

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Arêtha Joyce Costa Quixadá Sousa¹, Ana Elza Oliveira Mendonça², Gilson de Vasconcelos Torres³

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre a prática vivencial do enfermeiro na realização de consultas de acompanhamento pré-natal a sessenta gestantes cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). O estudo foi realizado de abril de 2011 a março de 2012, durante o estágio curricular do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro universitário UNIFACEX numa unidade da rede básica de saúde em Natal/RN. As vivências resultantes das ações desenvolvidas com as gestantes foram registradas no diário vivencial, preenchido pelas pesquisadoras ao término das atividades. Foram realizadas em média seis consultas de pré-natal por semana, totalizando 259 atendimentos realizados pelo enfermeiro no período estudado. A atuação do enfermeiro na realização do pré-natal de baixo risco proporciona o desenvolvimento de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das gestantes, durante a consulta de enfermagem. Possibilitam ainda, o monitoramento do estado de saúde e bem estar da gestante e do desenvolvimento fetal, viabilizando a detecção precoce de possíveis problemas. A experiência demonstrou que além do conhecimento científico necessário ao enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem no pré-natal, deve-se adicionar uma boa dose de amor ao que faz, carinho e empatia, assim, os resultados se traduzirão em satisfação das futuras mães e reconhecimento e visibilidade ao papel do enfermeiro.

Palavras-chave: Assistência Pré-Natal. Gestantes. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

It is an experience report concerning the daily practice of professional nurses during the prenatal appointment care to sixty pregnant women registered in the System of Care of the Program of Humanization in the Prenatal and the Birth (SISPRENATAL). The study was made out from April 2011 to March 2012, during the curricular training of the Nursing Degree of the University Center UNIFACEX in a basic health unit in Natal/RN. The experiences, which resulted from the developed actions with the pregnant women, were registered in the daily health report, filled out by the researchers at the end of the activities. It was performed six prenatal appointments per week, on average, 259 attendances, which were made by the professional nurse during this study. The nurse performance during the low-risk Prenatal Care provides the development of favorable measures, which aim to adequately approach the peculiar necessities of the pregnant women, during the nursing treatment. They even make it possible to monitor the health condition and wellness of the pregnant woman as well as the fetal development, enabling the possible problems that may happen. The experience showed that besides the

¹ Enfermeiranda do oitavo período do Curso de Enfermagem da UNIFACEX. Contato: arethajoyce@hotmail.com

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde/UFRN. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela UNIFESP/SP. Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade de Ciências Cultura e Extensão do RN/UNIFACEX. Enfermeira Intensivista do Hospital Universitário Onofre Lopes. Contato: a.elza@uol.com.br.

³ Enfermeiro. Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN, Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem. Contato: gilsonvtorres@hotmail.com.

scientific knowledge which is necessary for the professional nurse to carry the prenatal care treatment, it is highly important to add a lot of love in what they do, caring and empathy, this way, the results will bring satisfaction of the future mothers and the recognition and visibility towards the professional nurse role.

Keywords: Prenatal Care Assistance. Pregnant women. Nurse .

1 INTRODUÇÃO

O Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), publicado na Constituição de 1988, com o objetivo de implementar um novo modelo de atenção à saúde, amparado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação e controle social e descentralização. O SUS disponibiliza assistência à saúde dos brasileiros em três níveis de atenção, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2000).

Segundo Medeiros e Peres (2011), a rede básica compõe o primeiro nível de atendimento e desenvolve ações centradas na promoção à saúde e prevenção de doenças. Por isso, foi criado na década de 90 o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou em 1994 do status de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF), precedido pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), como forma de contemplar os princípios do SUS por meio do fortalecimento e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Dias, Cunha e Amorin (2005) reforçam que na ESF são desenvolvidas estratégias prioritárias para organização da Atenção Básica, caracterizada por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade e o contexto em que vive.

A implantação do PSF em todo o território nacional vem contribuindo positivamente para a melhoria de todos os indicadores de saúde, especialmente nas regiões onde as condições socioeconômicas e ambientais são mais precárias, como as regiões norte e nordeste nos quais se registram os maiores índices de mortalidade materna e infantil no Brasil (BRASIL, 2006).

A mortalidade materna no Brasil é 53 vezes maior que a observada em países desenvolvidos, sendo a relevância e o impacto desse problema agravado pelo alto índice de gravidez na adolescência, participação reduzida ou falta de adesão das gestantes ao programa de pré-natal, baixa escolaridade e contaminação pelo vírus da AIDS (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

No intuito de melhorar os indicadores de saúde as estratégias são planejadas e executadas por meio de programas desenvolvidos na atenção básica, voltados à Saúde da Criança, como o programa de acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), Programa Nacional de Imunização, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso, Programa para cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e os programas voltados a Saúde da Mulher, que englobam as atividades de planejamento familiar, citologia oncótica e o programa de humanização no pré-natal e nascimento (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006).

O pré-natal na rede básica de saúde é realizado pelo enfermeiro e pelo médico e objetiva monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades educativas acerca da gravidez, parto e puerpério. No entanto, compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

O pré-natal é o acompanhamento da mulher grávida, desde o início da gestação que em 90% das mulheres é diagnóstico pela ausência de menstruação, e sintomas clássicos como enjôos e vômitos matinais, visando manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Assim, durante toda a gravidez serão realizados exames e avaliações complementares com vistas a identificar e tratar precocemente as situações de risco que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança (VIERA et al., 2011; DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

As consultas do pré-natal de baixo risco devem ser realizadas mensalmente. Apesar da gestação ser entendida como um processo fisiológico e que na grande maioria das vezes transcorre sem complicações, são preconizadas pelo Ministério da Saúde, no mínimo seis consultas. Assim, as mulheres que não apresentam complicações no decorrer da gravidez são classificadas como grupo de gestantes de baixo risco e as que desenvolvem problemas durante o período gestacional ou evoluem com potenciais complicações para a mãe e feto compõe o grupo de gestantes de alto risco (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Vieira et al. (2011), reforçam que o pré-natal de baixo realizado pelo enfermeiro objetiva monitorar e dar seguimento as gestantes de baixo risco, bem como, identificar adequada e precocemente as pacientes com potencial para evolução desfavorável, devendo as mesmas serem encaminhadas para o acompanhamento de alto risco que é realizado pelo médico ginecologista.

O interesse pela temática se deu no desenvolvimento do eixo norteador os Princípios do SUS e o exercício da humanescência, que segundo Delors (2003) são amparados nos quatro pilares da educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser. Esses momentos de aprendizagem experienciais são denominados de Prática Vivencial do Cuidado (PVC).

Assim, o interesse em abordar esse assunto surgiu durante a PVC as gestantes atendidas na rede básica de saúde, com o acompanhamento e realização das consultas do pré-natal de baixo risco, durante as atividades curriculares oportunizadas pelo Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário UNIFACEX.

Frente ao exposto e a necessidade de aprimorar os conhecimentos acerca da atuação do enfermeiro no pré-natal, justifica-se a relevância do presente estudo, que objetiva relatar a experiência vivenciada pela discente no acompanhamento das ações desenvolvidas pelo enfermeiro, durante a realização das consultas de pré-natal de baixo risco em gestantes da rede básica de saúde.

2 METODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência da prática assistencial do enfermeiro na realização de consultas de acompanhamento do pré-natal. Segundo de Biasi e Pedro (2009), a escolha desse método possibilita a avaliação de um conjunto de dados, permitindo um aprofundamento sobre o tema, por meio da reflexão sobre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro, no cenário atual, fundamentada na literatura e no conhecimento das ações educativas que fazem parte da atenção pré-natal nos serviços de saúde.

A relevância de um relato de experiência está na importância dos problemas apresentados, no nível de generalização e aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, documenta todo o percurso vivenciado pelo aluno em sua experiência prática, trazendo assim uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence (DE BIASI; PEDRO, 2009).

O estudo foi realizado numa Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na Rua União dos Palmares, nº11, Conjunto Jiqui, no bairro de Neópolis, Natal-RN. São disponibilizados atendimentos clínicos pediátricos, ginecológicos, nutricionais, odontológicos e ainda acompanhamento pré-natal, imunização, planejamento familiar, prevenção do câncer e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, entre outros.

A equipe multiprofissional é composta de dois enfermeiros, dois médicos com especialidade em clínica médica geral, uma ginecologista, um dentista, uma nutricionista e uma médica pediatra. Quanto a estrutura física, é composta de recepção, secretaria, consultório odontológico, consultório médico, ginecológico, de enfermagem e de nutrição, sala de imunização, farmácia, copa, banheiro e sala de preparo.

O estudo se desenvolveu de abril de 2011 e março de 2012, durante a Prática Vivencial do Cuidado (PVC) do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro universitário UNIFACEX em Natal/RN. Com o acompanhamento das consultas de enfermagem a 60 gestantes cadastradas no programa de humanização no pré-natal e nascimento (SISPRENATAL), com uma média seis consultas de pré-natal por semana, totalizando 259 atendimentos realizados pelo enfermeiro no período de estudo.

As ações observadas e realizadas pela discente, foram escritas e posteriormente analisadas, a partir do preenchimento de um instrumento utilizado para o registro dos momentos que articulam teoria e prática visando à aprendizagem significativa, denominado diário vivencial.

O preenchimento das atividades desenvolvidas com as gestantes no diário vivencial era feito pela discente ao término das consultas de enfermagem.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões obtidas no presente estudo foram distribuídos em duas categorias temáticas, onde serão apresentadas inicialmente a caracterização da Unidade Básica de Saúde UBS e as ações desenvolvidas com as gestantes, seguida da atuação do enfermeiro na consulta pré-natal em gestantes de baixo risco.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA UBS E AÇÕES DESENVOLVIDAS COM AS GESTANTES

A estrutura física da unidade é composta por 14 ambientes, em que funcionam os seguintes serviços: recepção, secretaria, consultório odontológico, consultório médico, ginecológico, de enfermagem e de nutrição, sala de imunização, farmácia, copa, banheiro e sala de preparo.

Na unidade, a equipe multiprofissional é composta de dois enfermeiros, dois médicos generalistas, uma médica ginecologista, um dentista, uma nutricionista e uma médica pediatra.

A demanda da UBS é livre e durante a realização do estudo foram atendidas 60 gestantes, todas cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). O enfermeiro realiza uma

média de seis consultas de pré-natal por semana, com vistas a orientar as mulheres a cerca da gestação, parto e aleitamento materno.

As ações desenvolvidas com as gestantes iniciam com o diagnóstico da gravidez realizado por meio da história, do exame físico e testes laboratoriais. A principal suspeita da gestação relatada pelas mulheres é o atraso menstrual em mulheres eumenorréicas e com vida sexual ativa.

Para as mulheres sexualmente ativas e com atraso menstrual superior a 10 dias, a enfermeira deve solicitar o teste de gravidez, que pode ser realizado com a primeira urina do dia ou com uma mostra sanguínea (BRASIL, 2000b). Em caso de positividade, deve ser comunicado o resultado e agendada a primeira consulta de pré-natal com a enfermeira.

Já em mulheres com atraso menstrual igual ou superior a 16 semanas, dispensa-se o exame laboratorial e inicia-se imediatamente a consulta de Enfermagem, sendo nesses casos a confirmação da gravidez constatada por meio do exame físico. Ou seja, o diagnóstico passa a ser de caráter clínico, embasado no conjunto de sinais e sintomas presumíveis, de probabilidade e de certeza da gravidez (RIOS; VIEIRA, 2007).

Uma vez confirmada, agenda-se a consulta de enfermagem e realiza-se o cadastramento no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL).

A gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao pré-natal, à sequência das consultas, às visitas domiciliares e reuniões educativas. Assim, durante a consulta, fornecer o cartão da gestante devidamente preenchido, com o número do SISPRENATAL, o calendário de vacinas e suas orientações, fornecer solicitações de exames de rotina e prescrições de fármacos preconizados, e ainda fornecer calendário das reuniões educativas (RIOS; VIEIRA, 2007).

Na primeira consulta de pré-natal é fornecido o cartão da gestante, onde será registrado todo o acompanhamento do atendimento mensal no posto de saúde, ou seja, o cálculo da idade gestacional, peso, aferição de pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos, vacinação, edemas. Por medida de segurança todas essas anotações são realizadas também no prontuário da gestante na unidade.

No cartão da gestante deve constar, explicitamente, o nome do hospital de referência para o parto ou intercorrências durante a gestação. Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com mudança do hospital ou maternidade de referência, isso também, deve estar escrito no cartão. Essa informação é considerada fundamental para que a mulher e seu companheiro ou

familiares possam reivindicar o direito de atendimento nessa unidade de saúde (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Outra importante atividade, compreendida como um momento de lazer e prazer é a oficina da gestante, em que as mulheres confeccionam peças para o enxoval do seu bebê. Essa atividade é realizada em parceria com a comunidade local através da doação de tecidos e funciona em um prédio anexo ao centro de saúde, onde existem algumas máquinas de costura.

3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA PRÉ-NATAL EM GESTANTES DE BAIXO RISCO

O enfermeiro em sua formação acadêmica é preparado para atuar no SUS, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCNs), o que facilita sua inserção nas atividades desenvolvidas nos três níveis de atenção à saúde (MEDEIROS; PERES, 2011).

Segundo Rios e Viera (2007), a atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal é vasta, possibilitando a realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher de forma holística.

A consulta do enfermeiro a gestante era sempre realizada com agendamento prévio na unidade de saúde, possibilitando um intervalo de tempo suficiente para o adequado acolhimento, realização do exame físico e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuária. No momento da consulta o enfermeiro realiza aferição da pressão arterial e do peso, avalia a presença de edemas e a necessidade de vacinas, realiza o cálculo da idade gestacional e data provável do parto (DPP), solicita exames preconizados pelo Ministério da Saúde, entre outros.

Em conformidade, Rios e Viera (2007) explicam que a consulta individual a gestante é um momento especial para o enfermeiro, onde o profissional pode desenvolver todas as ações inerentes a essa atividade com autonomia. Na consulta o enfermeiro documenta em prontuário a história clínica e obstétrica, avaliação de risco gestacional, exame físico e obstétrico, avaliação das mamas e orientação ao preparo para amamentação, orientação aos cuidados com a pele, ausculta dos batimentos cardíacos, e ainda identificar e orientar sobre as queixas mais frequentes.

Dentre as atividades inerentes a consulta de enfermagem no pré-natal, tem-se o a solicitação e avaliação de exames, inicialmente para o diagnóstico e posteriormente para o acompanhamento da gestação, a mulher deve fazer vários exames de sangue, urina e

de imagem. Todos com o objetivo de detectar qualquer alteração ou doença que possa acometer a criança ou comprometer o seu desenvolvimento intrauterino.

Os exames comumente realizados no pré-natal, sua importância e indicação estão dispostos no Quadro 1, a seguir:

QUADRO 1 Distribuição dos exames a serem solicitados durante o pré-natal e suas indicações.

Exame	Indicação
• Grupo sanguíneo e fator Rh	Importante porque se a mãe for Rh negativo e a criança Rh positivo (caso o pai seja Rh positivo), pode ocorrer uma incompatibilidade sanguínea que leva à destruição das células vermelhas do feto, podendo levar à sua morte antes mesmo do nascimento.
• Glicemia	Para avaliação de alterações glicêmicas e detecção precoce de diabetes mellitus.
• Anti-HIV:	Para detectar a infecção por esse vírus (vírus da AIDS). Isso é importante porque existem medicamentos que se utilizados de maneira correta e no momento certo podem reduzir bastante o risco de transmissão do vírus para o bebê.
• Exame de sífilis:	Essa doença é causada por uma bactéria e pode ser transmitida ao bebê, podendo causar malformações.
• Exame de toxoplasmose:	Doença causada por um protozoário, também pode ser transmitido ao feto e causar malformações.
• Exame de rubéola:	Doença viral, que pode levar a abortamento e malformações graves.
• Exame de urina e urocultura:	Para detectar infecção urinária. A ocorrência de infecção urinária, durante a gestação, pode aumentar o risco de parto prematuro e de infecções mais graves (como a renal).
• Exame de hepatite B:	Caso a mãe seja portadora do vírus, existem condutas que reduzem a transmissão do mesmo para o bebê.
• Ultra-sonografia (US):	Indicam-se, geralmente, dois exames. Um no primeiro trimestre, entre 11 e 13 semanas de gestação, para avaliação da idade gestacional. O outro, entre 18 e 20 semanas (segundo trimestre), para avaliar a presença de malformações.

Fonte: Brasil (2000).

Durante o pré-natal os exames complementares são realizados de forma muito frequente e em muitas situações desnecessariamente, dentre os quais, destaca-se a ultrassonografia obstétrica. Pois, tem mulheres que realizaram até cinco exames, mesmo sem uma indicação ou condição específica, que exija um monitoramento mais cuidadoso, como nas gestações de alto risco (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Outro aspecto importante do pré-natal é a avaliação nutricional da gestante. Nas consultas, o médico e o enfermeiro fazem um acompanhamento do ganho de peso da mãe, tomando como parâmetro o peso anterior ao início da gravidez, não devendo ultrapassar durante todo o período da gestação a faixa de dezesseis quilos. Deve-se ter em mente que as necessidades calóricas estão aumentadas, durante a gravidez, porém a mulher deve ter uma dieta balanceada, tendo o cuidado para evitar o ganho de peso excessivo, que pode ser prejudicial (BRASIL, 2000c; SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Durante a gestação são indicadas as reposições de ferro e vitaminas. O ácido fólico é indicado nas primeiras semanas de gravidez, pois, ajuda a prevenir algumas malformações. O ferro ou sulfato ferroso é recomendado a todas as gestantes a partir do segundo trimestre, até o término da lactação, pois não pode ser suprido apenas pela dieta normal da gestante, recomendando-se ainda a adição de alimentos ricos em cálcio (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Além de todas essas abordagens já descritas, o acompanhamento pré-natal permite a avaliação de queixas comuns em gestantes, como náuseas e vômitos, constipação intestinal, queimação no estômago, inchaço e varizes nas pernas, câibras, tonteadas, cansaço e dor nas costas. Essas queixas preocupam bastante as mulheres e, durante as consultas, elas podem ter suas dúvidas esclarecidas ou receberem tratamento adequado. A orientação do uso de meia elástica também é importante para evitar o surgimento de varizes e diminuir o risco de trombose durante a gestação (RIOS; VIEIRA, 2007).

Outras questões levantadas durante o pré-natal são relativas ao uso de medicamentos. Sabe-se que muitos remédios não podem ser utilizados durante a gestação, por causarem efeitos graves no feto. Assim, o acompanhamento é essencial para garantir que a gestante não utilize tais medicações (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Cabe ainda ressaltar que, o enfermeiro dedica parte do tempo da consulta para ouvir a gestante e esclarecer suas dúvidas, minimizando assim, a insegurança e as ansiedades, dando apoio psicológico. Pois, grande parte das dúvidas é relacionada ao nascimento e medo do parto, inseguranças e incertezas em relação ao companheiro (MEDEIROS; PERES, 2011).

Por meio das ações educativas o enfermeiro trabalha individual e coletivamente as questões relacionadas ao parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido. No entanto, cabe ressaltar a necessidade de abordar questões relacionadas a sexualidade na

gravidez, como um importante aspecto a ser trabalhado nessas atividades (DAVIN et al., 2010).

Medeiros e Peres (2011) ressaltam que, o apoio psicológico e esclarecimentos prestados no pré-natal, contribuem para a maior compreensão e aceitação do parto normal, que deve sempre ser incentivando pelo enfermeiro.

Com essa compreensão, eram apresentadas pelo enfermeiro de forma simples e clara as vantagens decorrentes da escolha do parto normal, para a mãe e o bebê, como a recuperação mais rápida, reduzindo a permanência em ambiente hospitalar e com menores riscos de complicações quando comparadas a um procedimento cirúrgico.

Quanto à regularidade das consultas, Duarte e Andrade (2008) esclarecem que, deve ser informada a importância do comparecimento as consultas do pré-natal, e que estas devem ser de no mínimo de seis consultas sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde até a 36ª o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas (BRASIL, 2000).

Assim, as consultas de pré-natal na unidade eram agendadas com esse intervalo até a 36ª semana de gestação, quando então, passavam a ser mais próximas, sendo as consultas marcadas a cada 15 dias, com vistas a manter o monitoramento regular dos níveis pressóricos; avaliar a presença de edemas, movimentos fetais e batimentos cardíacos; e mensurar a altura uterina.

Em consonância, Shimizu e Rosales (2009) afirmam que, no seguimento das mulheres cadastradas no pré-natal de baixo risco, as consultas devem ser realizadas mensalmente até o sétimo mês de gravidez. A partir daí, a consulta deve ser a cada duas semanas até completar uma idade gestacional de 36 semanas, quando então passam a ser semanais.

Nas gestações de alto risco, o intervalo das consultas deve ser menor, e ajustado regularmente de acordo com as necessidades individuais de cada usuária. Em cada consulta são realizadas a entrevista e o exame físico, com palpação do abdome e determinação da altura uterina, e ausculta dos batimentos cardíacos (BRASIL, 2000c; SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Com a aproximação da DPP, a gestante deverá ter uma consulta médica assegurada na unidade, devendo ser referenciada para um serviço de maior complexidade se o parto não ocorrer até sete dias após a DPP, ou na vigência de qualquer alteração. Assim, as consultas deverão ser intercaladas entre médicos e

enfermeiros, de acordo com a necessidade e em observância ao risco obstétrico de cada paciente (BRASIL, 2006; DIAS; CUNHA; AMORIM, 2005).

O momento de maior contato com as usuárias da unidade se dava nas reuniões mensais com o grupo de gestantes, onde o enfermeiro exercia plenamente as ações educativas. Em um grupo as atividades educativas possibilitam a troca de experiências entre os participantes, com discussões sobre parto, aleitamento materno e todo o processo de gestação, bem como a interação com outras mulheres que vivenciam situações comuns (MOREIRA; MACHADO; BECKER, 2007).

Segundo Duarte e Andrade (2008) a avaliação de risco na gestação representa uma tarefa complexa e indispensável em todas as consultas, merecendo maior critério e atenção do enfermeiro no último trimestre, já que, nesse período o organismo da mulher está mais exposto às mudanças repentinas nos níveis pressóricos e glicêmicos, relacionados a múltiplos fatores individuais.

Os autores esclarecem que o conceito de risco está associado ao de probabilidade, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado. Daí, os primeiros sistemas de avaliação de risco, ter sido elaborado com base na observação e experiência dos seus autores, e só recentemente submetidos à análise e, mesmo assim, ainda persistem dúvidas sobre sua efetividade como discriminadores (DUARTE; ANDRADE, 2008).

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema (BRASIL, 2010).

FIGURA 1- Consulta de Pré-Natal realizada na Unidade de Saúde.



Na sequência de atendimento a gestante em sua primeira consulta de pré-natal, realiza-se inicialmente a anamnese ou histórico de enfermagem, abordando aspectos epidemiológicos, antecedentes pessoais e familiares, antecedentes ginecológicos e obstétricos e também, a história progressiva de vacinações. Posteriormente, realiza-se o exame físico e investigam-se dados referentes à gravidez atual (BRASIL, 2005).

Vale salientar, que o exame físico deve ser completo, ou seja, avaliação da cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele, mucosas e finalizar com o exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas Subsequentes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal, e focado nos sintomas ou queixas referidas como pirose, tontura, dor abdominal e outras (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2005).

Em consonância, Duarte e Andrade (2008) reforçam a importância da habilidade em saber ouvir as dúvidas e ansiedades da mulher, devendo o enfermeiro nesse momento indagar aspectos relacionados a alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

FIGURA 2- Gestante com 37 semanas.



Assim, “uma atenção Pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio de incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso e serviços de saúde de qualidade” (BRASIL, 2005, p.10), com ações que contemplem e integrem as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido em todos os níveis de atenção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação do enfermeiro nas equipes de PSF vem contribuindo para o fortalecimento do modelo assistencial idealizado pelo SUS, mas, sabe-se que ainda há um longo caminho, cheio de desafios e impasses relacionados à divisão de responsabilidades, relações interdisciplinares, qualificação de recursos humanos, entre outros para a efetivação definitiva de um modelo de atenção à saúde, que contemple as reais necessidades da população.

Dentre as ações voltadas a atenção da saúde da mulher, destaca-se o programa de pré-natal e humanização no pré-natal e nascimento, por sua importância, para melhoria dos indicadores de saúde em nosso país, pois, o acompanhamento adequado da gestante contribui para redução da mortalidade materna e fetal. Uma vez que, os possíveis riscos e alterações são detectados e tratados precocemente, minimizando a chance de resultados desfavoráveis e favorecendo a proteção da saúde da mãe e do bebê.

O enfermeiro exerce suas funções em todos os níveis da assistência e desempenha um papel de grande importância na realização no acompanhamento das gestantes e no desenvolvimento das ações voltadas a promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante a gravidez durante o pré-natal de baixo risco.

Com a vivência, observação e escuta de relatos das gestantes atendidas pelo enfermeiro nas consultas de pré-natal, pode-se concluir que apesar das limitações e dificuldades enfrentadas na rede básica de saúde, o atendimento foi considerado satisfatório segundo opinião das usuárias atendidas no período de estudo.

Frente ao seu relevante papel social na rede básica de saúde e em especial na realização da consulta a gestante, o enfermeiro deve se empenhar ao máximo para prestar uma assistência de qualidade e humanescente em todos os programas, especialmente no pré-natal em que as mulheres estão mais sensíveis e carentes de instrução quanto à gravidez, parto e puerpério, contribuindo assim, para a satisfação em um momento tão especial da vida, a gravidez.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério saúde, 2000a. 44p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf >. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos**. Brasília; 2000. 56 p. Disponível em: < http://professor.ucg.br/siteDocente/admin/arquivosUpload/3913/material/pre_natal.pdf >. Acesso em: 22 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde), 2000.66 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf >. Acesso em 22 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde 2006. **Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf >. Acesso em: 07 out. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color.** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf >. Acesso em: 12 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf >. Acesso em: 20 jul. 2012

DAVIN, Rejane Marie Barbosa et al. **Sistematização da bibliografia científica que trata da sexualidade feminina durante o ciclo gravídico: uma revisão**. FIEP BULLETIN, Foz do Iguaçu, v. 80, spe, 2010. p. 771-774. Disponível em: < <http://fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2011> >. Acesso em: 10 out. 2012.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. 2ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: MEC/UNESCO, 2003. Disponível em: < <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/T1SF/Sandra/Os-quatro-pilares-da-educacao.pdf> >. Acesso em: 25 out.2012.

DE BIASI, Luciana Spinato; PEDRO, Eva Neri Rubim. Vivências de aprendizagem do cuidado na formação da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300002&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 30 out. 2012.

DIAS, Mônica Aguilhar Estevam; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo; AMORIM, Wellington Mendonça de. Estratégias gerencias na implantação do Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, Oct. 2005. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500003&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 20 out. 2012.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500007&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 30 out. 2012.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, June 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200013&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 22 Out. 2012.

MEDEIROS, Viviane Caroline; PERES, Aida Maris. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. Texto contexto - **enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500003&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 31 out. 2012.

MOREIRA, Camila Teixeira; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; BECKER, Samélia Léa Menezes. Educação em saúde a gestantes utilizando grupo. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 107-116, set./dez. 2007. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/679/pdf> >. Acesso em: 08 out. 2012.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, pp. 477-486, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf> >. Acesso em: 22 out. 2012.

SHIMIZU, Helena Eri; ROSALES, Carlos. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. **Rev. bras. enferm.** 2009, v.62, n.3, p. 424-429. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/14.pdf> >. Acesso em: 22 Out. 2012.

VIEIRA, Sônia Maria et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto contexto - **enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500032&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 10 out. 2012.