

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Meury Tatiane Duarte¹, Janaina Bertolini, Ronilda do Nascimento, Kátia Zeny Assumpção Pedroso²

1 - Rua Polar, 40 - Apt. 204B - Jardim Satélite - CEP1230-240 – São José dos Campos, SP, Brasil.

Email: meurytatiane@ig.com.br

2 - Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade do Vale do Paraíba – Av. Shishima Hifumi, 2911 – Urbanova -CEP 12244-0000 –São José dos Campos, SP, Brasil.

Email: katiazyeny@hotmail.com

Palavras-chave: Pré-natal, consultas, Enfermagem.

Área do Conhecimento: IV- Ciências da Saúde

I. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, a gravidez é um estado especial em que a mulher reage orgânica, psíquica e socialmente de forma diferente. Saúde da gestante é, portanto, a sensação de bem-estar físico, psíquico e social, dentro das condições especiais da gestante. Para alcançar essas finalidades, faz-se necessário um acompanhamento pré-natal, onde o pré-natalista, contando com vários profissionais envolvidos, incluindo enfermeiro de saúde pública, técnicos de enfermagem, enfermeira obstetra, médico em treinamento, médico de família e obstetra, assiste e intervém sobre as anormalidades que podem vir a acontecer.

Anualmente, cerca de 6 mil mulheres morrem no mundo por complicações na gravidez, parto e puerpério. Sabe-se que 99% dessas mortes ocorrem nos países sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento, entre os quais se incluem o Brasil. Esse fato denuncia a situação da assistência à saúde reprodutiva das mulheres em nosso País, relacionado a baixa cobertura e assistência no pré-natal (BARROS et al, 2002).

O objetivo da assistência pré-natal é ajudar a manter o bem estar e alcançar a evolução saudável para a mãe e o conceito. A educação sobre a gravidez, o parto e educação dos filhos é parte importante da assistência pré-natal, bem como a detecção e o tratamento de anormalidades. Este processo é mais bem compreendido quando iniciado antes da gravidez (GABBE et al).

Para ZIEGEL e CRANLEY (1985), a gestante apresenta no transcurso da gravidez uma série de necessidades, como educação e orientação referente ao que está acontecendo em seu corpo, preparando-a para o trabalho de parto e para a assistência ao bebê.

Já para KAWAMOTO et al (1995), a assistência pré-natal constitui um conjunto de ações clínicas educativas que objetiva a identificação precoce dos agravos que possam resultar em riscos para as gestantes e seu conceito, e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade materna e perinatal. Cabe à enfermeira desenvolver essas ações educativas a partir das necessidades básicas afetadas, a fim de perceber a mulher em sua globalidade.

II. OBJETIVOS

1 - Enfatizar aos futuros profissionais de enfermagem a importância de um bom pré-natal.

2 - Propor um estudo sobre a atual cobertura pré-natal no Estado de São Paulo.

III. METODOLOGIA

Para a execução do presente estudo, realizamos uma revisão bibliográfica a partir de consultas em artigos de revista e internet, livros particulares e de nossa universidade.

IV. EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Na antiguidade, os livros hindus já recomendavam que as gestantes deveriam manter-se alegres evitando a cólera, o medo e obedecendo as regras dietéticas especiais. Admite-se que a primeira obra publicada, considerando em particular os cuidados pré-natais, seja a de Thomas Bull em 1837.

Em 1822, José Bonifácio incluía, em representação à Assembléia Constituinte do Brasil, o artigo 18, que dizia: "a escrava, durante a prenhez, e passado o 3^o mês, não será obrigada a serviços violentos; no 8^o mês apenas será ocupada em casa; depois do parto terá um mês de convalescença e, passado este, durante um ano não trabalhará longe da cria".

Ao que tudo indica, Pinard, médico francês, foi um dos primeiros a defender o exame abdominal pré-natal; seu nome foi lembrado durante muito tempo, nas maternidades francesas, pelo desenho do estetoscópio fetal em 1895 (BARROS et al, 2002).

Introduziu-se em 1901 nos EUA a assistência às gestantes, as visitas domiciliares e as internações hospitalares. A primeira clínica pré-natal foi fundada em 1910 na Austrália, onde sistematizou-se a assistência pré-natal, recomendando a supressão da ansiedade e do medo entre as gestantes e puérperas, o diagnóstico e o tratamento precoces das moléstias capazes de agravar o prognóstico materno e a redução da mortalidade perinatal. A partir desta data foram criados em vários países hospitais-maternidades (NEME, 2000).

A assistência pré-natal é excelente exemplo de medicina preventiva e um fenômeno do século XX. Em 1929 o Ministério da Saúde da Grã-Bretanha divulgou um memorando sobre a conduta de clínicas pré-natais e forneceu orientações para a sua organização que ainda hoje vigora.

Com o advento de numerosas práticas relacionadas à propedêutica obstétrica, (1950-1960) se hipertrofiou e valorizou em particular o conceito, salientando as medidas que favoreçam o diagnóstico e a terapêutica fetais intra-uterina (GABBE et al).

Para a OMS, a proteção à maternidade "tem por objetivo salvaguardar a saúde das mulheres durante a gravidez e o aleitamento, de lhes ensinar os cuidados a serem dispensados as crianças, permitir parto normal e dar à luz filhos sadios" (NEME, 2000).

V. CONDUÇÃO DO PRÉ-NATAL

O sucesso de um pré-natal depende do momento em que ele se inicia. Sabe-se ser mais adequado iniciá-lo no primeiro trimestre da gravidez e prosseguir com, no mínimo, cinco consultas subseqüentes (HOGA, 2001).

V.1 Orientação na primeira consulta

No primeiro contato com a gestante, são indagados os antecedentes pessoais e familiares de interesse obstétrico (Diabetes, DHEG, Cardiopatia, e outros), assim como sua historia obstétrica (abortamentos, partos prematuros, morbidade e mortalidade perinatais, evolução e finalização dos partos). Toma-se conhecimento das condições gerais através de exame clínico sumário, como da gravidez em pauta, solicitam-se os exames essenciais à boa condução do pré-natal, são, enfim, traçadas as normas e diretivas higieno-dietéticas adequadas (GRELLE e BEETHOVEN, s/d).

A enfermeira deve abordar todas as áreas pertinentes à saúde da gestante, pregressa, atual e potencial; essas informações são componentes vitais da assistência materna-infantil.

V.1.1 Exame clínico

BRANDER (2000) refere que o primeiro exame proporciona dados iniciais, que mais tarde podem ser comparados com as alterações subseqüentes. A primeira consulta pré-natal deve ser realizada pela enfermeira obstetra, enfermeira habilitada ou médico obstetra.

No exame clínico são determinados o peso e avaliação nutricional; medida da estatura; determinação dos sinais vitais, inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide; ausculta cardio-pulmonar; exame do abdome; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (BARROS et al, 2002).

V.1.2 Exame obstétrico

Averiguar se a gravidez se encontra em período inicial ou avançado. Se inicial, pelo toque procura-se surpreender implantação tubária.

Se avançada, pela mensuração aprecia-se a correspondência entre a altura do fundo uterino e a idade menstrual, rastreando-se um eventual retardo do crescimento pela ultra-sonografia, e a duração da amenorréia. Pela palpação identifica-se a localização dos pólos cefálico e pélvico e o volume aproximado do concepto. Pelo toque confirma-se a apresentação e avaliam-se as condições cervicais (NISWANDER e EVANS, 1995).

V.1.3 Prevenção do Câncer de colo

Impõe-se, na primeira consulta, especialmente nas múltiparas, a visualização especular do colo, se possível pela colposcopia. Proceder-se à colheita de material peri-orifical com vistas à citologia oncológica (GRELLE e BEETHOVEN, s/d).

V.1.4 Exames essenciais do pré-natal

Devem ser solicitados os seguintes exames: dosagem de hemoglobina (Hb); grupo sanguíneo e fator Rh; teste de Coombs indireto; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose anidra; exame sumário de urina tipo I, urocultura com antibiograma; exame parasitológico de fezes; bacterioscopia do conteúdo vaginal; teste ant-HIV (SCHIRMER, 2000).

V.2 Orientação nas consultas subsequentes

Salvo a intercorrência de anormalidades, as consultas deverão ser mensais até o oitavo mês, e depois com intervalos de dez a quinze dias, visando a pressão arterial, a presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais.

Na segunda consulta prescreve-se uma preparação polivitamínica com adequado teor de ferro. Institui-se, outrossim, um esquema visando a correção da constipação intestinal, manifestada na gravidez.

O segundo trimestre corresponde ao período de estabilização; não são comuns maiores alterações. As manifestações eméticas cessam e o apetite se normaliza. É solicitado um segundo eritrograma no final desse período.

Na vigésima quarta semana, repete-se o primeiro teste de Coombs, visando surpreender uma resposta secundária se não administrada a gama globulina ant-Rh nas anteriores.

O terceiro trimestre é um período em que a potencialidade de complicações e acidentes materno-fetais é maior. Além da interrupção prematura salienta-se a DHEG e o descolamento prematuro de placenta (GRELLE e BEETHOVEN, s/d).

V.3 Orientação terapêutica

Prosseguir com a cobertura das necessidades vitamínicas e ferro. Acentuando-se estas a partir do meio da gravidez, as doses serão ampliadas, especialmente as do ferro. Importa salientar que as preparações vitamínicas deverão conter adequado teor dos ácidos fólico e ascórbico. Uma posologia diária de 15 a 20mg de ferro previne satisfatoriamente a expansão da anemia ferropriva característica do estado gravídico (BRANDER, 2000).

VI. REGISTRO PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal deve ser documentada por um registro pré-natal de boa qualidade. O registro deve ser completo, porém simples; orientador, mas flexível; transmissível, legível e capaz de exibir dados necessários rapidamente (BARROS et al, 2002).

Os registros comumente usados refletem precisamente o seguinte: dados demográficos, história obstétrica; história médica e familiar, incluindo triagem genética; exame físico basal, com ênfase no exame ginecológico; história menstrual, principalmente o último período menstrual normal; registro de consultas individuais; dados laboratoriais de rotina; lista de problemas; espaço para anotações e planos especiais.

Esses registros devem ser colocados à disposição para consultores e estar disponíveis na unidade onde se planeja realizar o parto. Se for esperada transferência, uma cópia do prontuário pré-natal deve acompanhar a paciente (GABBE et al).

VII. CONCLUSÃO

Após a realização desta presente revisão bibliográfica pode-se concluir que a assistência pré-natal é de suma importância para uma evolução saudável da gestação, bem como para o parto e puerpério. Concluímos também que quanto antes o início do acompanhamento pré-natal melhor, e que o ideal seria iniciar antes da gravidez. Esse acompanhamento deverá ter no mínimo cinco consultas e a enfermeira, juntamente com os demais profissionais envolvidos, devem desenvolver ações educativas, rastreamento de anormalidades, reduzindo a mortalidade materna e perinatal.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, S. M. O; MARIN, H. F; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: Guia para prática assistencial.** São Paulo: Roca. 2002.

BRANDER, P. S. **Enfermagem materno-infantil.** Rio Janeiro: Reichmann e Affonso editores, 2ª edição. 2000.

GABBE, S. G; NIEBYL, J. R; SIMPSON, J. L. **Obstetrícia: Gestações Normais e Patológicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (s/d).

GRELLE, F. C.; BEETHOVEN, L. D. A. **Obstetrícia: Texto Básico para estudantes de Medicina.** Rio de Janeiro: Livraria Atheneu (s/d).

HOGA. Gravidez na Adolescência: Ocorrência e Intercorrência Obstétrica e Neonatal apud **Revista Mineira de Enfermagem.** Dez 2001.

KAWAMOTO, E. E; SANTOS, M. C. H; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: EPU. 1995.

NEME, B. **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Sarvier. 2000.

NISWANDER, K. R; EVANS, A. T. **Manual de obstetrícia: Diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: Medsi, 4ª edição. 1995.

SCHIRMER, J. et al. **Assistência pré-natal: Manual Técnico.** Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

ZIEGEL, E. E; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 8ª edição. 1985.