



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA-LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GESSYCA KAREN SILVA TORRES

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL**

Itaituba - PA

2022

GESSYCA KAREN SILVA TORRES

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Mestra Rosângela de Aguiar Rodrigues.

Itaituba - PA

2022

TORRES, Gessyca Karen Silva

Práticas Educativas na Assistência de Enfermagem Durante as Consultas de Pré-Natal / Gessyca Karen Silva Torres.

56 f.: il.

Orientador: Prof. Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Itaituba, 2022.

1. Práticas educativas na assistência de enfermagem durante as consultas de pré natal. I **Rodrigues, Rosângela de Aguiar**. II. **Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2022.**

GESSYCA KAREN SILVA TORRES

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Especialista Rosangela de Aguiar
Rodrigues.

BANCA EXAMINADORA

Avaliador: _____ Nota: _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Orientadora: _____ Nota: _____

Enfa. Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba, PA: ____ de ____ de 2022

À minha mãe – **Maria de Fátima Silva Vieira** – que
diante de todas as dificuldades não mediu esforços
para me proporcionar educação escolar.

Ao irmão – **Antônio Claudemy Vieira**, que sempre
me incentivou e apoiou na busca por novos
conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida, e por permitir a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo desse curso.

A minha mãe, **Maria de Fatima Silva Vieira** pelo apoio e compreensão, oferecidos de modo tão espontâneo durante a elaboração desse trabalho, bem como, ao longo do curso de Graduação em Enfermagem.

Ao meu irmão, **Antonio Claudemy Vieira**, que leu cuidadosamente e com apreço o meu trabalho, sendo crítico e fazendo tudo isso com toda dedicação.

Muito obrigado ao meu namorado-esposo, **Everton Alexandre Nobre de Lima**, que compartilhou comigo esse momento, foi muito paciente em minhas ausências e me ajudou bastante em todos os sentidos tanto para a finalização das disciplinas do curso, como também, para a elaboração deste e de todos os outros trabalhos da Faculdade.

Um agradecimento especial a minha sogra **Elyene** e cunhadas **Ewelyn e Ellen** por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, principalmente, cuidando dos meus filhos quando necessitei me ausentar para a realização de estágios e pesquisas para a construção desse trabalho.

A todos os familiares que me apoiaram e me deram forças para que eu continuasse na luta durante essa etapa da minha vida.

A Professora Mestra **Rosângela de Aguiar Rodrigues** – minha orientadora – pelos conhecimentos compartilhados, pela paciência, confiança, incentivos, amizade e atenção dedicados no percurso dessa jornada.

E, também, ao Professor Doutor **Jossehan**, o qual me auxiliou, com paciência, atenção e dedicação, na elaboração desse trabalho.

Ao Professor **William** que de maneira espontânea e com sua arte de ensinar me ajudou a entender os microrganismos patogênicos responsáveis pelas doenças infecciosas.

A Professora **Cristiane** que me ajudou a compreender as relações entre o alimento ingerido pelo homem e as doenças, para ajudar outros seres humanos na busca do

bem-estar e a preservação de sua saúde. Vale ressaltar que esses ensinamentos foram de grande valia na minha vida pessoal e familiar.

A Professora **Bruna** por sua didática e ótimas explicações, com toda a paciência, na transmissão dos meios e modos de se examinar um doente através dos sinais e sintomas, como também as amostragens tanto teóricas como práticas dos diversos procedimentos que um enfermeiro deve realizar.

A Professora **Bernadete**, a qual através de sua disciplina me mostrou e ensinou, carinhosamente, técnicas e conhecimentos empregados no cuidado das gestantes, recém-nascidos e seus familiares.

A todos os professores do curso de Enfermagem que acompanharam minha jornada enquanto acadêmica e foram essenciais à minha formação como profissional e, além disso, na minha evolução enquanto pessoa.

Aos meus amigos **Luiz** e **Ilton**, e minha amiga **Aline** que sempre torceram por mim e me apoiaram no decorrer dos estudos na Faculdade.

A todos que participaram da pesquisa, pela colaboração e disposição no processo de obtenção dos dados.

A Instituição, na qual estudei, por ter me dado à chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de forma satisfatória.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo da assistência do pré-natal é acompanhar o processo de gestação até o nascimento da criança, monitorando desde o início da gravidez até o seu da gravidez, visando a saúde do bebê, um parto sem complicações e o bem estar da futura mãe. Com isso acompanhá-la de forma correta e humanizada com um atendimento que busque todas as diretrizes propostas como: cuidar, promover a vida saudável na gravidez e no seu puerpério. Diante disso, apresenta-se como objetivo geral analisar a importância das orientações do enfermeiro durante a assistência no Pré-natal da Atenção Básica. Para melhor entendimento desta pesquisa, foi utilizada a metodologia bibliográfica, do tipo exploratório com abordagem qualitativa, descrevendo o que se passa consoante ao objetivo geral deste trabalho. Como resultado na pesquisa constata-se que atualmente, a Consulta de Enfermagem na atenção básica é realizada de acordo com as diretrizes estabelecido pelo Ministério de Saúde, que o pré-natal na atenção básica pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro. Nessa pesquisa foi discutido ainda sobre essa assistência, sobre as dificuldades que os enfermeiros enfrentam durante os pré-natal que entre elas a maior é a sobrecarga de atividades, também sobre as orientações dadas para as gestantes sobre as orientações do parto normal e complicações sobre parto cesariano, e principalmente sobre as práticas educativas na assistência de enfermagem durante as consultas de pré-natal onde é nesse espaço que ocorre os esclarecimentos e orientações para a gestante. Deste modo, o enfermeiro, portanto é o profissional que tem a maior disponibilidade de subsidiar uma assistência de qualidade junto às gestantes, assumindo seu papel de conselheiro, orientador, educador, e é de seu desempenho. Por fim, espera-se que essa pesquisa possa evidenciar conhecimentos sobre a temática abordada, pois mesmo com os avanços no sistema de saúde, há falhas nas necessidades dos usuários e profissionais, sendo não somente problemas que podem ser resolvidos por desempenho profissional, mas exigindo uma ampla participação de uma esfera para solucionar fatores que interferem na qualidade do pré-natal.

Palavras – chave: Pré-natal. Gestante. Enfermeiro. Orientações

ABSTRACT

Cancer of the cervix and a uterine cervix medicine proven by examining the squamous epithelium. It is a disease as a public health problem because it is the most common type of cancer among women. Unlike developed countries, this type of cancer raises the mortality rate which in turn has increased in developing countries and in Brazil. Many women do not know the prevention against this type of cancer.

In this perspective, this research has as general objective to analyze the level of knowledge of the women attended at UBS Florest on cervical cancer and its relation with the HPV virus. This is an exploratory, quantitative-qualitative study carried out through field research with 35 women from UBS Florest. After a delineated analysis of the data allocated in this research, it is possible that they are applied as cervical cancer prevention actions, until then it was based non-use of a condom in sexual intercourse and a Pap smear, but that this prevention relied on a third an option that has come to reinforce in remnant of primary care, which is a prophylactic vaccine against HPV. Scholars of higher education, and that, on the one hand, are better known, are welcome. result is alarming. Thus, even with all the contributions made to cervical cancer prevention, there is still a lot to do to improve the participants' knowledge, since this lack of knowledge means that as women only seek prevention of cervical cancer. cervical cancer at critical times. There is a greater willingness to subsidize quality assistance to women by helping to facilitate women's access to health facilities, which is the disease of detection early. It is hoped that this research offers a specialist, a knowledge on a thematic addressed.

Key Words: Cervical Cancer.Prevention.Nurse.

LISTA DE TABELA

Tabela 01 - Seleção de escritas científicas para discussão.....	40
---	----

LISTA DE FIGURA

Figura 01 -	Fluxograma da metodologia do estudo.....	41
-------------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 -	Períodos de publicações de artigos científicos em enfermagem.....	43
Gráfico 02 -	Publicações por instituições de artigos científicos em enfermagem...	44

|

LISTA DE QUADRO

Quadro 01 - Distribuição de artigos segundo anoDA de publicação autor e título da obra.....	44
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
PAISM -	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN -	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
TESS -	Teste de Estimulação Sonora Simplificada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO PRÉ-NATAL E SEU CONCEITO.....	19
2.2 PRÉ-NATAL.....	23
2.3 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL DURANTE A GRAVIDEZ.....	27
2.4 CONSULTA DO PRÉ-NATAL COM QUALIDADE.....	29
2.5 PROCEDIMENTOS DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.....	30
2.6 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	33
2.7 ATRIBUIÇÕES E ORIENTAÇÕES DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....	34
2.8 ATENÇÃO DO ENFERMEIRO NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO.....	35
3 METODOLOGIA.....	38
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	38
3.2 IDENTIFICAÇÃO LOCALIZAÇÃO E ANÁLISE DAS FONTES.....	39
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO.....	40
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	42
4.1 DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA... ..	45
4.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS DURANTE A CONSULTA DE PRÉ- NATAL	47
4.3 ORIENTAÇÕES SOBRE OS BENEFÍCIOS DO PARTO NORMAL E COMPLICAÇÕES DO PARTO CESÁRIO	48
4.4 PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL.....	50
5 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

A relação entre o homem e a mulher possibilita o surgimento de uma fase exclusiva da mulher. Nesta fase desenvolve-se a inserção e evolução de óvulo fecundado em seu ventre. Este momento é singular e de alta relevância na vida da futura mãe. Assim, a gestação pode ser considerada um momento de transformação da mulher, principalmente, no que tange as mudanças fisiológicas como também psicológicas (Gomes, 2012).

Esta fase mágica da gestante, nas diferentes sociedades humanas, era ajudada e orientada por outras mulheres, muitas vezes, de sua própria família, outras de seu círculo social. Fato esse que ocorreu até meados da Idade Moderna (BRASIL, 2001).

Desta maneira, a apresentação do bebê ao mundo humano ocorria de forma natural. Sendo que algumas gestantes podiam apresentar risco de vida tanto para si mesma como para o feto e, muitas vezes indo a óbito somente um ou os dois. Isto, dentro do contexto social, gerava um alto índice de mortalidade materno e fetal (BRASIL, 2001). Diante dessa alta taxa de mortes tanto a mãe como do filho, verificou-se a necessidade de cuidados especiais e melhor atendimento em hospitais para as gestantes. Assim, dentro da esfera pública criou-se variados mecanismos. Um deles foi o pré-natal, com o objetivo de manter tanto a mãe como o bebê saudáveis durante o processo de desenvolvimento da gestação, no nascimento e após (PEIXOTO *et al.*, 2014).

Neste processo da assistência ao pré-natal surge a importância da orientação do enfermeiro. Já que, o mesmo, pode ajudar a gestante a pensar e ponderar sobre sua saúde e no que fazer para melhorar ou até mesmo mudar hábitos com o intuito de se manter saudável e possibilitar o nascimento de uma criança sadia (RIO; VIEIRA, 2007).

Diante disso, no cenário de amparo a saúde integral da mulher, segundo o Ministério da Saúde (1998), “a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes através de utilização dos conhecimentos técnicos-científicos existentes”, como também, dos meios e recursos adequados e disponíveis. Em face do exposto, este estudo tem como tema: A importância das orientações do enfermeiro durante a assistência no Pré-natal da Atenção Básica, o que leva ao seguinte questionamento: Quais as diretrizes da assistência no Pré-natal da Atenção Básica. Tem como objetivo geral: Analisar as principais práticas

educativas do enfermeiro às gestantes no pré-natal e na preparação do parto. Por conseguinte, apresenta-se os objetivos específicos: Apresentar as orientações sobre os benefícios do parto normal e complicações do parto cesário; analisar as dificuldades enfrentadas durante a consulta de pré-natal.

No mundo, a cada ano, ocorrem 120 milhões de gravidez, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações, durante a gravidez ou o parto, e mais de 50 milhões sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez (CUNHA, 2009).

Nesse contexto, as orientações do enfermeiro são de suma relevância, já que ele contribui com um melhor entendimento para as gestantes de quando e o que fazer durante o pré-natal, além disso, consoante aos aconselhamentos e procedimentos de acompanhamento da gestação também pode ajudar na escolha do tipo de parto. De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 -, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2006).

Diante disso, verifica-se que o presente trabalho possui sua relevância social, política e acadêmica. Social porque contribui com a ampliação dos conhecimentos a respeito, de como compreender as informações passadas pelos enfermeiros, do pré-natal e do parto para mulheres gestantes e as não gestantes, - essas, que pretendem engravidar algum dia. Política, já que, favorece o decréscimo de mortalidade materna e demonstra a importância do aconselhamento e informações do enfermeiro no período de gestação e preparação para o nascimento da criança. Acadêmico porque é um material que pode ficar exposto na biblioteca da Faculdade, o qual serve como material de pesquisa para futuros estudos sobre o tema aqui apresentado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO PRÉ-NATAL E SEU CONCEITO

Dentre todos os processos pelos quais as mulheres passam existe um que é comum a todas elas: a gestação. Para Gomes (2012), esse é o “período em que a mulher carrega em seu ventre um ou mais conceitos.” Pode-se entender que esta fase de sua vida é de grande importância. Vale ressaltar que mesmo as mulheres, em sua maioria, poderem dar à luz a um novo ser, a vivência e experiência é inerente, singular e particular de cada uma delas. Nesse sentido Orshan (2010), argumenta que a “mulher pode vivenciar a gestação diferentemente cada vez que engravida.” Isso implica a necessidade de cuidados adequados por estarem carregando um novo ser, uma nova vida.

Ainda assim, essas preocupações, também, ao longo da história eram exclusividades das mulheres. Já que, por décadas, todos os cuidados em relação a gestantes eram de responsabilidades de outras mulheres não gestantes. De acordo com Cruz *et al.* (2014), nos comenta que, “a história mostra que a vivência da gestação e do parto foi domínio exclusivo das mulheres. A parturição como um fenômeno feminino tinha como auxiliares somente parteiras, religiosas ou mulheres experientes da família.”

Diante disso, verifica-se que a gravidez, o parto e a maternidade eram experiências femininas. E estas, segundo Cruz *et al.* (2014), “baseavam seus cuidados singulares e minuciosos, inicialmente, apenas em parâmetros e recomendações dietéticos e visavam, prioritariamente, ao organismo materno.” Porém, no contexto histórico não se encontram registros escritos das parturientes e parteiras. Segundo Martins (2004), “não há mãe da obstetrícia como há pai e, não conta com registros escritos.”

Nesse contexto, o pouco que se sabe da história das mulheres a respeito da gestação e suas etapas ocorreram através de utilização de fontes iconográficas, demográficas, religiosas e de cultura populares. Nessa perspectiva, Martins (2004), informa que a medicina antiga “são bastantes prolíficas, pois trazem informações sobre as parturientes e parteiras, relatando, parcialmente, seus valores, comportamentos e práticas.” Além disso, essa mesma autora relata sobre as pesquisas realizadas pela antropologia e arqueologia, na qual nos informa que “o ato da parturição é, na maioria das sociedades não-ocidentais e pré-industriais, vivido solitariamente ou restrito a um grupo pequeno de mulheres que ajudam a parturiente.”

Ou seja, essa ajuda ia muito além de apenas receber a criança ao mundo ou cortar o cordão umbilical, também se encarregavam na organização antecipada da saúde da mulher que se encontrava gestante, como também, após o parto cuidavam de todos os detalhes para que tanto a mãe como o bebê se mantivessem saudáveis e vivos (Idem).

Diante disso, em uma arguição iacônica do desenvolvimento da assessoria pré-natal no contexto histórico da sociedade humana encontram-se relatos por escrito do médico hindu Susruta (século VI a. C.) em relação aos aconselhamentos, pois, segundo Peixoto (1981), o clínico obstetra preconiza que as gestantes “se mantivessem alegres, evitassem a cólera e o medo e que obedecessem às recomendações dietéticas especiais.” Estes ensinamentos, ainda que rústicos e basilares, já preconizavam alguns regulamentos de tendências psicossomáticas da contemporânea assistência pré-natal.

Com o advento da industrialização, diferentes setores da sociedade tiveram um crescimento tecnológico. Na medicina não foi diferente. Assim, com o desenvolvimento tecnológico e científico os conhecimentos das parteiras passaram a ser vistos como inconvenientes para a medicina do século XX. Tais conhecimentos populares foram considerados obscuros, irrelevantes, supersticiosos e de pura ignorância (MARTINS, 2004). Ainda nas palavras dessa autora, “os médicos historiadores viam as parteiras aldeãs como responsáveis pelas imperícias que resultavam na morte da mãe e da criança ou pelas mutilações, descrevendo-as como mulheres ignorantes, supersticiosas e apressadas.”

Isso torna evidente o surgimento de um novo grupo social preocupado com o período gestacional da mulher: os médicos obstetras ou “pais da obstetrícia.” Diante dessa inquietação e percepção a cuidados específicos com as mulheres que tem um feto se desenvolvendo no seu útero foram criados serviços precursores para atendê-las, em meados do final do século XIX e início do século XX; como por exemplo o Centro de Proteção da Madame Becquet, uma enfermeira de Paris (CRUZ et al., 2014). Nessa instituição, sobressai-se o obstetra Pinard que, mais tarde, embasa-se em observações, investigações, reflexões e ponderações a respeito das anomalias na aparência da figura fetal e nos seus danos desfavoráveis tanto sobre a mãe como no feto, com o intuito de perceber, entender e constatar a inevitabilidade de um exame abdominal regular durante a gestação, formando o primeiro parâmetro a respeito da prática pré-natal.

Esses especialistas verificam que as gestantes necessitam de cuidados mais qualificados e ofertados por uma equipe de profissionais mais especializados e habilitados. Vê-se essa importância nas obras de John William Ballantyne, na cidade de Edimburgo, que organizou o primeiro programa de atendimento às grávidas, como também requereu aos chefes do Estado um número maior aos chamados hospitais de pré-maternidade (PEIXOTO, 1981).

Já no Brasil, Cruz *et al.* (2014), comenta que “a comitiva de D. João VI trouxe Joaquim da Rocha Mazaré, o primeiro professor de partos da Escola Médico-Cirúrgica no Rio de Janeiro, onde lecionou de 1809 a 1813.” Nesse início a finalidade era reduzir a alta mortalidade materna. A autora supracitada argumenta que nesse período a estudante Maria Josefina Dourocher concluiu sua formação na Escola de Medicina do Rio de Janeiro, tornando-se a primeira mulher – no Brasil – a ser diplomada na especialidade do parto. As parteiras passaram a ser auxiliares e aliadas dos médicos obstetras, o que implicava numa boa convivência profissional entre ambos nas maternidades (MARTINS, 2004).

Os desenvolvimentos progressivos na área da medicina influenciaram na redução da morbidade e mortalidade tanto da mãe como na do bebê. No Brasil, a primeira menção a ajuda nesse período de gravidez é atribuída ao médico Fernando Magalhães, e, ao primeiro serviço de cuidados pré-natais na universidade são creditados ao Doutor Rau Briquet, isso, ainda na primeira década do século vinte (SILVA NETO, 2019).

Sincronicamente, a Saúde da Mulher passou a ser incluída nas políticas públicas brasileiras, está restringida às necessidades concernentes à gravidez e ao parto. Nos decênios de 1930, 1950 e 1970 as características dos projetos femininos e infantis foram estipuladas pela verticalidade, pela segmentação do amparo a mulher com ênfase nas suas particularidades biológicas e de seus procedimentos sociais de mãe (SILVA NETO, 2019). No entanto, toda essa trajetória de inclusão a assistência das gestantes não foi tarefa fácil, pois passou por várias discussões, debates e reflexões sobre como organizar os parâmetros e implantar na sociedade em benefício de todas as mulheres em processo de gravidez.

De acordo com Cruz *et al.* (2014), esses procedimentos implantados aos sistemas políticos mundial e brasileiro só ocorreu a partir de 1948, quando na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU definiu Homens e Mulheres iguais em dignidade. Desse momento em diante vários congressos e

colóquios vem debatendo o tema. Como ocorreu na Conferência Internacional de Direitos Humanos em Teerã, no ano de 1968, na qual evidenciaram que os direitos reprodutivos foram reconhecidos pela primeira vez como parte dos direitos humanos. Neste mesmo intuito, Lazarus (1998), informa que “esses e outros postulados foram referendados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e, na Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres de Beijing, em 1995.” Diante disso, fortaleceu-se e cresceu a idealização para que todas as políticas e todos os programas mundiais e nacionais promovessem a Saúde Reprodutiva (COUTINHO, 2006).

Mediante a esses novos parâmetros e leis, no Brasil, o movimento feminista passou a reclamar e solicitar aos governantes ações que garantissem desenvolvimento e aperfeiçoamento nas condições de saúde em todas as fases da vida e que contemplassem as singularidades dos diversos grupos populacionais (BRASIL, 2004). Esse manifesto contribuiu com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 1984. Esse, acordo com todos os objetivos designados nas Conferências Mundiais – já mencionadas no parágrafo acima. Além disso, esse programa destacou a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal.

Assim, após acentuados debates e análises sobre o assessoramento para as mulheres durante a gestação, aproximou-se a um consenso de aceitação de estratégias de cuidados às parturientes. Diante dessas circunstâncias e conjunturas surgiu o Enfermeiro, embasados nos conhecimentos científicos que fundamenta o processo de enfermagem para oferecer cuidados de qualidade e humanizados às gestantes e seus familiares. Os cuidados de saúde fortalecem a participação efetiva das mulheres. Nesta fase elas adquirem novos conhecimentos para estender sua percepção corporal e capacidade de conceber, dar à luz e desenvolver os sentimentos de ser mãe (CRUZ *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que a gravidez não é uma doença, no entanto, alguns desacertos podem ocorrer. E a adequada oportunidade de atenção e cuidados especializados tem potencial para diminuir a morbimortalidade materna e infantil. Portanto, no decorrer da história do desenvolvimento moderno e contemporâneo da medicina surge um cuidado especial para a gestante, o qual abrange todos os outros cuidados: o pré-natal (BRASIL, 2001).

2.2 PRÉ-NATAL

Na história da sociedade humana, durante muito tempo os cuidados com as mulheres grávidas eram total responsabilidade de outras mulheres de seu mesmo grupo social (CRUZ *et al.*, 2014). Porém, com o surgimento da modernidade esses cuidados passaram a ser responsabilidade de uma equipe especializada.

Para que isso ocorresse, se fez necessário muitas mudanças nos modos de pensar e agir da sociedade ocasionando uma gama de transformações, principalmente, nos setores governamentais e de políticas públicas voltados para todos os grupos sociais. Nesse cenário, Peixoto *et al.* (2014), esclareceu que a “ONU definiu que a proteção à maternidade tem como objetivo garantir a saúde das mulheres durante a gestação, o puerpério e o aleitamento, além de ensinar os cuidados dispersados às crianças.” No Brasil, essas modificações em relação a assistência e valorização da mulher grávida se dá a partir da década de 80 (CRUZ *et al.*, 2014). À exemplo, em 1984, ocorreu a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). Esse, nas palavras de Guimarães *et al.* (2019), “marca uma ruptura conceitual com os princípios anteriores que norteavam as políticas de saúde da mulher, passando a dar ênfase na inserção do princípio de integralidade.”

Desde a fundação do PAISM, o Ministério da Saúde Brasileira começou a elaborar uma série de métodos e parâmetros normativos, os quais abrangia o manual de pré-natal. E, em 1986 publicam o primeiro manual nominado de Pré-natal de Baixo Risco. Dois anos depois, em análise minuciosa, reveem algumas normas e métodos e reeditam o manual. Lançando sua segunda edição com um novo título: Assistência pré-natal (SILVA NETO, 2019). Essa obra enumerava e especificava conjunturas para atender as mulheres no processo de gravidez de forma efetiva, evidenciando os procedimentos e conhecimentos que necessitariam ser inegáveis nessa assistência, como: captação precoce da gestante; controle periódico; contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; áreas físicas adequadas; equipamentos e instrumentos mínimos; instrumentos de registros e estatísticas; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contrarreferência; e mecanismo de avaliação (BRASIL, 1988).

Segundo Silva Neto (2019), as efetivações das práticas normativas do PAISM registraram peculiaridade no final da década de 80 e durante o decênio de 90. Nesta última, o programa sofreu influência da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e

pelas “características da nova política de saúde, especialmente, pelo processo de municipalização e reorganização da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família” (BRASIL, 2004a). Essas novas políticas públicas e regras oportunizaram adequação de atendimento na assistência ao pré-natal, mesmo existindo algumas peculiaridades, no que tange ao debate e esclarecimento de dúvidas que são únicas para cada mulher grávida ou em planejamento de gravidez com seus familiares e/ou de forma individual a cada uma delas.

Uma vez que a gestação pode ser vista como um movimento em direção ao desconhecido e uma consequência enternecedora da comunicabilidade de uma gestação pode levar a uma ampla gama de emoções, fazendo com que os sentimentos das mulheres variem de extrema energia ao medo. À vista disso, como elas internalizam e enfrentam essas mudanças e sentimentos pode afetar a reação de seu parceiro, de seus familiares e, por fim, de todo o ambiente em que se encontram inseridas (RIBIERO, 2017).

Por essa razão, um acompanhamento cauteloso e esmerado da mulher grávida - ou em processo de gravidez - precisa ser realizado sem pareceres prévios ou julgamentos de situações. Mas, sim, ouvindo seus relatos, valorizando-os, com o objetivo de facilitar que elas relatem suas intimidades com tranquilidade, a fim de, durante as consultas, poder constatar os sinais clínicos de alerta quanto a situação de sua gestação durante o pré-natal. O próprio estado de gravidez simula uma razão obrigatória para exigir que as pacientes procurem os serviços de saúde, recebendo uma assistência médica de qualidade, portanto, o pré-natal é fundamental para as gestantes (NEME, 2000).

Diante disso, Peixoto *et al.* (2014) pontua que o pré-natal é um “conjunto de medidas de natureza médica, social, psicológica e de cuidados gerais que visam propiciar a mulher gestante o desenvolvimento saudável da gravidez.” Nessa mesma perspectiva, Neme (2010), já afirmava que o pré-natal se constituía numa “etapa fundamental para a evolução adequada do ciclo gravídico-puerperal e para o futuro desenvolvimento físico, psíquico e neurológico do recém-nascido.” E, o Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano (2010), define-o como “aquele compreendido entre a concepção até o momento do parto.” Por conseguinte, deve-se estar implícito e explícito nesses conceitos que a mulher em processo de

gestação necessita ser atendida de forma humanizada para manter constância em suas esferas corpórea, cognitiva, efetiva e psíquica.

Em virtude dessas necessidades e de reduzir à incidência das doenças e/ou óbitos maternos e perinatal, o governo criou, através da Portaria nº 569 do Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Esse planejamento tem como intuito primeiro o de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Deixando evidente, pelo menos, dois tópicos de suma relevância: a certeza de que é responsabilidade das unidades de saúde receber a mulher, o bebê e seus familiares com dignidade, adotando atitudes éticas e solidárias, desenvolvendo um ambiente acolhedor composto por ações que acabem com o isolamento da mulher; e a adoção de medidas sabidamente benéficas, evitando normas intervencionistas desnecessárias, as quais podem gerar, presentes e futuros, riscos à saúde tanto da mulher como do bebê.

Diante disso Brasil (2005), afirma que os Estados e municípios brasileiros tiveram que se organizar e estruturar uma rede de serviços, as quais garantissem a atenção obstétrica e neonatal, com métodos prescritos e organizados de referências e contrarreferências, levando em consideração alguns critérios descritos a seguir:

- ✓ Vinculação de unidades que prestem atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local;
- ✓ Garantia dos recursos humanos físicos, materiais e técnicos necessário à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde
- ✓ Captação precoce de gestantes na comunidade;
- ✓ Garantia de atendimento a todas a gestantes que procurem os serviços de saúde;
- ✓ Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- ✓ Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento sempre que necessário;
- ✓ Garantia de acompanhamento durante o trabalho de parto, no parto e nos pós-parto;
- ✓ Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- ✓ Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;

- ✓ Transferência da gestante e/ou neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- ✓ Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- ✓ Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

Esses princípios, listados acima, contribuíram para que fossem assegurados os direitos mínimos de acolhimento e assistência a mulher no processo de gravidez com proteção, promoção e o suporte essencial para chegar ao cuidado perinatal positivo. Já que, as ações de saúde têm como finalidade englobar toda a população-alvo na área de abrangência da unidade de saúde para garantir continuidade do atendimento, monitoramento e avaliação dessas ações em relação a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2005).

De forma geral, os esforços governamentais na busca de garantir melhorias no atendimento dos diferentes grupos populacionais de gestantes com o intuito da integralidade ainda deixava a desejar, mesmo com todas as normatizações já preconizadas no PHPN para a redução dos índices de mortalidade materno e infantil (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Mediante essas lacunas e dificuldades, em 2011, o governo brasileiro repensa suas ações e institui uma inovadora estratégia do Ministério da Saúde, as quais se embasam nos princípios do Sistema único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459 (MARQUES, 2015).

Esse novo planejamento surgiu para acrescentar e completar o PHPN, o qual, segundo Silva Neto (2019) “consiste em uma rede de cuidados com o objetivo de garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, como também, a criança ter o direito ao nascimento e crescimento seguro e saudável.”

Nessa perspectiva, compreende-se que a Rede Cegonha dá ênfase ao ingresso no pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco de vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acessos às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016). Dessa forma, as gestantes começaram a serem ouvidas de maneira ativa, sem pré-julgamentos, com confiança para relatar suas intimidades, ou seja, realizar o seu pré-natal com tranquilidade e conforto (CRUZ *et al.*, 2014).

2.3 A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL DURANTE A GRAVIDEZ

No período da gravidez, a gestante passa por um período de mudança que vai envolver a obrigação de se adequar em vários aspectos. A princípio, acontece a modificação de identificação e uma novidade no sentido de responsabilidade aonde a gestante passa a ter novos olhares. No exemplo da primeira gravidez, que anteriormente era vista como filha, tem novos olhares e passa ser a mamãe, a quem tem mais de um filho também tem mudanças pois não é de igualdade ser mãe de uma criança e ser uma mãe de duas crianças ou mais (MOTA *et al.*, 2011).

Notadamente, a forma como as mulheres experienciam a gravidez é sugestionada por aspectos como idade, origem sociocultural e a religião, que podem influenciar as respostas fisiológicas das gestantes (ORSHAN, 2010). As alterações induzidas pela gravidez são alterações as funções orgânicas no organismo das mulheres, os quais são inevitáveis e existem em graus variados nas gestantes. Geralmente desaparecem após o parto, podendo ser locais ou sistêmicas (CARVALHO, 2007; LULA; CARVALHO, 2010).

Essas metamorfoses abarcam medidas e extensões físicas, psicológicas, espirituais, emocionais, interpessoal e social, cujas são ocasionadas, principalmente, por fatores hormonais e mecânicos podendo ser divididos em órgãos sistêmicos e órgãos reprodutivos. As principais são: alterações de peso, alterações do sistema cardiovascular, alterações sanguíneas, alterações respiratórias, gastrointestinais, cutâneas, endócrinas, reprodutivas, urinarias e alterações psicológicas e emocionais (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2011).

Nesse sentido, a própria situação gestacional representa um motivo obrigatório para a mulher em estado de gravidez procurar os serviços de saúde e receber assistência médica de qualidade, por isso o pré-natal é essencial para as gestantes (DIAS, 2014). Ainda nessa mesma linha de pensamento, Dias (2014) nos informa que um dos principais objetivos do pré-natal é “acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas suas necessidades”.

No entanto, há muitos questionamentos e incertezas de qual o período adequado para se iniciar o pré-natal. Para alguns escritores cientistas teria de ser o mais precoce possível, já para outros deveria ser ao final do terceiro mês da gestação. Intuitivamente falando, a circunstância ideal é ter uma orientação antes da concepção,

seguido de um aconselhamento pré-concepcional. À vista disso, a gravidez começará com todos os seguimentos e resultâncias de testes conhecidos e ações corretivas que foram implementadas. Contudo, sabe-se que o aconselhamento pré-concepcional é incomum em nossa sociedade, portanto, para lidar com isso é aconselhável iniciar a orientação pré-concepcional o mais cedo possível. De fato, a escolha de iniciar o pré-natal precocemente baseia-se no acesso ao sistema de saúde (PEIXOTO, 2014).

Consoante as ideias supracitadas compreendem-se que o intuito do pré-natal é assegurar a evolução da fetação, liberando o parto de um neonato saudável, sem comprometer a saúde da mãe e, também, garantir um quadro confortável nos aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que o acesso a uma assistência de qualidade é um direito da mulher, e este é legítimo a toda gestante desde o momento em que se encontra no estado de gravidez. Cabe, portanto, ao município organizar adequadamente a oferta de serviços de saúde para o pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido (BRASIL, 2011).

Com objetivo de dar mais qualidade a saúde da gestante o sistema de informação do programa de humanização no pré-natal e no nascimento (sis-pré-natal), cujo seus pareceres são: melhor disponibilidade, cobrir com excelência na condução do pré-natal, do acompanhamento do profissional ao parto, pós parto e acompanhamento da criança aos meses iniciais, com elementos principais para ser planejado, acompanhar e avaliar ações que possam se desenvolver (VICTORA *et al.*, 2011).

O diálogo é um dos principais meios para o enfermeiro na assistência do pré-natal. A relação entre o profissional com a paciente tem como um dos princípios o respeito e com a nova fase que a mulher está vivendo (Oliveira JCS *et al.*, 2015).

Atenções específicas e mais detalhadas se tornam essências na gravidez, devido as mudanças no seu corpo, pois a espera de nove meses é longa. Perante o aparecimento de alguma complicação na assistência, deve ser realizado uma reavaliação, mas concisa na grávida. A gestante também deve receber orientações como: técnicas de respiração e informação sobre primeiros sintomas do parto, etc. o momento do parto é um acontecimento natural, e a grávida em nenhum momento pode estar sujeita a algum imprevisto. (CASTRO *et al.*, 2010).

Determinados elementos podem favorecer a qualidade na assistência do pré-natal, por exemplo: dedicação e envolvimento da grávida e de sua família; atuação dos órgãos que dão assistência; a maneira que o profissional exerce sua função, sendo esses fatores determinante para um acampamento com qualidade. Os profissionais de enfermagem devem atuar com eficiência, afeto de uma maneira humanizada. (CORREA *et al.*, 2011).

Dessa maneira, é essencial que a gestante receba valor, a sua história, as suas carências, seus problemas as suas emoções, isso vai requerer que os profissionais possam reconhecer esses fatores, seus temores e dificuldades na gestação, evitando banaliza-los ou desconhece-los, afirmando ser somente ocasiões fisiológicas. Além, sempre respeitar seus pensamentos, seus problemas, conhecer a condição da grávida, reconhecer a gestante como ser humano, amparar seus familiares e a integração das pessoas envolvidas nesse período de gravidez, além de tudo seu parceiro e visto como ponto importante, no acompanhamento das consultas. (Zampieri *et al.*, 2010).

2.4 CONSULTA DO PRÉ-NATAL COM QUALIDADE

Nunes (2011) caracteriza que todas as consultas do período do pré-natal têm como objetivo a preparação da gestante fisicamente e psicologicamente para o puerpério, repassar reconhecimentos educativos sobre o parto e orientações com a criança, repassando dicas sobre hábitos diários, limpeza corporal e nutrição. Além disso, o pré-natal beneficia e aconselha sobre o mal uso de medicações que podem afetar o feto como a saúde da gestante em todo seu período gestacional; e também com o cuidado das principais queixas relatadas como: Lombalgia, Cefaleia (OLIVEIRA; FIRMINO *et al.*, 2015).

É importante que o profissional receba a gestante nos períodos iniciais da gravidez, atribuindo a gestante a assistência de pré-natal em um período de doze semanas de gravidez. Um atendimento de pré-natal bem elaborado precisa ter a capacidade de receber precoce a grávida na região que ela está situada, também dar motivos para seguir seu pré-natal regulamente, com frequência, para obtenção dos melhores resultados (CARRARA GLR, OLIVEIRA JP. 2013)

Segundo Brasil (2012), é importante o aconselhamento e o acompanhamento rotineiro e consecutivo de todas as mulheres no período gestacional, para dar segurança na sequência, no período da gestação, em espaços estabelecidos

(mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo), dando assistência tanto nas UBS quanto em suas residências, também com reuniões na comunidade, em todo ciclo da gravidez e puerpério, com objetivo de encaminhá-la ao centro de obstetrícia, a fim de evitar sofrimento fetal por prolongamento da gestação. Toda grávida com 41 semanas deve ser conduzida para ser avaliada do bem-estar fetal, contendo avaliação do indicador do fluido amniótico e monitorização cardíaco fetal.

A primária consulta com profissional deve ser feita a anamnese, não esquecendo os prováveis aspectos epidemiológicos, DSTS (doenças sexualmente transmissíveis), antecedentes familiares, obstétrico, pessoal dentre outras coisas; exame físico obstétrico para obter respostas sobre a saúde da grávida e da criança; condições nutricionais, do intestino e do sistema urinário. Priorizar, as dúvidas e a ansiedade da grávida precisam ser explicadas para que assim ela tenha mais segurança na gravidez. (CARRARA GLR, OLIVEIRA JP., 2013)

Costa *et al* (2010) mostra que embora haja grande número de gestantes realizando pré-natal, o começo precoce tem dificuldades no padrão recomendado pelo Ministério da Saúde, aonde todas as gestantes comecem ao primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação e que tenha no período do pré-natal em média seis consultas.

No Brasil, a obtenção e o número mediano de assistência de pré-natal proporcionam a tendência de crescimento, há sinais que indicam a modesta qualidade, seja uma dificuldade mais grave do que meramente a cumprimento de uns pequenos números de assistências (KASSAR *et al.*, 2012).

Valente *et al.*, (2013) puderam observar que 80% das grávidas começaram a assistência de Pré-Natal no primeiro trimestre, confirmando que possuiu uma apreensão precoce, tendo grande importância para a saúde das gestantes e da criança, porque permite identificar com antecedência as gestações de potenciais problemas. No também estudo, relacionado aos exames laboratoriais, notou-se pequena solicitação, mesmo a unidade estando oferecendo, carecendo a ação dos profissionais.

2.5 PROCEDIMENTOS DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

A assistência de pré-natal envolve dando o profissional de saúde dando total dedicação às dúvidas da gestante, prestando certeza para conduzir com segurança a

gravidez e puerpério. É importante também que o profissional explique as dúvidas determinadas, com bastante lucidez para que a gestante se sinta assegurada (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Sendo assim essas são competências do enfermeiro no acompanhamento da gestante no pré-natal, Brasil 2012, afirma: procurar qual autor,

- ✓ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o cartão da gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).
- ✓ Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a),
- ✓ solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal,
- ✓ realizar testes rápidos, escrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das dst, conforme protocolo da abordagem sindrômica),
- ✓ orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite b),
- ✓ identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica, caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência, realizar exame clínico das mamas' e coleta para exame citopatológico do colo do útero,
- ✓ desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera), orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade.
- ✓ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas, realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Assim, nesse contexto, na consulta principal deve ser preenchida a anamnese da gestante com suas próprias informações, história clínica, com antecedentes familiares, histórias ginecológicas, obstétricas, sexual e gestacional anterior (caso tenha) e atual, visão geral dos fatores de riscos para a gravidez. Por conseguinte, deve ser realizada uma avaliação real total, com estimativa de peso, estatura, Índice de Massa Corporal (MC), pulso, investigação de pele e mucosas, palpação de tireoide, ausculta pulmonar, avaliação de anexos inferiores e edema, avaliação clínica dos seios, revisão e palpação obstétrica, estimativa da altura uterina, ausculta dos pulsos fetais, avaliação da evolução observada pela gestante, Teste de Estimulação Sonora Simplificada (TESS) e, se importante, exame clínico genital e avaliação vaginal (COREN – GO, 2017).

As reuniões consecutivas podem ser focadas e explícitas, percebendo as objeções da gestante, repensando o risco gestacional, realizando uma avaliação real designada, realmente dando uma olhada no status da inoculação, avaliando os efeitos posteriores dos testes correlativos, atualizando o cartão da gestante e a estrutura de atendimento pré-natal. nascimento, com cálculo e registro da idade gestacional, cálculo do peso e cálculo do IMC e avaliação do ganho de peso gestacional e observação saudável, estimativa do esforço circulatório utilizando a estratégia correta, palpação obstétrica e estimativa da estatura uterina, exame de edema, avaliação ginecológica (mamas e contato se fundamental), ausculta de pulsos fetais, registro de desenvolvimentos fetais, teste de atualização de som.

Com relação à maioria das reclamações normais e trivial na gravidez, COREN-GO (2017) estabelece que o enfermeiro pode sugerir, aconselhar e ajudar as gestantes. Com relação ao mal-estar, vômito, ptialismo e indigestão, a terapia oferecida pode ser o apoio e a orientação de uma dieta fracionada, e aludir o paciente a um quadro clínico supondo que os efeitos colaterais continuem. Com relação a problemas bucais, o enfermeiro deve encaminhá-la para o odontólogo para avaliação e procedimentos adequados. Para queixas de obstrução e agravamento de hemorroidas, sugere-se uma dieta rica em fibras, diurética, com hidratação suficiente e sinal de trabalho real habitual. Quanto às câibras, é prescrito para diminuir o trabalho ativo, aumentar a ingestão hídrica e fontes alimentares ricas em potássio.

Em relação às veias e edemas, é prescrito não ficar em pé excessivamente, descansar com as pernas levantadas algumas vezes ao dia e usar meias de pressão média. Para aliviar a agonia lombar e o tormento hipogástrico, sugere-se o repouso

em decúbito paralelo. Quanto a polaciúria, deve ser mostrado para não segurar o xixi e esvaziar a bexiga sempre que possível. Com relação à liberação vaginal, o enfermeiro pode tratá-los conforme as convenções.

Atuando com ênfase na direção, dando todas as regras mencionadas anteriormente e, principalmente, fazendo uma obrigação de confiança com a gestante, o enfermeiro pode prevenir, identificar e controlar os transtornos durante a gravidez, e até mesmo ficar longe de confusões que esporadicamente levam à passagem perinatal.

2.6 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELO PROFISSIONAL DE SAUDE

No estudo feito por Narchi (2009) ele ressalta que os horários de trabalhos apertado da unidade, a espaço físico impróprio, a quantidade negativa de profissionais, dentre outras coisas, são pontos que devem ser debatidos e aperfeiçoados pelos governantes responsáveis pela atenção básica na localidade. Nesse estudo, quem participou descreveu poucos profissionais nas unidades, principalmente médicos, carência de agentes comunitários, excesso de consultas nas agendas, desasseio de serviços administrativos, com tudo falta de animo individual ou de companheiros para trabalhar na unidade por conta da precariedade.

Narchi (2009) destacou verdadeiramente que para que aconteça progresso da unidade, é imprescindível acrescentar exclusivamente o número, como, especialmente, desenvolver a qualificação dos profissionais que auxiliam a gestante e puerpério. Eles precisam ter capacidades e informações que torne seu exercício seguro e adequado de promoção a berçário garantido, também possa ter condições que ajudem seu desempenho nos diversos graus do sistema de saúde.

Diferentes barreiras são apontadas pelos profissionais para a prática da assistência do pré-natal por exemplos: o bloqueio da instituição para solicitar e exames e prescrever medicação, tempo restrito de funcionamento das ub's, ambiente impróprio para assistência ou para grupões, falha nos documentos essenciais e ausência de máximo conhecimento (NARCHI, 2010).

O profissional tem grande valor na prestação pré-natal, contudo, são indispensáveis investimentos em sua capacitação, para que as consultas, para que as consultas sejam prestadas de forma, mas admissível. (CUNHA *et al.*, 2009, p. 146).

2.7 ATRIBUIÇÕES E ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

As civilizações antigas viam o momento gestacional como algo mágico e único. Isso porque envolve o surgimento de um novo ser. Exclusividade da mulher, mas com contribuição de um parceiro, em gerar uma nova vida. Esse momento é importantíssimo na vida da futura mãe e de todos os que a acompanham. Uma vez que no decorrer desse evento várias mudanças podem ser ocasionadas como físicas e psicológicas, necessitando de precauções especiais. Segundo Oliveira *et al.* (2017) este momento “envolve modificações fisiológicas e interpessoais complexas implicando em certo potencial de risco a elas, o que faz com necessitem de atenção profissional”.

Nesse contexto, a gravidez pode revelar alguns sintomas. Podendo variar de mulher para mulher. Algumas podem apresentar vários indícios desses, enquanto outras não manifestam e, só percebem a gravidez numa fase mais avançada. Esse e outros fatores contribuem com a necessidade do acompanhamento de profissionais da saúde na saúde básica. Rio; Vieira (2007) argumentam que “um dos componentes das ações básicas de saúde: a ação educativa, deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde”, estar inserida em todas as atividades com o objetivo de levar a gestante a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas.

Isto deixa claro a importância do papel do profissional de saúde – entre eles o enfermeiro -. Ele pode encorajar a autoconfiança da gestante para lidar com os momentos de estresse e de crises que vierem ocorrer no ambiente onde vive. E, também favorecer a autossuficiência da mulher grávida em como proceder na tomada de decisões (RIO; VIEIRA, 2007).

Segundo Kopacek e Girardon-Perlini (2004), “a equipe de saúde deve estar devidamente preparada para acolhê-las, a fim de auxiliar na superação dos medos, anseios e inseguranças”. Isso pode ser orientado no pré-natal pelo enfermeiro com o intuito de tranquilizar as gestantes, para elas viverem esse momento especial de forma positiva, com menos riscos a sua gravidez.

Souza; Bernardo e Santana (2013), argumentam que o enfermeiro, membro da equipe multiprofissional de saúde, ganhou um amplo espaço de atuação na assistência pré-natal, desenvolvendo o seu trabalho na unidade de saúde da família

e na própria comunidade, contando com o apoio dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, profissionais submetidos a sua supervisão.

Nessa perspectiva o enfermeiro ganhou novas responsabilidades. Dentre essas – a respeito das atribuições do enfermeiro no pré-natal -, pode-se citar: orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastro da gestante no SisPré-Natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, atualizando-o a cada consulta; marca consulta, intercalada com a presença do médico; solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal; identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como alto risco e encaminhá-las a consulta médica; realização do exame clínico das mamas e coleta do exame colpocitológico; realização de busca ativa das gestantes faltosas; visitas domiciliares, inclusive no puerpério e acompanhamento e aconselhamento durante o aleitamento materno e planejamento familiar; entre outras responsabilidades (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013).

Esses cargos atribuídos ao enfermeiro se fazem necessário para a realização de um pré-natal de boa qualidade e humanizado. Já que facilita o acompanhamento do desenvolvimento gestacional em todas as suas fases. De acordo com Dias *et al.* (2018), esses procedimentos ajudam as “gestantes se sentirem mais acolhidas diante das descobertas advindas em cada semana da gestação”. Portanto o enfermeiro transfere tranquilidade e conforto para a gestante com o atendimento humanizado.

2.8 ATENÇÃO DO ENFERMEIRO NA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

O pré-natal estabelece uma série de metodologias clínicas e educacionais no intuito de acompanhar o desenvolvimento progressivo da gestação e ocasionar a saúde da gestante e do bebê. Para que isso ocorra o Ministério da Saúde recomenda a todas as gestantes o direito de realizar pelo menos seis consultas durante todo o período de gravidez.

Para Neves (2010), existe algumas dificuldades no acompanhamento as mulheres grávidas podendo ocasionar “acréscimo da procura dos serviços de saúde com hospitalização, interferências na gestação saudável, nascimento de crianças pré-maturas e de baixo peso, não realização do planejamento familiar” entre outros.

Isso contribui para que algumas mulheres possam apresentar gravidez de alto risco. Isso ocorre quando tanto a mãe como o bebê correm risco de vida. Tais motivos

podem ser descobertos pelos profissionais de saúde no decorrer da assistência pré-natal. Na maioria dos casos, a presença de pelo menos um desses elementos não garante que haja a necessidade rápida de recursos mais desenvolvidos do que aqueles apresentados em cuidados pré-natais normais. Em todo caso, estes demonstram a necessidade de maior atenção dos enfermeiros às grávidas que os apresentam e por vezes é importante a orientação e direcionamento as unidades de referência de pré-natal de alto risco (MELLO, 2020).

Segundo Mello (2020), a gravidez de alto risco pode ocorrer caso esteja presente os seguintes fatores descritos abaixo:

- ✓ Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis.
- ✓ Problemas relacionados à história reprodutiva anterior.
- ✓ Condições clínicas preexistentes como hipertensão arterial, cardiopatias, etc.
- ✓ Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.
- ✓ Doenças obstétricas na gravidez atual como diabetes gestacional, eclampsia, etc.
- ✓ Intercorrências clínicas como doenças infectocontagiosas durante a gestação, etc.

Corroborando com essa ideia a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia Obstetrícia – FEBRASGO (2020), esse tipo de gravidez pode acontecer devido a três fatores: “as mulheres com doenças crônicas prévias à gestação, aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e aquelas que identificaram no curso da gravidez, uma condição ou doença que vai oferecer risco para ela e para o bebê”.

Por consequência, a ordem de risco é curso único de reconhecimento de gestantes que precisam de tratamento rápido, de acordo com o potencial de perigo, condições clínicas ou nível de tormenta, Brasil (2012). Diante dessa situação há a necessidade de consultas mais frequentes, e a aplicação de todos os procedimentos, já mencionados nos primeiros parágrafos desse texto, com mais constância. Isto é, um acompanhamento mais de perto pelo enfermeiro intercalando com o médico ou mesmo em conjunto (enfermeiro, médico e especialista), caso o risco seja de alto grau. Podendo ser necessário uma intervenção cirúrgica – o parto por cesárea (FEBRASGO, 2020).

Contudo, a representação de uma circunstância de risco, seja como for, não garante a inferência de referência da gestante para o pré-natal de alto risco. Circunstâncias que incluem variáveis clínicas mais significativas (risco real) e elementos adicionalmente evitáveis que requerem intercessões com espessuras mecânicas mais notável devem fundamentalmente ser referidas, apesar de poderem retornar ao nível essencial, considerando o que está acontecendo como resolvida ou potencialmente efetivada. Em todo caso, a unidade básica de saúde deve prosseguir responsável pelo acompanhamento e desenvolvimento da grávida conduzida a uma administração alternativa de saúde (BRASIL, 2012).

Diante disso, os enfermeiros (após sua formação) tem o perfil e a habilidade de auxiliar e conduzir o curso fisiológico do nascimento, colaborando ao seu desenvolvimento nativo, percebendo e revisando desvio da normalidade e aludindo às pessoas que necessitam de ajuda particular. Ademais, possuem o papel de proporcionar o envolvimento da mulher na interação do parto, caminhando para um modelo em vista de padrões de adaptação que depende do respeito às pessoas, da compaixão, da intersubjetividade, da associação, do acolhimento, do oferecimento à mulher e a família (MERIGUI; GUALDA, 2009).

Isto significa que os especialistas de enfermagem assumem um papel crucial correspondente à orientação no aconselhamento do pré-natal da grávida, desta forma, dirimindo dúvidas, mantendo a senhora disposta quanto ao significado das discussões e exames essenciais durante a gravidez. Nesse sentido, o enfermeiro precisa concluir as atividades com sucesso; resguardando a gestante do descuido, negligência e impulsividade, agindo de forma moral e capaz, para garantir a introdução de uma boa ideia (DIAS *et al.*, 2018)

Diante dessas contemplações, admite-se que a atuação dos enfermeiros seja significativa na assistência pré-natal, pois por meio da ajuda prestada, é viável distinguir precocemente os envoltimentos e rastrear gestantes que se encontram em situações de risco. Além disso, as grávidas podem sentir-se mais convidadas e confortáveis, apesar das divulgações a cada sete dias de gravidez, dando posteriormente a mulher a sensação de uma gravidez mais segura (DIAS *et al.*, 2018).

Portanto, na gestação de alto risco as funções e orientações do enfermeiro se faz necessária, agindo consoante aos protocolos existentes nas unidades de saúde em que atuam, com intuito de tranquilizar e procurar manter o equilíbrio interpessoal e emocional da parturiente e seus familiares. (FEBRASGO, 2020)

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo, caracterizado por um estudo de revisão bibliográfica, foi exploratório, teórico e descritivo, utilizando dados qualitativos e quantitativos, obtidos por meio da análise do trabalho de enfermeiras pesquisadoras sobre a prática educativa primária de gestantes no pré-natal, e preparação para o parto.

A revisão da literatura é realizada por meio de um estudo bibliográfico de teorias sobre temas científicos. As revisões podem ser pesquisadas por meio de livros, periódicos, artigos científicos e outras fontes. Os principais objetivos deste método de pesquisa são: ser capaz de aprender sobre um tópico; auxiliar na identificação dos métodos e técnicas utilizadas pelos pesquisadores; informar temas e conteúdo para o trabalho científico (PIZZANI *et al.*, 2012)

Gil (2002) destaca que trabalhos científicos, por vezes, requerem pesquisa bibliográfica, avaliação detalhada e análise de dados de origem e secundários, dessa forma podem servir de fonte para outros estudos, no entanto, se faz necessário uma atenção redobrada ou podem acabar agregando alguns dados por engano ocasionando erros de informação.

A pesquisa teórica é baseada na análise de outros trabalhos publicados, portanto, qualquer trabalho científico deve utilizar a pesquisa bibliográfica para fundamentar sua fundamentação (MINAYO, 2001). A descrição do estudo foi feita sem a intervenção do pesquisador por meio da coleta de dados de exposição, observação, registro, análise e interpretação dos fatos produzidos pelo estudo (PRETES, 2012). O trabalho descritivo é, naturalmente, uma pesquisa qualitativa, pois os dados de pesquisa são coletados por meio desse método (MANNING, 1979).

Na pesquisa qualitativa, não há necessidade de se preocupar com dados numéricos. Aplica-se apenas ao aprofundamento de um determinado tema (GOLDENBERG, 1997). Em suma, os métodos qualitativos são utilizados em situações em que a realidade da pesquisa não pode e não deve ser mensurada. A mesma objetiva a significação, a causa e procura entender e apreender as dificuldades dos fenômenos, fatos particulares e singulares (MINAYO, 2001).

A pesquisa quantitativa difere da pesquisa qualitativa na medida em que permite a quantificação dos resultados da pesquisa. É um estudo objetivo que utiliza linguagem matemática para analisar seus dados brutos (FONSECA, 2002). Como os

dados quantitativos de pesquisa geralmente são organizados em forma de tabela, as hipóteses estáticas podem ser testadas mais facilmente (GIL, 2002).

3.2 IDENTIFICAÇÃO, LOCALIZAÇÃO E ANÁLISE DAS FONTES

A pesquisa bibliográfica foi realizada de forma totalmente virtual, e as buscas, preponderantemente, são realizadas nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, Scopus e Scielo. Para encontrar artigos científicos sobre o tema abordado neste trabalho, foram utilizadas as seguintes palavras-chave como critérios de inclusão no estudo: a) gestantes, b) enfermeiros, c) orientação do enfermeiro na gestação e d) pré-natal. Foram elegidos a seguinte quantidade de escritas científicas de cada base de dados (Tabela 1)

Tabela 1 – Seleção de escritas científicas para discussão por base de dados

BASES DE DADOS UTILIZADAS	ESCRITAS CIENTÍFICAS ELEGIDAS
Google Acadêmico	9
Scopus	7
Scielo	6

Fonte: elaborado pela autora a partir da pesquisa nas bases de dados

Como a pesquisa bibliográfica é feita por meio da análise de outras obras, é necessário que o pesquisador que utilizará a teoria publicada faça uma leitura minuciosa do material escolhido: é necessário que ele leia e analise para atualizar e fortalecer os fundamentos teóricos da disciplina. Para facilitar a construção do estudo, o pesquisador pode organizar os trabalhos selecionados por meio de fichas (SOUZA; OLIVEIRA; ALVES, 2001).

A partir desse momento, os pesquisadores passaram a analisar os trabalhos selecionados e, em seguida, elaboraram sua análise crítica e interpretação (LAKATOS; MARCONI, 2003). É preciso verificar adequadamente as mudanças vivenciadas pelo texto, os dados, a qualidade do trabalho de formulação e as ideias que propõe (SALOMON, 1972)

Portanto, verificou-se 22 escritas científicas de maneira abrangente, pois faziam jus referência direta aos temas estudados, ou seja, são os artigos acadêmicos abordados e específico para o conteúdo das principais práticas educativas do enfermeiro às gestantes no pré-natal e na preparação do parto.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

As seguintes características foram utilizadas como critérios de inclusão para seleção do material: artigos publicados em português e inglês após a década de 200.

Os critérios de exclusão utilizaram os seguintes: artigos publicados antes de 2000 e não relevantes para a literatura nos intuitos geral ou específicos.

Foram selecionados 62 artigos. Após a leitura flutuante destes, foram excluídos 23 artigos irrelevantes para este estudo. Bardin (2011), explica que a leitura flutuante, é feita num primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. Dos 23 artigos excluídos, ficaram 39 artigos para o desenvolvimento da pesquisa, sendo que foram selecionados 22 trabalhos acadêmicos para a elaboração e discussão dos resultados (Figura 1).

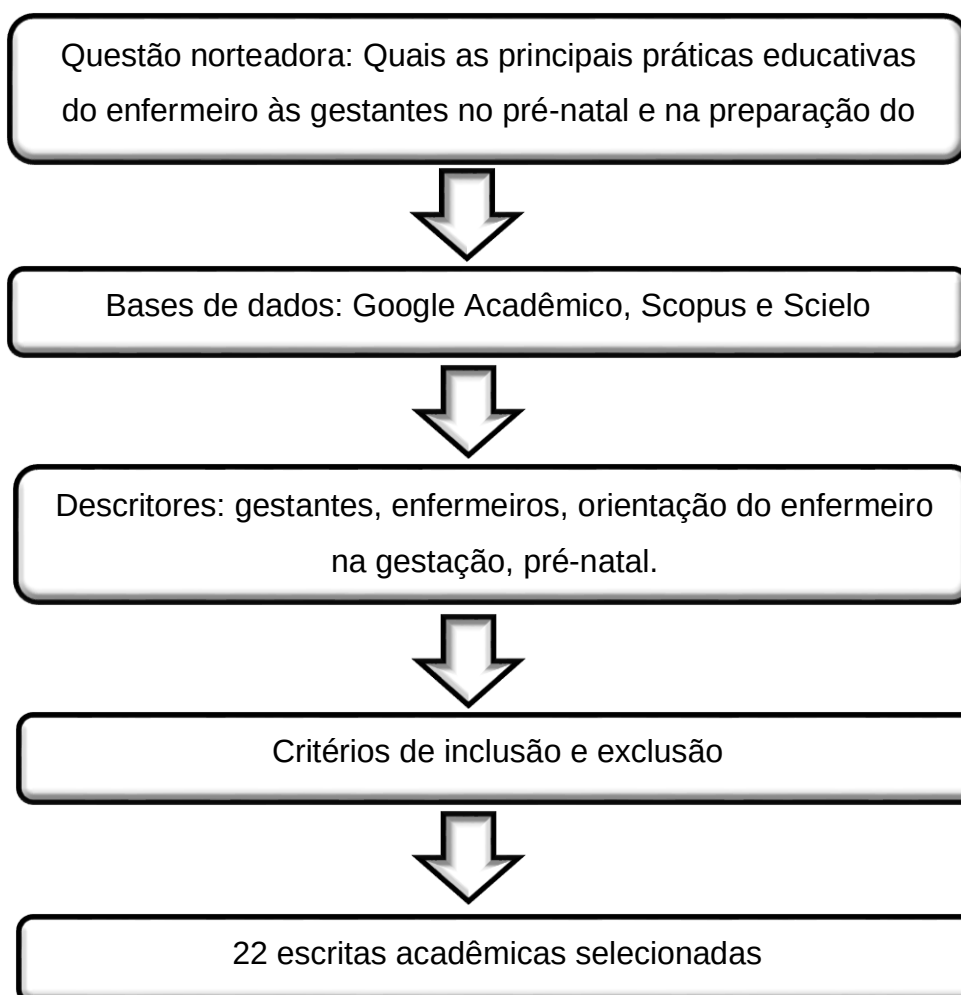


Figura 1 – Fluxograma da metodologia do estudo.
Fonte: Elaborado por Torres (2022)

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos instituídos serão respeitados no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações quando necessário. Desta maneira, todas as escritas científicas foram citadas adequadamente, corroborando com as ideias dos autores, consoante a Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. A lei do direito autoral que protege as obras de reprodução e utilização indevida, além de assegurar os direitos morais e patrimoniais do autor. Logo, este trabalho considerou e estimou todos os autores em seus direitos de legitimidade de suas obras.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Por meio da pesquisa, seleção e análise do material foi possível a obtenção de um total de 22 materiais, os quais responderam ao tema proposto e se encaixaram nesse capítulo para melhores discursões de autores.

No gráfico 01, podemos observar os periódicos de publicação dos estudos que serviram para a base de discussão.

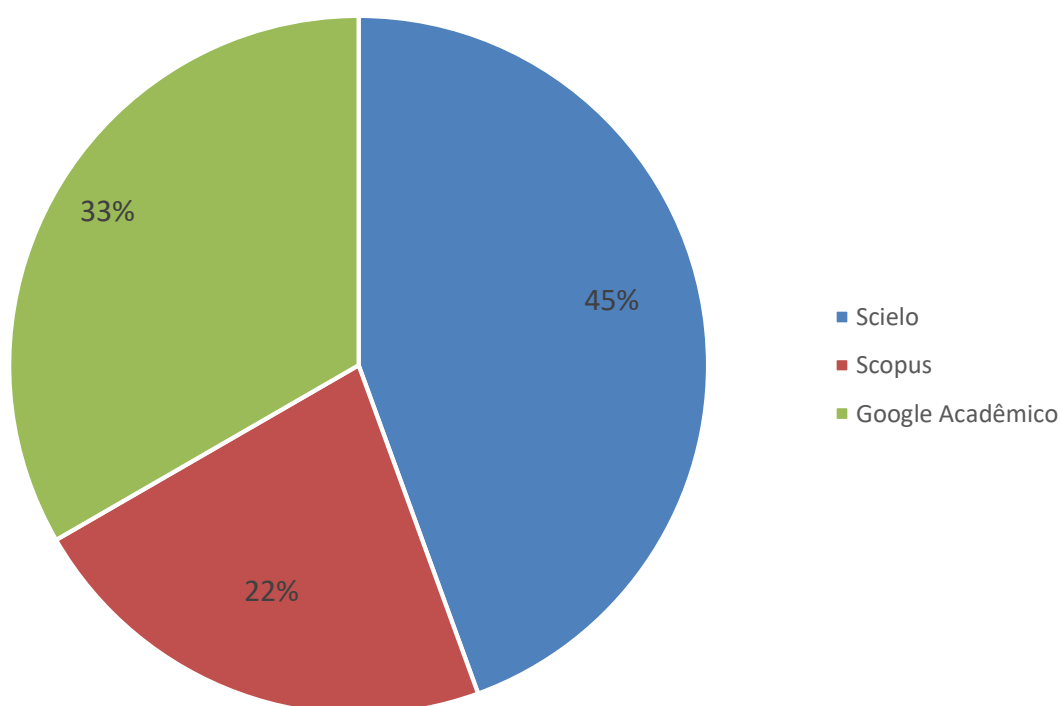


Gráfico 01: Publicações por Periódico de Artigos Científicos em Enfermagem

Ao observar o gráfico 01 pode-se perceber que 45% dos artigos foram publicados na Scielo, 33% no Google Acadêmico e 22% no Scopus dos quais foram realizadas leituras completas, objetivas, prudente e reflexiva. O programa Scientific

Segundo Wladimir J. Alonso e Esteban Fernández-Juricic - (2002) informa que a revista Eletronic Library on-line (SciELO), biblioteca virtual que reúne jornais e revistas científicas produzidas no Brasil e na América Latina, para dar visibilidade para grande parte das pesquisas divulgadas em publicações nacionais, e comunidade internacional

No gráfico 2, são demonstrados as publicações por Instituições de Artigos Científicos em enfermagem, as quais também servirão de base para as discussões dos resultados coletados na literatura.

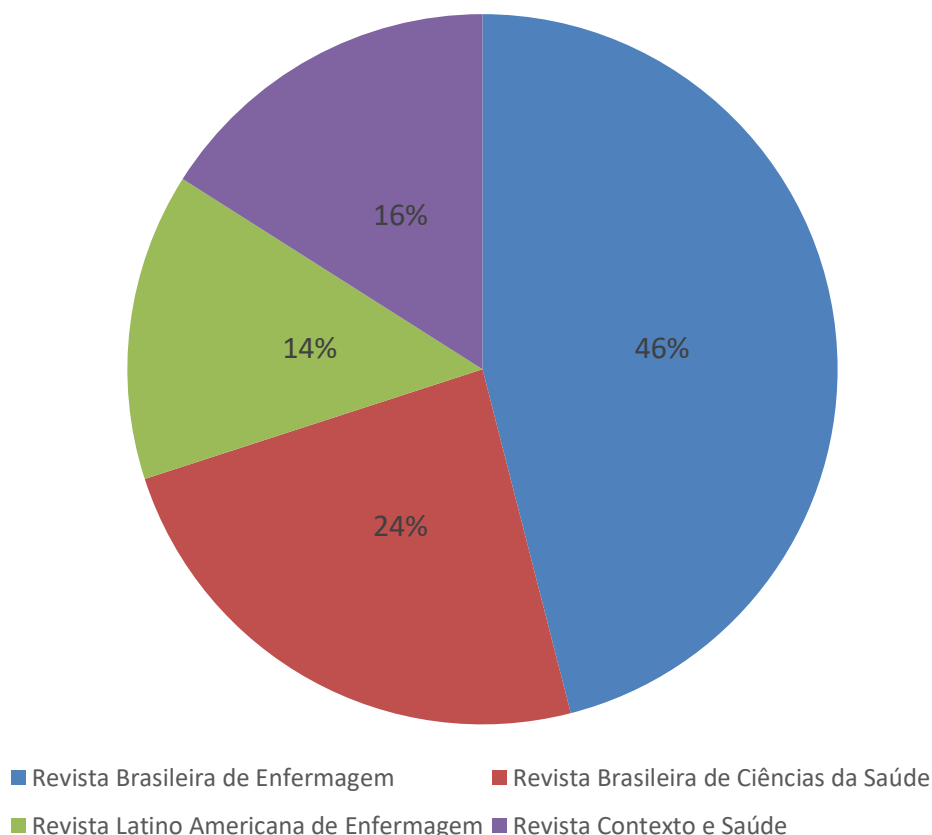


Gráfico 02: Publicações por Instituições de Artigos Científicos em Enfermagem

Por meio da análise do gráfico 2, é possível evidenciar que dos estudos utilizados 46% foram publicados na revista Brasileira de Enfermagem, 24% na Revista Brasileira de Ciências da Saúde, enquanto isso, houveram somente umas 30% publicações selecionadas das seguintes fontes: Revista Latino de Enfermagem, Revista Contexto e Saúde e Revista Sustinere.

De acordo com o material selecionado, o quadro 1 apresenta os artigos selecionados, divididos por o ano, autor e título.

Quadro 1: Distribuição de artigos segundo ano de publicação, autor e título da obra.

ANO	AUTOR	TITULO DA OBRA
1981	Peixoto	Pré-natal

1998	Lazarus	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
2000	Neme	Obstetrícia básica
2004	Kopacek e Girardon-Perlini	Consulta de Enfermagem: o que Pensam as Gestantes
2004	Martins	Visão do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX
2005	Cecatti	Atenção Pré-natal: de Bellantyre a Villar
2005	Queiros <i>et al.</i>	Incidência e características de Cesárea e de partos normais: estudo em uma cidade do interior do Ceará
2006	Coutinho	Evolução da adequação da assistência pré-natal prestado às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juízo de Fora – MG: análise do processo
2006	Neme	Assistência Pré-natal
2007	Rios e Vieira	Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde
2009	Cunha <i>et al.</i>	Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros
2009	Rezende	À sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina
2010	Medeiros <i>et al.</i>	A história do nascimento (parte 1): cesariana
2012	Gomes	Diagnóstico de enfermagem em gestantes: revisão integrativa
2013	Souza; Bernado e Santana	O Papel do Enfermeiro no Pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família - PSF
2014	Cruz <i>et al.</i>	Aspectos Históricos Conceituais e Organizativos do Pré-natal
2014	Peixoto	Manual de Assistência Pré-natal
2017	Menezes	Protocolo do Parto Cesariano
2017	Oliveira <i>et al.</i>	Assistência de enfermagem no pré-natal: o que pensam as gestantes sobre as consultas

2018	Dias <i>et al.</i>	Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes
2020	Febrasgo	O que é o pré-natal de risco?
2020	Neves	Principais dificuldades em acompanhar as gestantes pela equipe de saúde da família

Fonte: Elaborado por Torres (2022)

As amostras discursivas, estão agrupadas em quatro temas que ajudam a ilustrar melhor a análise apresentada neste estudo, que visa demonstrar a importância do papel da enfermagem nas orientações do pré-natal na atenção primária.

4.1 DIRETRIZES DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os estudos de Gonçalves *et al.* (2008), mostram uma alta taxa de cobertura do pré-natal (98,7%), com 75,8% das mulheres em estado gestacional iniciando o pré-natal antes da 16ª semana de gestação e 73,1% das mulheres com seis ou mais consultas. Vale ressaltar que 86,6% dos pré-natais foram realizados nas próprias Unidades de Saúde Pública, sempre com o mesmo profissional, em sua maioria enfermeiros (75,6%) e 96% receberam cartão de pré-natal. Uma em cada quatro mulheres grávidas é considerada em risco (OLIVA, 2010)

No Brasil, os enfermeiros realizam o pré-natal de baixo risco com maior frequência nas Unidades de Saúde da Família (USF) ou Programa de saúde da Família (PSF), como são mais conhecidos pela população. Este programa possui uma equipe multiprofissional, e, dentre estes profissionais, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam a busca ativa das gestantes para que estas venham a iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez. (GONÇALVES *et al.*, 2008)

Na primeira consulta pré-natal, o profissional de saúde deverá: realizar o levantamento da história clínica da gestante, verificar os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, dados sobre sexualidade, antecedentes obstétricos, levantar informações da gestação atual, realizar o exame físico geral e específico, e solicitar os exames laboratoriais preconizados. Nas demais consultas, o profissional deverá: revisar a ficha pré-natal, realizar anamnese atual sucinta e verificar o calendário de vacina, deverá ainda, realizar controle materno (calcular idade gestacional, IMC, pressão arterial, realizar palpação obstétrica e medir altura uterina, pesquisar edema, e avaliar os resultados dos exames laboratoriais),

realizar controle fetal (ausculta de batimentos cardíacos e avaliar movimentos fetais); o profissional deverá ainda, tratar as alterações encontradas, ou realizar encaminhamento, prescrever a suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico e agendar as consultas subsequentes. (BRASIL, 2006).

De acordo com o exposto Brasil (2006), recomenda ainda, uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê, e a consulta puerperal até 42 dias, para que seja realizada a avaliação das condições da mulher e da criança como também, registrar alterações, investigar e registrar dados da amamentação, verificar o retorno da menstruação e da atividade sexual, realizar ações educativas e conduzir intercorrências caso ocorram.

De acordo com o ministério da saúde, o objetivo da assistência do pré-natal é acompanhar o processo de gestação até o nascimento da criança, monitorando desde o início da gravidez até o seu da gravidez, visando a saúde do bebê, um parto sem complicações e o bem estar da futura mãe. Com isso acompanhá-la de forma correta e humanizada com um atendimento que busque todas as diretrizes propostas como: cuidar, promover a vida saudável na gravidez e no seu puerpério, quanto na UBS que faz seu acompanhamento até uma unidade hospitalar caso ocorra uma complicação (MORAIS, 2011).

A assistência do pré-natal deve ser feita pelo profissional de enfermagem pois a lei lhe dá esse respaldo 'Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87'. E de sua competência realizar um atendimento seguro e desempenhar um papel educativo de acordo com a lei 7.498/86. Pode se destacar que o Ministério da Saúde, fornece o SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), na qual o mesmo busca fazer o monitoramento desde o início do pré-natal até o nascimento do bebê. É obrigatório prestar esse atendimento em todas as Unidade Básica de Saúde (UBS).(BRASIL, 2014).

Atualmente, a Consulta de Enfermagem na rede básica de saúde é realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério de Saúde, garantida pela Lei do Exercício Profissional e o Decreto no 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro. Nas atividades relacionadas à assistência pré-natal, estudos demonstrados por pesquisadoras relatam que a Consulta de Enfermagem tem sofrido transformações em sua concepção, metodologia e, principalmente, a inserção nos serviços de saúde, transitando para o prestígio e

aceitação do profissional enfermeiro no seu fazer e assistir. Dessa forma, a consulta de enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres, das gestantes, com quem interagimos em consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde.

Outro indicador para a qualidade da atenção no pré-natal é a realização dos exames laboratoriais pela gestante, pois favorecem diagnóstico de possíveis fatores de riscos, tanto para a saúde materna quanto a do feto, sendo possível a redução da morbimortalidade infantil. (MELO *et al* 2012).

Segundo Sousa (2012), é necessário a reposição de ferro, o ácido fólico é indicado para as mulheres nas primeiras semanas de gravidez, pois previne algumas malformações, a partir do segundo trimestre, até o término da lactação é recomendado sulfato ferroso pois não pode ser suprido apenas pela dieta normal.

Em conformidade com os sujeitos da pesquisa Brasil (2013) afirmam que o enfermeiro deve prestar uma assistência de humanizada desde o início da gravidez, demonstrando interesse pela grávida, ouvindo suas queixas e considerando suas angustias, afim de criar um vínculo para que posso contribuir de forma positiva nas atitudes da paciente e familiares, exercendo assim a posição de educador.

Ainda segundo Brasil (2013), apresenta os passos para um pré-natal de qualidade dentre eles estão: a captação precoce ou seja o início da atenção primária até a 12ª semana de gestação, a garantia dos recursos físicos e humanos, ressalta ainda a garantia de realização e avaliação dos exames preconizados, a escuta da gestante e de seus familiares considerando os aspectos emocionais.

Uma das prioridades do programa do pré-natal deve ser a realização dos exames laboratoriais caracterizando um dos indicadores para avaliar a qualidade da atenção no pré-natal, favorecendo o diagnóstico dos fatores de risco da saúde fetal e materna reduzindo morbimortalidade de ambos. (MELO *et al*, 2012).

4.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS DURANTE A CONSULTA DE PRÉ-NATAL

Mediante a análise da pesquisa de Aguiar (2019), 76% das dificuldades mais relatadas, nos artigos selecionados neste estudo, houve falta de infraestrutura adequada para melhor ajudar na assistência e, 24% relatam a respeito da sobrecarga dos enfermeiros (PEIXOTO, 2014).

Corroborando com os expostos Sousa 2019, trouxe dados semelhante, uma vez que em suas pesquisas demonstram que 68% dos profissionais de saúde reclamaram da infraestrutura das Unidades de Saúde em que trabalham, ou seja, além da condição do espaço físico também há a falta de equipamentos. Enquanto que 32% citam a sobrecarga de trabalho que recai sobre os enfermeiros (DIAS *et al.*, 2018)

Vale ressaltar que a falta de infraestrutura adequada para melhor atendimento pode prejudicar o desenvolvimento e a qualidade das operações do serviço, insatisfação profissional e limitações na capacidade de expansão das operações e dos modelos de atenção à saúde. Outro ponto importante, como se observa nos resultados da pesquisa de Wisniewski; Gróss; Bittencourt (2014), é que os profissionais de enfermagem tendem a comprometer sua saúde e faltar ao trabalho quando estão sobrecarregados e trabalhando em diferentes condições. Isso gera sobrecarga para si e para os demais profissionais que atuam no mesmo serviço, prejudicando a eficiência e a qualidade da assistência prestada no trabalho como o tempo de espera na unidade, uma vez que enfermeiros possuem inúmeros atributos enquanto integrantes da equipe de saúde.

Segundo os autores fica claro, que o comprometimento da assistência também está relacionado ao grande número de pré-natais a serem realizados fazendo com que esses atendimentos se resumem no esclarecimento das dúvidas e na ausculta dos batimentos cardio- fetais.

4.3 ORIENTAÇÕES SOBRE OS BENEFÍCIOS DO PARTO NORMAL E COMPLICAÇÕES DO PARTO CESÁRIO

Dados coletados pelo DATASUS (2010) mostraram que houve um total de 1.362.287 partos vaginais e 1.496.034 de partos cesarianas no Brasil, sendo que desses números, 26.452 partos vaginais e foram realizadas 22.900 cesarianas no estado do Piauí.

Considerando que o Estado está vendo cada vez mais partos vaginais do que cesarianas, servindo como referências para outros estados brasileiros, desta forma, têm conseguido, ao longo dos anos, fazer com que o número de partos normais ultrapasse o número de cesarianas no país. Em todo o país, isso vem acontecendo à medida que os profissionais cada vez mais divulgam a importância do parto humanizado e mostram seus benefícios, como a recuperação mais rápida (FRELLO; CARRARO, 2010).

Sobre as orientações prestadas para as gestantes sobre os benefícios do parto normal, foram citados pelos enfermeiros: o menor risco de óbito materno, menor risco de hemorragia para mãe, como também uma independência no pós-parto e uma recuperação mais rápida materna, o aumento na produção de leite, cria-se um vínculo afetivo entre a mãe o filho, para a criança há os benefícios de menos riscos de problemas respiratórios. Dentre essas orientações destaca-se a recuperação mais rápida da mãe, sendo citada pela maioria dos entrevistados.

O estudo está em conformidade com a pesquisa de de Silvestre *et al* (2014), onde relata que as principais orientações dadas pelos enfermeiros as grávidas na consulta do pré-natal são sobre os benefícios do parto normal: como na recuperação mais rápida, e facilidade para amamentar, no entanto essas orientações são dadas de forma que não induza e nem incentive nas escolhas das vias de parto.

Brasil (2013), afirma que diferentes informações deverão ser trocadas entre mulheres gestantes e profissionais de saúde de forma a promover a compreensão do processo gestação, dentre essas informações estão citadas o incentivo ao parto normal e o aleitamento materno como um processo fisiológico.

Sobre as complicações do Parto Cesário, Brasil (2013) afirma que em um dos maiores estudos sobre o parto Cesário mostrou complicações como: o aumento da morbidade materna, risco de parada cardíaca, hematoma de parede, Histerectomia, complicações anestésicas, tromboembolismo, hemorragia e risco de infecção puerperal.

Esses dados são corroborados com o estudo de Oliva (2010), onde diz que a cesariana apresenta maior risco de mortalidade materna mulheres que realizam cesariana estão mais suscetíveis de ter hemorragia e recuperação hospitalar mais prolongadas se comparadas ao parto vaginal, entretanto os riscos e complicações numa cesariana de emergência é bem maior do que uma eletiva.

Outras complicações advindas do parto cesário, vai muito além pois Oliva (2010) aponta vários estudos mencionado que a cesariana aumenta o risco de complicações respiratórias pós-natais, pela evicção da compressão torácica, além de outros riscos associados a adaptação neurológica mais lenta.

Em relação aos riscos neonatais Brasil (2013) afirma que alguns riscos são mais comuns em cesáreas do que em partos vaginais como o aumento do risco de problemas respiratórios, taquipneia, o aumento da mortalidade neonatal, além dos riscos para futuras gestações, acidentes anestésicos, maior risco de hemorragias.

4.4 PRÁTICAS EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

Pré-natal é um momento oportuno e ideal para desenvolver ações educativas, podendo ser realizadas nas unidades de saúde, por meio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Isso permite que o profissional crie vínculo e confiança com a gestante (ANVERSA., 2012).

Lamy; Moreno., (2013) demonstram que os enfermeiros tem função essencial e importante, sendo um dos seus papéis, realizar atuações educacionais para as grávidas e seus familiares, com objetivo de suavizar as ansiedades e receios na gestação desde o parto ao nascimento da criança. Tem responsabilidade também de oferecer apoio emocional à grávida e seus familiares e fazer trocas de conhecimentos informações no decorrer do período da gravidez (Oliveira *et al.*, 2015).

O profissional de enfermagem é a principal referência para a grávida visando a prática de medidas de prevenção e de promover a saúde, tendo os procedimentos relacionado por esse profissional no momento das consultas do pré-natal, inteiramente adequadas à qualidade do auxílio prestado (Oliveira, *et al* 2015). Grávidas que fazem o pré-natal com o profissional de enfermagem, afirmar satisfeitas com a assistência, devida à maneira que se estabelece a relação de diálogo, na qual é acolhida e ouvida que acaba se tornando algo privilegiado (ARAÚJOSM *et al.*, 2010).

As perspectivas das grávidas quanto a escolha do parto estar com relação a forma que lhe é repassada o conhecimento sobre o contexto são disponíveis e direcionado para as próprias, sendo que os tipos de parto, que tem que ser concluído, os meios técnicos, que se refere ao trabalho físico, abrangendo as rotinas e hábitos e métodos do berçário de referência, também aspectos cognitivos e sentimentais. Com isso, os profissionais e envolve nos serviços do pré-natal adotando medidas educativas. (Lamy GO *et al.*, 2013).

A promoção da educação no pré-natal proporcionar-se como ferramenta que traz facilidade de produzir informação e autonomia para as gestantes, com potencial positivo no período da gestação, no momento do parto e puerpério, e deve ser beneficiado pelo meio de um serviço coletivo de ouvir e de compartilha que “produzam o embate dos conceitos, a construção de concordância e a responsabilidades dos que participarem” (Costa AP. *et al.*, 2011).

5 CONCLUSÃO

O objetivo traçado foi alcançado e comprovado por diversos autores citados no trabalho. Foi possível perceber que é necessário que o profissional de enfermagem busque qualificação e, mais sabedoria, porque a assistência de pré-natal é vista com um momento feliz e único, um *momento mais que especial* na vida da mulher cercado de alegrias e expectativas. Assim, a enfermagem tem como objetivo repassar o conhecimento a gestante, fazendo orientações, passar uma auto estima para que ela possa assumir o papel importante dessa sua nova fase da de vida. E é no momento do atendimento do pré-natal que as práticas educacionais deve acontecer no acolhimento da gestante, ajudando nas suas emoções e mudanças do seu corpo para o momento do parto.

Como resultado na pesquisa constata-se que atualmente, a Consulta de Enfermagem na atenção básica é realizada de acordo com as Diretrizes estabelecido pelo Ministério de Saúde, que é a realização do pré-natal na Atenção Básica e que este pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, e é durante as consultas de enfermagem que as orientações dada pelo enfermeiro geram medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das gestantes.

É pertinente lembrar que de acordo com o resultados foi possível observar que os contatos frequentes nas consultas entre enfermeiros e gestantes possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas. Assim, a consulta de enfermagem juntamente com atividades educativas pode preencher, muitas vezes, as lacunas de conhecimento, tornando-se um espaço de discussão e orientação e cuidado integral.

Um outro ponto que mereceu destaque, foi a abordagem feita sobre as dificuldades que os enfermeiros enfrentam durante o pré-natal, é a maior delas foi a sobrecarga de atividades, onde ocasiona uma ineficácia na qualidade da consulta.

Sobre os benefícios de uma boa consulta de pré-natal, constatou-se que as orientações gera um menor risco de óbito materno, menor risco de hemorragia para mãe, como também uma independência no pós-parto e uma recuperação mais rápida materna, o aumento na produção de leite, cria-se um vínculo afetivo entre a mãe o filho, para a criança há os benéficos de menos riscos de problemas respiratórios.

É pertinente lembrar que os contatos frequentes nas consultas entre enfermeiros e gestantes possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas.

Assim, a consulta de enfermagem juntamente com atividades educativas podem preencher, muitas vezes, as lacunas de conhecimento, tornando-se um espaço de discussão e orientação e cuidado integral

Deste modo, o enfermeiro, portanto é o profissional que tem a maior disponibilidade de subsidiar uma assistência de qualidade junto às gestantes, assumindo seu papel de conselheiro, orientador, educador, e é de seu desempenho

Por fim, espera-se que essa pesquisa possa evidenciar conhecimentos sobre a temática abordada, pois mesmo com os avanços no sistema de saúde, há falhas nas necessidades dos usuários e profissionais, sendo não somente problemas que podem ser resolvidos por desempenho profissional, mas exigindo uma ampla participação de uma esfera para solucionar fatores que interferem na qualidade do pré-natal.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil e Instituto de Assistência Médica e Previdência Social. **Assistência pré-natal**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico - Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Urgência e emergência maternas: guia para diagnósticos e condutas em situações de risco de morte materna**. Brasília Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da mulher**: Rede cegonha reduz mortalidade materna em 21%. Brasília, 2012.
- CAMILLO, B. S; NIETSCHE, E. A; SALBEGO, C; CASSENOTE, L. G; OSTO, D. S. D; BÖCK, A. **Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas**: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 10. n. 6 suplementar, p. 4894-4901, dez 2016.
- CARVALHO, G. M. Diagnósticos relacionados com doenças, problemas ou condições de saúde. In: CARVALHO, G. M.; LULA, H. M.; OLIVEIRA, L. R. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetrícia e neonatologia**. São Paulo: Yendis , 2010. cap. 11, p. 205-238.
- CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: EPU, 2007.
- CECATTI. J.G, Serruya S. **Atenção Pré-natal: de Bellantyre a Villar**. Feminina. 2005; 33(8): 623 -9.
- CIRIBELI, C. M. **Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2003.
- COUTINHO, T. **Evolução da adequação da assistência pré-natal prestado às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juízo de Fora – MG: análise do processo**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 2006. 248p.
- CRUZ, R. S. B. L. C; CAMINHA, M. F. C; FILHO, M. B.. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Recife, v. 18, n. 1, 2014.
- CUNHA, M.A; *et al.* Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Ver Enferm**. Aracajú. v.13, n.1, p.145-153.2009.

DIAS, Ricardo Aubin. **A Importância do Pré-natal na Atenção Básica**. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Educação e Saúde Coletiva. Monografia (Especialização em Atenção Básica). Teófilo Otoni – MG, 2014.

DIAS, E. G; *et al.* **Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes**. Revista SUSTINERE. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 243 – 245, 2018.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **O que é o pré-natal de risco?** 2020. Disponível em: < www.febrasgo.org.br/noticias/item/203 >. Acessado em: 20/11/2020.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E. **Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.12, n. 4, pp. 660-8, 2010. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>, acessado em 16/04/2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. – 6ª ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, L. F. S. **Diagnóstico de enfermagem em gestantes: revisão integrativa da literatura**. Fortaleza.100f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, 2012.

KAIMEN, G. J.M.; *et al.* **Normas de documentação aplicadas à área de saúde**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2008. A informação na área da saúde.

KOPACEK, D. B. V.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Consulta de Enfermagem: o que Pensam as Gestantes. **Revista Contexto & Saúde**. Ijuí, v. 3, n. 7, p. 84 – 89, 2004.

LAZARUS, J.V. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Entre Nous, 40-41: 4-5, inverno, 1998.

LÍBERA, B. D; SAUNDERS, C; SANTOS, M. M. A. S; RIMES, K. A; BRITO, F. R. S. S; BAIÃO, M. R. **Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 12, p. 4855-4864, 2011.

MARTINS, C. A; MATTOS, D. V; SANTOS, H. F. L. **Autonomia da mulher no processo parturitivo**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 10, n. 12, p. 4509-4516, dez 2016.

MARTINS, A. P. V. **Visão do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MEDEIROS, R. C.; *et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Revista FEMINA**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 15 – 18, 2010.

MELLO, Juliana. **Pré-natal de Alto Risco**. Enfermagem ENFrente. Copyringnt, 2020.

MENEZES, C. A. S. **Protocolo do Parto Cesariano**. Salvador – UFB, 2017.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; GUALDA, Dulce Maria Rosa. **O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para a assistência ao parto.** Revista Latino-am Enfermagem. Março -abril; 17 (2), 2009.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NEME, B. **Obstetrícia básica.** 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NEME, B. Assistência Pré-natal. In.: Obstetrícia básica. 3ª ed. S.P.: Savier, 2006.

NEVES, A. C. F. **Principais dificuldades em acompanhar as gestantes pela equipe de saúde da família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Aracuaí. 2010. 35f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2379.pdf>>. Acesso em 27/11/2020.

OLIVEIRA, A. H.; *et al.* **Assistência de enfermagem no pré-natal: o que pensam as gestantes sobre as consultas.** São Paulo, 2017.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos:** o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEIXOTO, S. **Pré-natal.** 2ª ed. São Paulo: Editora Manole, 1981.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal.** – 2ª ed. – São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

QUEIROZ, M. V. O.; *et al.* Incidência e características de Cesárea e de partos normais: estudo em uma cidade do interior do Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Fortaleza, v. 58, n. 6, 2005.

REZENDE, J. M. **À sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina.** – 2ª edição -. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Revista Ciências & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 12, n. 2, p. 98 – 102, 2007.

RODRIGUES, D. P; GUERREIRO, E. M; FERREIRA, M. A; QUEIROZ, A. B. A; BARBOSA, D. F. C; FIALHO, A. V. M. **Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas.** Online Brazilian Journal of Nursing, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 911-922, dez 2013.

SILVA, E. L; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** – 4ª ed. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005.

SOUZA, B. C; BERNARDO, A. R. C.; SANTANA, L. S. O Papel do Enfermeiro no pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**. Aracaju, v. 2, n. 1, p. 105 – 109, 2013.