorno venoso; -Colocar pés em água morna e massageá-los depois; -Afastar possibilidade de síndromes hipertensivas; -Orientar que ao sentar-se, não deixar os MMII pendentes; -Dormir com os MMII ligeiramente elevados; -Orientar dieta hipossódica.

Fonte: ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007.

Como descrito na Lei nº. 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe a (ao) enfermeira (o), realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, e como integrante da equipe de saúde pode realizar prescrição de 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 (ARAÚJO, 1999; BRASÍLIA,

2002).

À (Ao) enfermeira (o) cabe, entre outras atividades, orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação; preparar para o parto; solicitar exames de rotina; realizar atividades com grupo de gestantes; fornecer o cartão da gestante, devidamente atualizado a cada consulta e realizar coleta de exame citopatológico, dentre outras ações (BRASIL, 2000).

O profissional tem autonomia para fortalecer atitudes que visem captar as necessidades sentidas e não sentidas da clientela, as quais não envolvem apenas questões objetivas e clínicas, mas também vivências e expectativas da gestante como mulher. Assim, visando garantir uma gravidez sem complicações, a (o) enfermeira (o) deverá estar sempre atenta (o), em busca de qualquer sinal indicativo de anormalidade, procurando oferecer orientação para que a gestante se sensibilize sobre a melhor forma de favorecer uma gravidez sem intercorrências clínicas, de maneira humanizada, procedendo a uma escuta aberta e acolhedora (NERY, 2006).

3.2 Papel do PHPN na atenção pré-natal da (o) enfermeira (o)

O Ministério da Saúde, em um plano com distintas etapas, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 01 de junho de 2000, portaria 569, publicada no Diário Oficial da União, em 08 de junho de 2000, na seção 1, página 4 para somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da assistência obstétrica. O Programa instituiu critérios para qualificar a assistência e um sistema de informações, o SISPRENATAL, para monitorar o cumprimento dos mesmos e acompanhar indicadores de qualidade definidos pelo PHPN (BRASIL, 2000).

Durante sua implantação, mobilizou, em tempo relativamente curto, quase quatro mil municípios e permitiu a ratificação de muitas hipóteses sobre a assistência pré-natal, com um macro diagnóstico da saúde materna, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar esse objetivo como o limite percentual no pagamento das cesáreas e a implantação de um sistema de atenção à gestação de alto risco (INFORMES, 2002).

Assim, no conjunto de medidas tomadas pelo Ministério da Saúde, em um plano com distintas etapas, o lançamento do PHPN deveria somar-se a outras importantes estratégias já em andamento para a melhoria da assistência obstétrica (BRASIL, 2000).

O PHPN traz no seu esboço a humanização com dois pilares que o sustentam. O primeiro é o acolhimento da mulher, do recém-nascido e de sua família, sendo esse acolhimento baseado na ética, no respeito e que gradativamente a mulher, em trabalho de parto, deixe de ser isolada como rege o modelo hospitalocêntrico. O segundo pilar refere à diminuição de práticas intervencionistas desnecessárias durante o parto que tradicionalmente são praticadas e que não beneficiam nem a mulher, nem o seu filho (INFORMES, 2002).

No que concerne ao pré-natal, o PHPN dita ser essencial que cada gestante realize no mínimo seis consultas de pré-natal a cada gestação, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre. Todas essas consultas têm como finalidade prevenir hipertensão, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto, abortos, dentre outras. Sendo assim, o PHPN vem como um programa que deveria somar-se a outras importantes estratégias que já se encontram em andamento para melhoria da assistência prestada as mulheres/gestantes.

Para a inclusão do município no PHPN é necessário que o gestor municipal participe da elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde; que estruture e garanta o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, responsabilizando-se também pelo funcionamento do sistema móvel de atendimento. Ao lado disso, é de sua competência garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes; garantir o acesso à realização dos exames laboratoriais de seguimento do pré-natal e, ainda, estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional (BRASIL, 2000).

3.3 Do PMI ao PNAISM: a contribuição da educação em saúde no pré-natal

O Programa Materno-Infantil (PMI) foi criado em 1975, construído em uma conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura. Era constituído de seis subprogramas, sendo eles: assistência materna, na qual envolvia a gestação, o parto e o puerpério; assistência à criança e ao adolescente, em que realizava o controle de crianças menores de cinco anos e do grupo de cinco a 14 anos; expansão da assistência materno-infantil, na qual promovia a integração de grupos comunitários, controle e orientação de curiosas; suplementação alimentar, que realizava a prevenção da desnutrição materna na gestação e na lactação; atividades educativas; e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2005; ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

Neste período os programas de saúde caracterizavam-se pela verticalidade, ou seja, sem articulações entre as suas distintas propostas de implementação. Com essa verticalidade, os recursos financeiros já chegavam aos estados e municípios predestinados a determinados usos, não permitindo aos gestores locais a programação de ações mais adequadas às reais necessidades de saúde de suas populações. Além disso, havia uma desarticulação com outros programas voltados à assistência a mulher, o que de certa forma dificultou o acesso à assistência integral das mulheres (COSTA, 1999).

Observava-se já nessa época a distinção dada às (aos) enfermeiras (os) para o atendimento a gestantes nos centros de saúde, atribuindo-se a estas (es) profissionais a responsabilidade pela maioria das consultas durante a gravidez, onde a consulta de enfermagem aparece como instrumento de atenção individual (BARRETO; MEDEIROS; SILVA, 2008).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surge em 1984 com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da população feminina, valorizando a mulher em todas as fases de sua vida, garantindo assim, respostas as suas necessidades, independente da sua função reprodutora estar sendo exercida ou não, além do acesso aos serviços de saúde em diferentes complexidades (MELO, 2007).

A reforma sanitária serviu como plano de fundo para as inovações da saúde no Brasil o que possibilitou a formulação do PAISM. E a partir daí, desenvolveu-se um conjunto de conceitos e princípios capazes de conferir ao sistema de saúde eficácia e qualidade. Entre estes, o princípio da integralidade, que entende a assistência organizada e voltada para o indivíduo na sua singularidade e totalidade, envolvendo ainda a implementação de políticas intersetoriais (COSTA, 1999).

Entretanto, o PAISM enfrenta até os dias de hoje problemas em sua implementação, pois o modo como são organizados os serviços de atenção à saúde da mulher, o distancia de uma perspectiva integral, sendo implementadas ações orientadas, sobretudo pela visão biomédica, e intervencionista e de medicalização do corpo feminino (MELO, 2007).

Em 28 de maio de 2004 foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) para que se implementasse de fato o PAISM nos 5.561 municípios brasileiros, sendo 26 estados e um Distrito Federal. O PNAISM procura incorporar o conceito de gênero, na perspectiva da promoção da saúde, tendo na integralidade um princípio norteador aos segmentos femininos que estavam, até então, à margem dos serviços de saúde, tomando como base dados epidemiológicos e reivindicações desses vários segmentos femininos da população, incluindo as mulheres indígenas, as presidiárias, as vítimas de violência, as negras e as trabalhadoras rurais (BRASIL, 2007; FREITAS et al., 2009).

Diante desse novo cenário de políticas públicas voltadas para as mulheres consta a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações de pré-natal, parto e puerpério, dando destaque e importância à educação em saúde no atendimento à mulher, sendo esse o diferencial em relação a outros programas e políticas públicas de atenção à saúde feminina (BRASIL, 2000).

Landerdahl et al. (2007) reforça o valimento da educação em saúde quando ressalta que as mulheres vêm na consulta pré-natal um momento de reciprocidade educativa, ou seja, de aprendizagem mútua. E é nessa ação que a (o) enfermeira (o) tem a oportunidade de exercitar a comunicação e otimizar seu tempo, já que essa atividade pode se dar em um grupo de interesses comuns, além de proporcionar as gestantes um momento de troca de experiências umas com as outras, oportunizando-as como sujeitos ativos de transformação da sua própria realidade.

A comunicação constitui-se em um instrumento básico para o cuidado de enfermagem, uma necessidade humana básica, uma competência que a (o) enfermeira (o) deve desenvolver. Esta competência usada na educação em saúde, de modo terapêutico, irá permitir à (ao) mesma (o) atender sua clientela em todas as suas dimensões.

Os temas abordados na educação em saúde precisam contemplar as necessidades e mudanças encontradas por aquele grupo, naquele determinado momento. O profissional deve permitir um processo de educação em saúde que seja acolhedor e participativo, como já dizia Freire (2004) quando afirmava que esse processo só tem valor quando gera reflexão e ação da pessoa, ou seja, da gestante, sobre o mundo para transformá-lo, devendo contribuir para a formação de mulheres capazes de fazer escolhas conscientes e buscar respostas para as suas questões, levando ao rompimento de um modelo tecnicista e fragmentado de educação em saúde.

Deve-se garantir que as atividades sejam de promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, por isso Alvim; Bassoto; Marques (2007), sugerem os seguintes temas: importância do pré-natal; orientação quanto à higiene, atividade física e dietas; sexualidade; ansios da gestação e parto; sinais de alerta e o como proceder nos casos de perdas vaginais, cefaléia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, dificuldade respiratória e cansaço; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do trabalho de parto e parto; manejo da amamentação e importância do banco de leite humano; importância do pai e familiares no ciclo gravídico-puerperal; valorização das consultas puerperais; cuidados com o recém-

nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e de medidas preventivas, como vacinação, higiene, saneamento do meio ambiente.

Valorizar a educação em saúde no pré-natal como transformadora de realidades é considerar a construção do conhecimento a partir das experiências, informações e vivências trazidas, em uma perspectiva participativa, valorizando o poder de voz da gestante, enquanto mulher e cidadã.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa revisão, constatou-se que a sistematização da assistência no pré-natal de baixo risco, além de dar a mulher uma atenção mais especializada e individualizada, ao analisar cada uma de suas necessidades e traçar um plano de assistência voltada especificamente àquela gestante, valoriza a (o) profissional enfermeira (o) com vistas a um cuidado mais integral e humanizado, dentro das instituições de saúde.

Para que a assistência individualizada aconteça, é necessário que todos os profissionais integrados ao pré-natal, desvinculem-se da visão denominada materno-infantil em que se vê a mulher apenas na sua função reprodutora e passe a vê-la como um ser único, complexo com sentimentos e anseios individuais, proporcionando assim, um plano de cuidados que atinja as reais necessidades humanas básicas afetadas (ÁVILA, 1995).

Conciliado a SAE, a educação em saúde complementa as ações no pré-natal quando valoriza as necessidades alheias das gestantes, através da fala popular, numa interação ética, científica e humana como afirma Pereira et al. (2006) quando ressalta que nos dias atuais a qualidade humana do atendimento realizado por alguns profissionais da rede pública e/ou privada reflete o despreparo dessas pessoas em abrir mão de papéis pré-determinados socialmente como aproximar-se de cada usuária, respeitando sua singularidade, sem perder de vista seu contexto familiar, cultural e social, oportunizando-se a escuta com o próximo, em uma reaprendizagem de conceitos.

Por fim, é preciso dizer que aliado a SAE e a educação à saúde o PHPN vem no intuito de propor o enfrentamento da problemática da mortalidade materna e perinatal, a partir do pressuposto dos direitos humanos e princípios de humanização, reforçando como prioridades para a (o) enfermeira (o) o acolher, o escutar, o educar e o agir de forma resolutiva às necessidades das mulheres/gestantes, tendo como objetivo a qualificação e humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVIM, D.A.B.; BASSOTO, T.R.P.; MARQUES, G.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem à gestante de baixo risco. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 258-27, 2007. Disponível em: [http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%20258-272.pdf](http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%20258-272.pdf). Acesso em: 14 set. 2008.

AMARAL, A.M.M.; ARAÚJO, M.C.; SOARES, T.C. Consulta de Enfermagem em saúde mental: recurso na assistência ambulatorial em nível primário e secundário. In: **XLII Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 1990, out. 1990.

ARAÚJO, R.T. Importância da educação para a saúde na assistência pré-natal expresso por gestantes de um Centro de Saúde. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO NORDESTE, 16., 1999, **Anais da RENE**.

ÁVILA, M.B. **PAISM**: um programa de saúde para o bem-estar de gênero. 2 ed. Recife: SOS corpo, 1995.

BARRETO, I.S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O.V. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/SUS.html. Acesso em: 18 set. 2008.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 524 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 5-18.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 à 2006**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 128 p.

BRASÍLIA, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras. **Conselho Federal de Enfermagem**. COFEN, 2002.

BUCHABQUI, J.A; ABEICHE, A.M.; BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. In: **Rotinas em obstetria**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 23-37.

CARVALHO, M.H.B.; FRANCISCO, R.P.V.; BRIZOT, M.L. Assistência pré-natal. In: ZUGAIB, M. **Obstetria**. Barueri, SP: Manole, 2008.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 468 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004. 184 p.

FREITAS, G.L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 424-

428, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 03 jun. 2009.

INFORMES técnico-institucionais. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, jan./abril. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292002000100011&script=sci_arttext. Acesso em: 20 out. 2008.

LANDERDAHL, M.C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, v.11, n. 1, p. 105-111, mar. 2007. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/sumarios/2007/%C3%ADndice_mar%C3%A7o2007.pdf. Acesso em: 20 out. 2008.

LIMA, Y.M.S.; MOURA, M.A.V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 93-99, 2005. Disponível em: <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2005/10.pdf>. Acesso em: 05 out. 2008.

MELO, M.C.P. **Cuidado pré-natal à adolescentes sob o olhar da integralidade**. Salvador, 2007. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2007.

MOURA, E.R.F.; RODRIGUES, M.S.P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.13, p.109-118, ago. 2003. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista13/artigo4.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2009.

MOURA, M.A.V. **A qualidade da assistência à saúde da mulher-gestante: possibilidades e limites**. 1997. 219f. Tese (Doutorado)—Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

NANDA, North American Nursing Diagnostic Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2005-2006**. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.

NERY, T.A.; TOCANTINS, F.R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 87-92, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a14.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2009

PEREIRA, P.H.G. et al. Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2005. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 101-110, 2006. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/artigos2_2006/Artigo-3.pdf. Acesso em: 17 set. 2008.

SANTI, M.C. Dimensão educadora na assistência de enfermagem obstétrica e ginecológica. In: BARROS, S.M.O.; MARIN, H.F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.

p. 502-511.

SERRUYA, J.S.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, v.4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007. Acesso em: 29 out. 2008.