

**LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SARA MIRELLY AZEVEDO DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO  
PRE-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES DE SANTO ANTONIO DOS LOPES-MA**

São Luís  
2010

**SARA MIRELLY AZEVEDO DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO  
PRE-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES DE SANTO ANTONIO DOS LOPES-MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO Excelência em Pós-Graduação Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora : Profª. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís  
2010

Silva, Sara Mirelly Azevedo da.

Avaliação dos procedimentos de enfermagem na atenção ao pré-natal na visão das gestantes de Santo Antonio dos Lopes-MA. Sara Mirelly Azevedo da Silva. - São Luís, 2010.

51f.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Pré-natal. 2. Enfermagem. 3. Assistência. 4. Santo Antonio dos Lopes-MA. Título.

CDU 612.23 (812.1)

**SARA MIRELLY AZEVEDO DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO  
PRE-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES DE SANTO ANTONIO DOS LOPES-MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO Excelência em Pós-Graduação Universidade Estácio de Sá, para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em        /        /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Rosemary Ribeiro Lindholm** (Orientadora)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

---

**Prof<sup>ª</sup>. Mônica Elionor Alves Gama**

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

À Deus, à Nossa Senhora das Graças, à meu pai (*in memorium*), minha mãe , minha filha, minha irmã e minha sogra.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de tudo, pois sem a sua força não teria conseguido vencer essa jornada.

Aos meus pais Francisco (*in memorium*) e Socorro que sempre me incentivaram a prosseguir na jornada, fossem quais fossem os obstáculos; a vocês que mesmo distantes mantiveram-se sempre ao meu lado lutando comigo. A vocês, que trilharam comigo este caminho, meus sinceros agradecimentos pelo apoio, pelo carinho, pela onipresença, pela força, enfim, pelo amor incondicional.

À minha sogra e mãe Fátima.

Ao meu esposo José Félix, que sempre esteve comigo nos momentos difíceis nunca me deixando desanimar.

Aos meus familiares, em especial minha irmã Renata Kelcia, pelo amor, paciência e apoio que me dedicou nesse momento da minha vida.

Às minhas filhas Vitória e Isabella, que na hora do descanso me deram a motivação maior de continuar este trabalho.

À professora mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, minha orientadora, por ter aceitado este desafio.

Às gestantes da Unidade Básica de Saúde Raimundo Pereira Barbosa, que aceitaram participar da pesquisa, sendo estas de fundamental colaboração.

E, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

*“Deus nos concede, a cada dia uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocamos nela ocorre por nossa conta.”*

*Chico Xavier*

## RESUMO

Este trabalho salienta o desempenho do enfermeiro na consulta de enfermagem pré-natal, ou seja, nos procedimentos desenvolvidos por ele na atenção ao pré-natal a partir da visão das gestantes na Unidade Básica de Saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa desenvolvidas no período do dia 1º de julho de 2010 a 10 de julho de 2010, na Unidade Básica de Saúde Raimundo Pereira Barbosa no município de Santo Antonio dos Lopes –MA. A amostra estudada foi constituída de 80 (oitenta) gestantes independentes da idade gestacional, considerando-se, apenas que fosse acompanhamento durante o pré-natal com a enfermeiro do local da pesquisa e que aceitassem participar do estudo após esclarecimentos. A coleta foi realizada através da aplicação de um questionário previamente elaborado contendo perguntas abertas e fechadas, constando de características sócio-demográficas; consultas no pré-natal e procedimentos realizados pelo enfermeiro. Os resultados mostram que a maioria das gestantes estava na faixa etária entre 18 até 34 anos; possui o ensino fundamental completo; tem uma união conjugal estável. Quanto ao acompanhamento do pré natal a maioria iniciou no primeiro trimestre de gestação; de modo geral o exame físico e laboratorial foi realizado em todas as gestantes, porém alguns procedimentos não foram realizados. O esquema vacinal algumas realizaram e um número pequeno tem o cartão da gestante preenchido completamente. A maioria das gestantes foi bem acolhida, com liberdade de expressão no momento da consulta e dizem que o pré natal é para saber como estar à saúde da mãe e do neném. Conclui - se que o enfermeiro visa à saúde do binômio mãe - bebê, contudo, apesar dos resultados, é necessário melhorar a qualidade da assistência prestada, utilizando um atendimento as gestantes de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.

Palavras- chave: Pré natal. Enfermagem. Assistência. Santo Antonio dos Lopes-MA



## ABSTRACT

This paper highlights the performance of nurses in nursing consultation prenatal, or procedures developed by him in the care and prenatal care from the perspective of pregnant women in the Basic Health. This is a descriptive study approach Quantitative developed during the 1st July 2010 to July 10, 2010, in the Basic Health Raimundo Pereira Barbosa in Santo Antonio dos Lopes, MA. The sample consisted of eighty (80) women independent of gestational age, considering only what was up during pre-natal nurse with the local research and who agreed to participate in the study after explanation. Data collection was performed by applying a previously designed questionnaire containing open and closed questions, consisting of sociodemographic characteristics, prenatal consultations and procedures performed by nurses. The results show that most pregnant women were aged 18 to 34 years, has finished elementary school, has a marriages. As for the monitoring of prenatal most started in the first trimester of pregnancy, in general physical examination and laboratory tests was performed on all pregnant women, but some procedures were not performed. The immunization schedule and made some small number of pregnant women have the card filled out completely. Most pregnant women was well received, with freedom of expression at the time of consultation and say the prenatal is to learn how to be the health of mother and baby. The conclusion - that the nurse to the health of the mother - baby, however, despite the results, it is necessary to improve the quality of care, using an attendance of pregnant women according to the guidelines of the Ministry of Health.

Key-words: Prenatal. Nursing. Assistance. Santo Antonio dos Lopes-MA

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a faixa etária. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....                     | 27 |
| Tabela 2 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a escolaridade. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....                     | 28 |
| Tabela 3 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o estado civil. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....                     | 29 |
| Tabela 4 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o início do pré natal. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....              | 30 |
| Tabela 5 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o número de consultas de pré natal. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010..... | 31 |
| Gráfico1 | - Distribuição percentual dos procedimentos realizados pelo enfermeiro na atenção ao pré-natal as gestantes estudadas. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....           | 32 |
| Gráfico2 | - Distribuição percentual das gestantes assistidas no pré-natal, quanto aos exames laboratoriais realizados. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....                     | 34 |
| Tabela 6 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a anamnese. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo   |    |

|          |   |    |
|----------|---|----|
|          | Antonio dos Lopes – MA, 2010.....   | 36 |
| Tabela 7 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o calendário vacinal. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....  | 37 |
| Gráfico3 | - Distribuição percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, quanto às orientações recebidas. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....  | 38 |
| Tabela 8 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o preenchimento do cartão. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....                                       | 40 |
| Tabela 9 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o acolhimento. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....   | 41 |
| Tabela10 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a sua liberdade de expressão durante a consulta de enfermagem. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.....   | 42 |
| Tabela11 | - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o seu conhecimento e avaliação a respeito da consulta realizada. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010..... | 43 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |   |  |
|---------|---|--|
| AU      | - | Altura uterina   |
| BCF     | - | Batimentos Cardio Fetais                               |
| Bpm     | - | Batimentos por minuto                                  |
| CMV     | - | Citomegalovirus  |
| DUM     | - | Data da última menstruação                             |
| DPP     | - | Data provável do parto                                 |
| FSESP   | - | Fundação de Serviço Essencial de Saúde Pública         |
| HIV     | - | Human Immunodeficiency Vírus                           |
| HbsAg   | - | Hepatite   |
| Hb      | - | Dosagem de hemoglobina                                 |
| IG      | - | Idade gestacional                                      |
| MS      | - | Ministério da Saúde                                    |
| OMS     | - | Organização Mundial de Saúde                           |
| PAISM   | - | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher     |
| RN      | - | Recém nascido  |
| SOGIMIG | - | Sociedade de obstetrícia e ginecologia de Minas Gerais |
| VDRL    | - | Venereal Disease Research Laboratory                   |

## SUMÁRIO

|            |                                    |           |
|------------|------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO.....</b>             | <b>13</b> |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS.....</b>              | <b>19</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Geral.....</b>                  | <b>19</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Específicos.....</b>            | <b>19</b> |
| <b>3</b>   | <b>METODOLOGIA.....</b>            | <b>20</b> |
| <b>4</b>   | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b> | <b>22</b> |
| <b>5</b>   | <b>CONCLUSÃO.....</b>              | <b>39</b> |
| <b>6</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>40</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>            | <b>41</b> |
|            | <b>APÊNDICES.....</b>              | <b>44</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, e por esta razão sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Observações e estatísticas demonstram que 90% das gestantes evoluem e terminam sem complicações, contudo outras, já se iniciam com problemas (FREITAS, 2006).

Sendo a gravidez um processo natural, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, é uma fase de grandes transformações não só no corpo da mulher, como também, na vida emocional da grávida, onde o seu nível de ansiedade vai depender do seu grau de adaptação a essas mudanças (DAVIM; MENEZES, 2001).

O pré - natal foi instituído no início do século XX e chegou ao Brasil por volta da década de 20 e 30 e só se estabeleceu no pós-guerra. Neste período, pensava-se em diminuir os agravos para saúde da mãe, sem se pensar no feto. Nos anos 50 e 60, com a diminuição das taxas de morte materna, começou a preocupação, decididamente, com o feto e sua saúde. Foi aí que se começou a ver como o feto era alimentado pela placenta e o quanto de oxigênio ele precisava para se manter vivo. Assim, com os avanços sociais e tecnológicos, o pré natal constitui-se e se firmou, transformando na prática assistencialista que é hoje (GALLETA, 2000).

Na década de 70, a consulta de Enfermagem desenvolve-se de acordo com as normas estabelecidas pela Fundação de Serviço Essencial de Saúde Pública (FSESP) e segundo Vanzin; Nery (1996) essa modalidade de consulta consistia em orientar a gestante sobre: os recursos assistenciais da unidade, na anamnese, na verificação dos sinais vitais, no pedido de exames de laboratório, nos agendamentos de consulta médica ou de enfermagem, na orientação quanto a sua saúde e a do bebê, controle das vacinas do tratamento anti-sifilítico, do encaminhamento para visita domiciliar e das orientações sobre parto.

E em 1983, foi criado o Programa de Atenção a Saúde da Mulher (PAISM) a partir daí, é incorporado um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrada no conceito de saúde integral e com ênfase na função educativa dos serviços. Em 1984 a atenção a mulher foi contemplada com contornos mais amplos pelo Ministério da Saúde, que divulga o PAISM, através do documento “Assistência Integral a Saúde da Mulher, base de ação programática com uma nova e diferenciada abordagem”. Ressaltando que os programas Institucionais existentes antes PAISM era focalizado apenas no atendimento a mulher, no sentido de assegurar o parto “assistido” e um conceito “vivo”, ou seja, sem

garantir ações educativas, cobertura e qualidade das ações do pré-natal, parto e puerpério (OLIVEIRA, 2003).

Segundo Neme (2000), o caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal bem feito previne patologias, tais como anemias, doenças hipertensivas gestacionais (pré-eclâmpsia, eclâmpsia); também favorece o preparo psicológico para o parto, além de garantir a perfeita estruturação do organismo fetal, prevenção do abortamento e o risco de parto prematuro e óbito perinatal dentre outras vantagens.

Segundo o Ministério da Saúde a adesão da gestante ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, que devem atuar de forma responsável, competente, dedicada e humana. Devendo identificar qualquer alteração na evolução da gestação e estabelecer um bom relacionamento com a grávida, pois a sua atuação é fator decisivo para determinar um atendimento de qualidade. Baseado na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, o qual regulamenta a referida lei, e da resolução COFEN nº 271/2002 que a reafirma, diz: o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde a assistência pré-natal tem por finalidade acolher a mulher desde o início da gravidez, onde o profissional deve dedicar - se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessário para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto, é um momento privilegiado para discutir e esclarecer as questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro aparecendo de forma individualizada até mesmo para quem já teve outros filhos. Acolher e escutar a gestante sem preconceito é algo mobilizador que permite que a mulher tenha segurança e construa seu caminho até o parto, com conhecimentos sobre si mesma o que leva a um nascimento tranquilo e saudável. Escutar é um ato de autoconhecimento (BRASIL, 2000).

Assim, o Ministério da Saúde acrescenta que dentro de uma boa assistência está à humanização que compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais: O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das Unidades de Saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o

acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2005).

O respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres e familiares, durante o processo de parturição, é condição indispensável para humanização da assistência ao parto. Os profissionais de saúde necessitam aproveitar todas as possibilidades e oportunidades de serem sensíveis, honestos e competentes. Não é possível falar de assistência no ciclo gravídico-puerperal sem reverenciarmos o cuidar. O cuidado por sua própria natureza possui dois significados que se inter-relacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude para com o outro, ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, pois o responsável pelos cuidados se sente envolvido afetivamente e ligado ao outro (MARTINS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde, inclusive a materna, como: “ a sensação de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de moléstia”. Também torna claro que as ações de saúde pré-natal devem estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o principal objetivo da assistência pré-natal “é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, que compreende o período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma diferenciada”. Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas (BRASIL, 2000).

Segundo Chaves (2003), as ações da assistência pré natal são: “orientar sobre hábitos de vida; assistir psicologicamente a gestante; instruir - lá sobre o parto; alertar - lá sobre o uso de medicações; tratar os pequenos distúrbios da gestação; fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias ou intercorrentes da gestação”.

Para o Ministério da Saúde é inadmissível que uma mulher chegue ao fim do pré natal sem ter conhecimento sobre alterações que ocorreram ou ocorrem consigo durante a gravidez e despreparada para vivenciar o parto e amamentação. A orientação é a chave para o bom preparo da mulher, o que fornece segurança, tranquilidade e saúde. É através da orientação que irá se esclarecer as dúvidas da gestante, onde se discute sobre a alimentação, o ganho ponderal, a importância do repouso e do sono, hábitos intestinais e urinários, sem



esquecer de orientá-la em relação ao início do trabalho de parto e quanto ao aleitamento (BRASIL, 2000).

Na concepção de Sheneviz (2003), mudanças ocorreram em relação à consulta de enfermagem pré-natal, que tinha o intuito somente de proteger a gestante. Atualmente realiza-se uma atenção a gestante de forma ampliada, integral, para que a gravidez transcorra o mais normalmente possível, pois, no geral, a maioria das complicações do período gestacional pode ser tratada ou minimizada com a garantia de medidas que possibilitem a perfeita estruturação física ao conceito e a saúde físico-psíquica da mãe.

Lima (2003) afirma que a consulta de enfermagem, ao longo de suas evolução e implantação, sofreu várias alterações conceituais e metodológicas, até ser inserida nos serviços de saúde, buscando seu prestígio e aceitação e sempre acompanhando as mudanças conjunturais.

Concorda-se com o Ministério da Saúde quando esclarece que em geral a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. É importante ressaltar que a enfermeira tem sido apontada pela Organização Mundial de Saúde, como o profissional melhor preparado para esse tipo de atenção. Acrescenta ainda que durante o pré-natal, devem ser realizadas no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo, três no último trimestre e uma no puerpério, realizada pelo médico e pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2000).

A assistência, de acordo com o Ministério da Saúde, inicia – se com o diagnóstico da gravidez que pode ser feita pelo médico ou enfermeiro, de acordo com atraso e irregularidade menstrual, náuseas e aumento do volume abdominal, e logo após a confirmação da gravidez dá - se início a consulta, registrando-se nome, idade, endereço, data da última menstruação, idade gestacional e trimestre da gravidez no momento em que iniciou o pré-natal (abaixo de 13 semanas: 1º trimestre; entre 14 e 27 semanas: 2º trimestre; acima de 28 semanas: 3º trimestre), avaliação nutricional: utilizando a curva de peso/ idade gestacional e/ou medida de perímetro braquial (BRASIL 2000).

Nesse momento a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento do pré-natal e seqüência das consultas, devendo ser fornecido “cartão da gestante com a identificação preenchida e a orientação sobre o mesmo; o calendário de vacina e suas orientações; a solicitação dos exames de rotina; as orientações sobre a participação nas

atividades educativas e reuniões em grupos” (BRASIL 2000). O referido autor pontua que o roteiro da primeira consulta de Enfermagem no pré-natal é composto pela história clínica da gestante e destacando-se dados de:

- a) identificação;
- b) sócio-econômicos;
- c) motivos da consulta;
- d) antecedentes familiares;
- e) antecedentes pessoais;
- f) antecedentes ginecológicos;
- g) antecedentes obstétricos;
- h) gestação atual;
- i) exame físico geral;
- j) específico: gineco - obstétrico.

Vale ressaltar que nas consultas subseqüentes realizam-se: uma revisão da ficha perinatal e anamnese atual, cálculo e anotação da IG; controle do calendário de vacinação; exame físico geral e ginecobstétrico (determinar peso; calcular o ganho de peso; anotar o gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional; medida da pressão arterial; inspeção da pele e mucosa; inspeção das mamas; palpação obstétrica e medida da altura uterina; ausculta dos BCFs; pesquisa de edema; toque vaginal e exame especular se necessário; interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessários); acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados; realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos); agendamento de consultas subseqüentes sem esquecer da regularização de ações e práticas evolutivas. As condutas e achados diagnósticos devem sempre ser anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante (BRASIL, 2000).

Para implementação das atividades do controle pré-natal, o ministério da saúde esclarece que é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta. Isso permitirá a orientação do profissional e os encaminhamentos adequados em cada período da gravidez. É necessário que essa avaliação do risco seja realizada em todas as consultas (BRASIL, 2005).

O trabalho desenvolvido mostra as ações que foram executadas pelo enfermeiro durante a consulta pré-natal para assegurar um atendimento de qualidade, podendo assim, assistir à gestante como um todo, caracterizando os cuidados e a qualidade da assistência de enfermagem como de fundamental importância na vida da gestante e do bebê.

O interesse pelo tema referente à consulta de enfermagem no pré – natal ocorreu durante as práticas assistidas, ocasião em que pode se observar a assistência prestada às gestantes, bem como os procedimentos realizados pelo profissional. Portanto, a elaboração desse trabalho foi motivado com o propósito de contribuir para uma melhor assistência à gestante, acreditando que esta pesquisa possa ser útil aos profissionais dessa área a fim de que melhorem e aperfeiçoem o programa de pré - natal, a partir da visão dos resultados encontrados e discutidos neste trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar os procedimentos desenvolvidos pelo enfermeiro na atenção ao pré-natal a partir da visão das gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde de Santo Antonio dos Lopes-MA.

### **2.2 Específicos**

Identificar algumas condições sócio-demográficas das gestantes que realizaram consulta pré-natal no período da pesquisa;

Identificar os procedimentos de enfermagem realizados durante a consulta de pré-natal;

Verificar o conhecimento da população a respeito da consulta de enfermagem no pré-natal.

### **3 METODOLOGIA**

#### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa sobre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro durante o pré - natal.

#### **Local de estudo**

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Raimundo Pereira Barbosa no município de Santo Antonio dos Lopes – MA, no mês de julho de 2010.

O povoamento do referido município foi iniciado em 1922 pelos lavradores piauienses Antônio Pereira Lopes e Antônio Mariano Lopes, que ali chegaram, vindos de Livramento, em busca de terras cultiváveis. Não demorou muito para que surgissem no lugar, em razão da farta produção de mandioca e cana-de-açúcar, estabelecimentos de fabricação de farinha e aguardente, assim como inúmeras casas comerciais. Vale ressaltar que, pela sua excelente qualidade, a cachaça produzida em Santo Antônio dos Lopes tornou-se apreciada e conhecida em todo o Maranhão e fora dele, contribuindo para divulgar o nome desse município, criado pela Lei Nº 2179, de 30 de dezembro de 1961. Está localizado a 310 km da capital, compreendendo a uma área de 770,190 km<sup>2</sup>, com população de 14.663 habitantes.

No município existem 6 equipes de Saúde da Família, sendo que uma atua na Unidade Básica de Saúde Raimundo Pereira Barbosa na qual é desenvolvido todos os Programas de Saúde da Família propostos pelo Ministério da Saúde.

#### **População**

A população foi constituída por todas as gestantes que compareceram à Unidade para realizar consulta pré - natal de enfermagem. A amostra foi composta por 80 (oitenta) gestantes independente de idade gestacional, classe social ou escolaridade, considerando-se, apenas as que tinham acompanhamento de pré - natal com a enfermeira na referida Unidade Básica de Saúde.

## **Coleta de dados**

A coleta foi realizada pela própria pesquisadora após autorização da Unidade de Saúde. Em seguida, procedem-se com a aplicação e recebimento dos instrumentos de coleta para posterior tabulação dos dados.

## **Instrumento de coleta de dados**

Os dados foram coletados utilizando-se como técnica o questionário, previamente elaborado pela pesquisadora contendo perguntas abertas e fechadas contemplando às seguintes variáveis: dados socioeconômicos, demográficos das gestantes, bem como, primeira consulta, número de consultas de enfermagem, exame físico realizado, exames laboratoriais, anamnese, imunização, orientações, preenchimento do cartão da gestante, acolhimento, liberdade de expressão durante a consulta, grau de satisfação durante o pré-natal e conhecimento e avaliação das gestantes a respeito da consulta de pré-natal (APÊNDICE A).

## **Análise de dados**

Após a coleta, os dados foram tabulados utilizando-se o Programa Microsoft Excel 2007, e reajustados em forma de gráficos e tabelas para posterior discussão.

## **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. E foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária foi constatado que 15% das gestantes estão na faixa etária de 15 a 17 anos, e que 85% delas estão na faixa etária de 18 a 34 anos, o que mostra uma população jovem em idade considerada fértil.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a faixa etária. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>FAIXA ETÁRIA</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|---------------------|-----------------|------------|
| <b>15-17 anos</b>   | 12              | 15         |
| <b>18-34 anos</b>   | 68              | 85         |
| <b>TOTAL</b>        | <b>80</b>       | <b>100</b> |

De acordo com Caetano; Faria; Lima (1997), a idade favorável para o desenvolvimento de uma gestação é entre 18 a 24 anos, este seria o período em que os órgãos genitais internos e externos atingem seu pleno desenvolvimento fisiológico e anatômico.

O Ministério da Saúde considera como fator de risco na gravidez a idade menor que 17 anos e maior que 35 anos (BRASIL 2000). Encontrou-se, nesta pesquisa, percentual de 15% na faixa etária menor que 17 anos, o que pode demonstrar um risco maior para as mulheres do estudo.

A gravidez em adolescentes tem mais probabilidade de risco para mãe e para o neném, embora os riscos possam ser substancialmente reduzidos por cuidado pré e pós – natal adequado e nutrição correta (HAYES, 1987; MENKEN, 1980).

Os bebês das mães adolescentes têm mais probabilidades de apresentar baixo peso ao nascer, assim como defeitos neurológicos e doenças da infância. Também as próprias mães adolescentes têm mais probabilidade de sofrer complicações da gravidez como toxemia e anemia (GUNTER; LABARBA, 1980). O estudo mostra que a minoria das gestantes estudadas apresentam esse risco.

De acordo com a Tabela 2, 33,75% das gestantes concluíram o ensino fundamental, 23,75% não completaram o ensino fundamental, 27,50% concluíram o ensino médio e 13,75% não terminaram o ensino médio.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a escolaridade. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>ESCOLARIDADE</b>          | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
|------------------------------|-----------|------------|
| <b>Ensino Fundamental C.</b> | 27        | 33,75      |
| <b>Ensino Fundamental I.</b> | 19        | 23,75      |
| <b>Ensino Médio C.</b>       | 22        | 27,50      |
| <b>Ensino Médio I.</b>       | 11        | 13,75      |
| <b>Ensino Superior</b>       | 01        | 01,25      |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>80</b> | <b>100</b> |

De acordo com Ministério da Saúde a baixa escolaridade inferior a cinco anos é considerado fator de risco. Como pode – se observar não é o caso das gestantes entrevistadas, pois 57,5% das mesmas têm a escolaridade mínima (BRASIL 2000).

Caetano; Faria; Lima (1997) relatam que a escolaridade permite ao enfermeiro ou profissional da saúde saber como passar informação á gestante de acordo com seu grau de compreensão que é secundário á instrução que a gestante recebeu. Para o Ministério da Saúde a gravidez pode trazer problemas psicológicos para as jovens, do ponto de vista social, onde o abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida e conseqüente circulação da pobreza (BRASIL, 2000).



De acordo com a tabela 3 47,50% das gestantes em estudo são solteiras e apenas 52,50 % são casadas.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o estado civil. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|--------------------------|-----------------|------------|
| <b>Solteira</b>          | 38              | 47,50      |
| <b>Casada</b>            | 42              | 52,50      |
| <b>TOTAL</b>             | <b>80</b>       | <b>100</b> |

Observam-se influencias marcantes no desenvolvimento da gravidez em decorrência da situação conjugal da Gestante, não somente pelo apoio econômico, mas também pelo suporte psicológico da presença do companheiro (CAETANO; FARIA; LIMA, 1997).

Conforme Rodrigues (1993), as gestantes solteiras estão submetidas à maior desgaste emocional, o que pode afetar seu desempenho obstétrico, e há relato de que o índice de mães solteiras vem aumentando na América Latina. O presente resultado difere do citado, pois a maioria das mães apresenta uma situação conjugal estável.

Tanaka; Mitsui (1999) estudando fatores de risco para mortalidade materna relataram maior prevalência de óbitos em mulheres que eram solteiras (62,9%) que nas casadas (28,6%). Brown; Robinson; Broweyer (1998) referem maiores complicações em gestações de mães solteiras que em casadas. Desta forma a situação conjugal estável pode influenciar nas condições sócio econômica e facilitar o acesso dessas mulheres ao serviço de saúde. Assim como melhorar as condições psicológicas através do amparo pelo companheiro.

Na tabela abaixo, verificou-se que a maioria das gestantes iniciaram o pré - natal no primeiro trimestre 61,25% e 33,75% no segundo trimestre.

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o início do pré natal. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>INÍCIO DO PRÉ NATAL</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|----------------------------|-----------------|------------|
| <b>1trimestre</b>          | 49              | 61,25      |
| <b>2trimestre</b>          | 27              | 33,75      |
| <b>3trimestre</b>          | 04              | 05,00      |
| <b>TOTAL</b>               | <b>80</b>       | <b>100</b> |

Coimbra et al (2003) em seu estudo mostrou que (60,2%) das gestantes iniciaram as consultas no primeiro trimestre da gestação, o que é de extrema importância para se manter a saúde da mãe e do bebê. O referido estudo aproxima-se do resultado encontrado na pesquisa realizada em Santo Antonio dos Lopes –MA.

Branden (2000), diz que pré-natal se inicia, quando a mulher procura um serviço de saúde para confirmar sua suspeita de gravidez, onde se deve levar em consideração, aspectos objetivos e subjetivos sobre sua gravidez, ao estado de saúde de modo geral e que as consultas enfatizam a manutenção da saúde, o bem-estar da gestante e do feto durante toda a gravidez.

Segundo Caetano; Faria; Lima (1997) o início do pré-natal deve ocorrer no primeiro trimestre da gestação permitindo que as ações preventivas e terapêuticas sejam oportunamente introduzidas.

Em relação ao número de consultas 43,75% das gestantes entrevistadas realizaram uma consulta, 27,50% duas consultas, 13,75% realizaram três consultas, 8,75% realizaram quatro consultas e 6,25% mais de quatro consultas.

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o número de consultas de pré natal. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>Nº DE CONSULTAS</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|------------------------|-----------------|------------|
| <b>01</b>              | 35              | 43,75      |
| <b>02</b>              | 22              | 27,50      |
| <b>03</b>              | 11              | 13,75      |
| <b>04</b>              | 07              | 08,75      |
| <b>Mais de 04</b>      | 05              | 06,25      |
| <b>TOTAL</b>           | <b>80</b>       | <b>100</b> |

Segundo De Lorenzi (1999) o acompanhamento pré-natal é muito importante, pois em sua pesquisa (65,5%) dos casos de natimortos ocorriam entre gestantes sem acompanhamento pré-natal. Diferindo dos dados encontrados nesta pesquisa onde todas as gestantes estão fazendo acompanhamento de pré – natal, porém em um número inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde recomenda o mínimo total de seis consultas, sendo que o enfermeiro poderá acompanhá-la em pelo menos quatro consultas e de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 -, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2005). Porém deve se lembrar que somente o número de consulta não é o suficiente para uma boa assistência e sim a junção quantidade e qualidade da assistência pré-natal em cada atendimento.

O gráfico 1 revela que 100% das gestantes foram pesadas, determinada estatura e aferida pressão arterial. A medida da temperatura axilar foi realizada em apenas 8,75% das entrevistadas, 55% das gestantes foi examinada pele, mucosa e membros, somente 8,75% das mulheres foram examinadas a tireóide, a pesquisa de edema foi realizada em 26,25%, em 61,25% das entrevistadas foi realizada a mensuração da AU, 47,50% das entrevistadas foram auscultadas os BCFs, 10% realizaram exame das mamas e em nenhuma das gestantes 0% foi inspecionada as genitais externas.

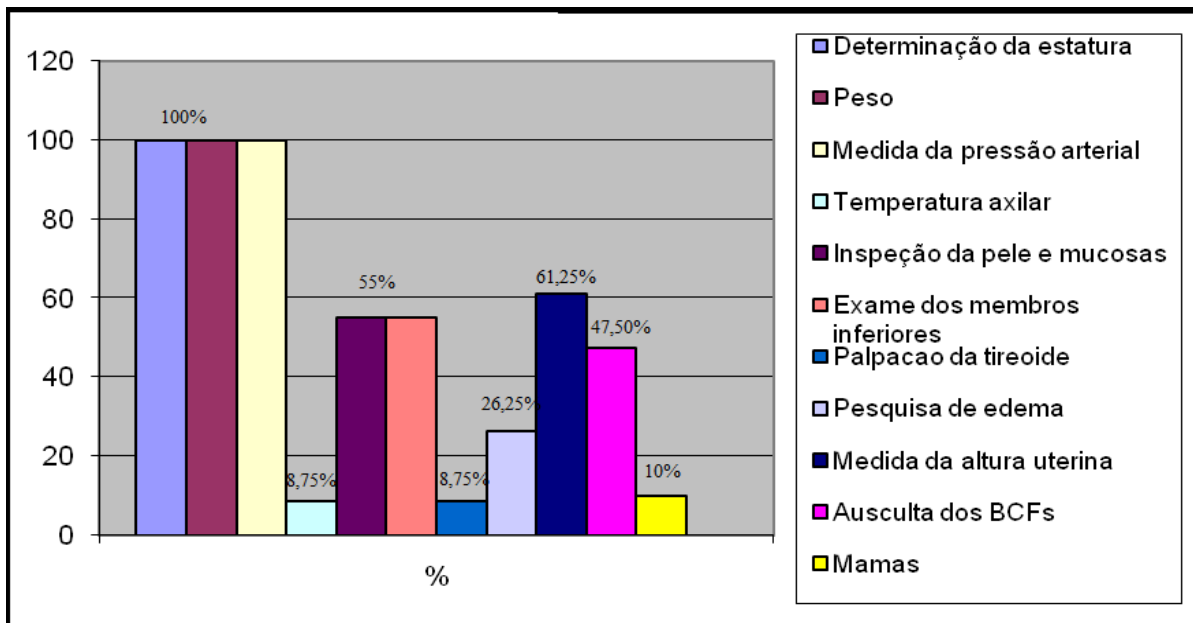


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos procedimentos realizados pelo enfermeiro na atenção ao pré-natal as gestantes estudadas. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

Segundo Caetano; Faria; Lima (1997) o exame físico é de fundamental importância no sentido de surpreender doenças maternas que, de alguma forma comprometem o binômio mãe-feto, ele deve ser feito de forma sistêmica, isto é, analisar os diferentes sistemas e não apenas os que mais diretamente dizem respeito à gestante.

Assim muitos trabalhos vêm mostrando que as mulheres não obesas que apresentam ganho ponderal abaixo do recomendado (10 até 12 quilos) frequentemente têm RN de baixo peso, em contraste as gestantes obesas costumam dar a luz a RN acima do peso, mesmo quando apresentam ganho ponderal gravídico inferior ao mínimo recomendado. As mucosas muitas vezes orientam para a presença de anemia, situação deletéria para mãe-feto. A medida da temperatura axilar tem como finalidade afastar o processo infeccioso ou

inflamatório, a tireóide aumenta de tamanho, tornando-se palpável, com tendência a elevação na produção dos seus hormônios por isso a importância de examinar a tireóide (CAETANO; FARIA; LIMA, 1997). A incidência de tireotoxicose materna é de 1 em 500 gestações. Embora não ocorra um aumento de perdas fetais, há um aumento da incidência de prematuridade, de retardo de crescimento intra-uterino e de natalidade neonatais (HACKER; MOORE; NEVILLE, 1994).

A inspeção das mamas permite avaliar a existência ou não de anomalias mamárias ou mamilares e em condições normais entre a 8<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> semana de gestação observa-se secreção mamilar fluida de cor amarelada que representa o colostro, além de poder se observar o mamilo e ter condições de fazer orientações (CAETANO; FARIA; LIMA, 1997).

O útero cresce em média quatro centímetros/mês, quando AU é menos que o esperado, pode-se estar à frente de um erro na DUM ou feto geneticamente pequenos, esse exame simples pode ajudar em uma investigação caso a AU não esteja como esperado podendo evitar problemas futuros. Os BCFS podem ser percebidos pelo Pinard ou pelo Sonar, por meio da ausculta podemos diagnosticar eventuais arritmias que podem estar relacionadas a anomalias cardíofetais, os BCFs normais são de 120 a 160bpm. E em nenhuma das gestantes 0% foi inspecionado as genitais externos, a inspeção dos genitais externos é uma conduta importante porque permite identificar lesões, tumores ou anormalidades genitais que possam dificultar ou impedir o parto pela via vaginal, é possível também verificar a integridade ou rotura perineal, incluindo cistocele, retocele e anomalias da região perineal (CAETANO; FARIA; LIMA, 1997).

De acordo com o Ministério da Saúde para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que toda a equipe utilize correta e uniformemente as técnicas de exame clínico e obstétrico, evitando-se diferenças significativas, prejudicando a comparação e a interpretação dos dados, cabendo aos profissionais, formação universitária, promovendo a capacitação dos demais membros da equipe, visando garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos (BRASIL, 2002).

No gráfico 2 verifica-se 26,25% das gestantes realizaram o exame BHCG, 100% das gestantes realizaram hemograma, 97,50% foram submetidas ao exame de fator Rh, somente 2,5% fizeram testes de coombs indireto, Sorologia para VDRL foi solicitado a 97,50% das entrevistadas, Sorologia para toxoplasmose, rubéola, CMV e Anti – HIV 81,25% das gestantes realizaram, sorologia para HbsAg foi solicitado para 60%, glicemia em jejum e exame de urina 97,50% das mulheres realizaram, parasitológico de fezes 93,75% fizeram e USG obstétrica foi solicitado a 65% das mulheres da pesquisa.

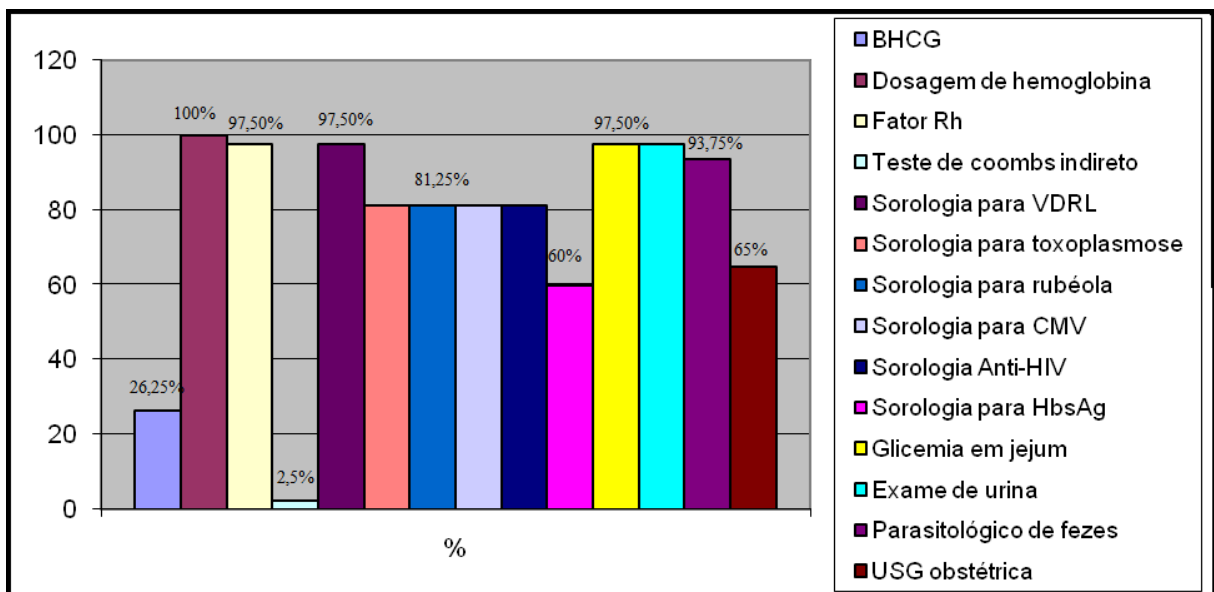


Gráfico 2 - Distribuição percentual das gestantes assistidas no pré-natal, quanto aos exames laboratoriais realizados. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

As investigações hematológicas podem limitar-se a determinação da concentração de hemoglobina ou a do hematócrito. Na gestação o hematócrito e as concentrações de hemoglobina diminuem, levando a chamada anemia fisiológica da gravidez, cujos níveis de hemoglobina encontram entre 10-13 g/dl. A anemia verdadeira se traduz por hemoglobina inferior a 10g/dl (HACKER; MOORE; NEVILLE, 1994).

No caso da gestante Rh positivo o estudo está encerrado, nas Rh negativos com companheiros Rh positivo fica demonstrada a incompatibilidade potencial entre os cônjuges, sendo obrigatória a pesquisa da presença de anticorpos Anti-D (teste de coombs indireto) (SANTOS, 1998).

De acordo com Santos (1998) 20% das mulheres em idade fértil são suscetíveis a infecção por rubéola, e existe um grupo de risco para essa infecção que é composto de quem

lida diariamente com crianças, ou em situações em que a gestante entrou em contato com o portador da doença.

A toxoplasmose na gestação pode determinar risco de infecção fetal em 41% dos casos, em caso de sorologia negativa, o exame deverá ser repetido a cada três meses. A glicemia durante a gravidez é considerada normal de 100 – 105mg/dl. O exame de urina é fundamental para o diagnóstico das infecções urinárias e para determinar a presença de glicose e proteínas (SANTOS, 1998).

Para Santos (1998) o exame de ultra-sonografia obstétrica, quando possível deverá ser realizado uma vez a cada trimestre, rastreando imagens normais ou patológicas que complementam informações auditivas pelo exame obstétrico.

O Ministério da Saúde afirma que é evidente ser condição básica para organização da assistência pré-natal, a disponibilização de apoio laboratorial para a Unidade Básica de Saúde, garantindo exames de rotina, porque a porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados é indicador usado para avaliação de assistência pré-natal (BRASIL, 2002).

Branden (2000) enfatiza que, exames diagnósticos servem para completar a história e o exame físico da gestante e que alguns exames podem ser acrescentados, de acordo com a necessidade de cada paciente, levando-se em conta a relação de custo-benefício.

Na tabela 6 pode-se observar que, 72,50% das gestantes entrevistadas tiveram uma anamnese completa e 27,50% das gestantes, a enfermeira não conseguiu colher todas as informações necessárias.

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a anamnese. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>ANAMNESE</b>   | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|-------------------|-----------------|------------|
| <b>Completa</b>   | 58              | 72.50      |
| <b>Incompleta</b> | 22              | 27.50      |
| <b>TOTAL</b>      | <b>80</b>       | <b>100</b> |

De acordo com Caetano; Faria; Lima (1997), a anamnese objetiva a coleta de dados que no geral, permitem analisar as condições pregressas e atuais do organismo materno, de modo a inferir sobre o seguimento da gestação atual, interrogando sobre antecedentes familiares - especial atenção para: hipertensão; diabetes; doenças congênitas; gemelaridade; câncer de mama; hanseníase; tuberculose; antecedentes ginecológicos, sexualidade, antecedentes obstétricos e gestação atual.



De acordo com a tabela 7, 76,25% das gestantes entrevistadas estão imunizadas e 23,75% não estão imunizadas.

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o calendário vacinal. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>IMUNIZAÇÃO</b>    | <b><i>n</i></b> | <b><i>%</i></b> |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Imunizada</b>     | 61              | 76,25           |
| <b>Não imunizada</b> | 19              | 23,75           |
| <b>Total</b>         | <b>80</b>       | <b>100</b>      |

O Ministério da Saúde preconiza um esquema básico de três doses, podendo ser aplicada a 1ª dose o mais precoce possível; a 2ª dose deve ser administrada 30 a 60 dias depois da primeira dose e a 3ª terceira dose 60 a 180 dias depois da 2ª, sendo que, caso haja um retardo das aplicações, a 2ª dose deve ser aplicada no máximo até 20 dias antes da data provável do parto, sendo realizadas doses de reforço a cada dez anos e antecipá-lo para cinco anos, caso ocorra nova gravidez (BRASIL ,2002).

O gráfico 3 revela que 47,50% das mulheres receberam orientações sobre alimentação, 17,50% receberam sobre roupas e 15% receberam orientação sobre calçados e cuidados gerais, essas orientações são importantes para uma gravidez saudável e com menos probabilidade de riscos.

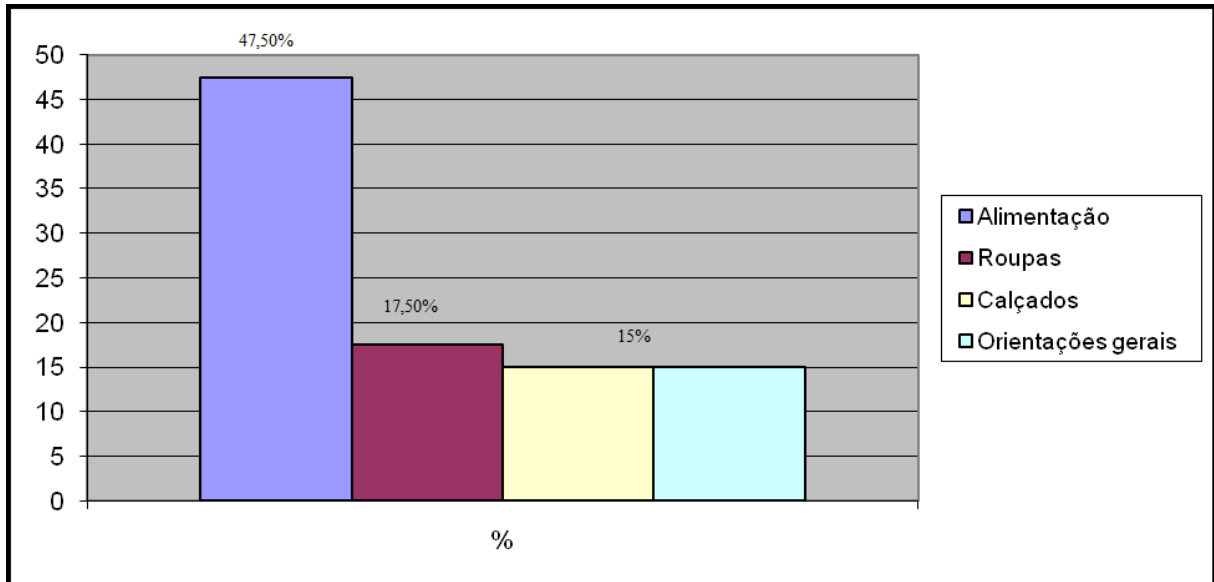


Gráfico 3 - Distribuição percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, quanto às orientações recebidas. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

Maldonado (1989) reforça que a mulher precisa ser bem orientada quanto aos cuidados com as mamas, pois dificuldades como estas, geram medo e contribuem para o desmame precoce.

Barbieri (1996), diz ainda que o sucesso de programas educativos em saúde está em descobrir meios adequados para transmitir informações à determinada população, com a finalidade de levar o público-alvo a obter conhecimentos que facilitarão, posteriormente, adaptações ou modificações voluntárias de comportamentos que conduzem à saúde. De acordo com o resultado pode se observar que as mulheres entrevistadas não foram bem orientadas.

A orientação vem, neste contexto, como um ato de educar, alimentando alguns pontos importantes como Pinho (2000) nos esclarece, que não basta apenas repassar informações, mas que os profissionais devem atender sua clientela individualmente, pois cada indivíduo é único e carrega consigo vivências, medos, dúvidas, angústias, curiosidades e expectativas.

Estudos como o de Lima (2003) ressaltam ainda que as orientações recebidas por ocasião de consulta de enfermagem no pré natal tem contribuído para a gestante enfrentar o transcurso da gravidez, parto e puerpério com mais segurança.

De acordo com a tabela 8, observa-se que 16,25% das gestantes tinham o cartão da gestante preenchido completamente, 22,50% não tinham o cartão e 61,25% tinham o cartão preenchido parcialmente.

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o preenchimento do cartão. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>PREENCHIMENTO DO CARTAO</b> | <i>n</i>  | <i>%</i>   |
|--------------------------------|-----------|------------|
| <b>Sim</b>                     | 13        | 16,25      |
| <b>Não</b>                     | 18        | 22,50      |
| <b>Parcial</b>                 | 49        | 61,25      |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>80</b> | <b>100</b> |

O Cartão da Gestante deve ser minuciosamente preenchido e é obrigatório em todas as consultas do pré-natal visando garantir a qualidade das informações a respeito do atendimento à gestante. Os exames alterados e tratamentos realizados deverão ser anotados na ficha obstétrica e cartão da gestante, pois são informações importantes para toda a equipe de saúde e para futuros acompanhamentos ele é um instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2000). Mas como mostra a tabela o cartão da gestante em 61,25% dos casos não foi preenchido minuciosamente como o padronizado pelo Ministério da Saúde.

Como mostra a tabela 9, 91,25% das gestantes relatam terem sido bem acolhida e apenas 08,75% relatam que não gostaram do atendimento.

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o acolhimento. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>BOM ACOLHIMENTO</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|------------------------|-----------------|------------|
| <b>Sim</b>             | 73              | 91,25      |
| <b>Não</b>             | 07              | 08,75      |
| <b>TOTAL</b>           | <b>80</b>       | <b>100</b> |

Destaca-se segundo o Ministério da Saúde que a adesão das gestantes ao pré-natal está diretamente ligada à qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde, assim como é indispensável à integração dos profissionais neste programa (BRASIL, 2000).

Segundo Bueno (1986), a palavra acolher significa receber, agasalhar, escutar, atender, ter em consideração. Sendo assim, o Ministério da Saúde refere que o acolhimento da gestante deve ser feito de forma favorável para que se estabeleça um diálogo franco, uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, pois a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da gestante. Além do que, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada gestante, mesmo que estas tenham outros filhos (BRASIL, 2000).

Compreende - se que muitas vezes a falta de compromisso do profissional, e a carga exagerada de trabalho faz com que ele prejudique a relação gestante profissional.

A tabela 10 revela que 97,50% das gestantes da presente pesquisa tiveram liberdade no momento da consulta para perguntar, falar o queria e conversar sobre suas dúvidas e medos e apenas 2,50% não relataram essa liberdade.

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com a sua liberdade de expressão durante a consulta de enfermagem. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>LIBERDADE DE EXPRESSAO</b> | <b>DE</b> | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|-------------------------------|-----------|-----------------|------------|
| <b>Sim</b>                    |           | 78              | 97,50      |
| <b>Não</b>                    |           | 02              | 02,50      |
| <b>TOTAL</b>                  |           | <b>80</b>       | <b>100</b> |

O Ministério da Saúde oportunamente discorre que a conversa entre profissional e cliente é muito importante pelo fato de auxiliar no processo educativo, pois uma escuta aberta sem julgamento e sem preconceito permite à mulher falar de sua intimidade com segurança, além de fortalecê-la no seu caminho até ao parto e ajudá-la a construir seu conhecimento sobre o assunto, favorecendo um nascimento tranqüilo e saudável para o bebê (BRASIL, 2000).

Em relação à tabela 11, 50% das gestantes relataram que o pré - natal é para saber como estar a saúde da mãe e do bebê, 22,50% definem o também como um acompanhamento da gestação, 15% é para se realizar exames e prevenir doenças e 12,50% não sabe o que é pré - natal.

Tabela 11 - Distribuição numérica e percentual das 80 gestantes assistidas no pré-natal, de acordo com o seu conhecimento e avaliação a respeito da consulta realizada. UBS Raimundo Pereira Barbosa. Santo Antonio dos Lopes – MA, 2010.

| <b>ENTENDIMENTO SOBRE PRE NATAL</b>                     | <b><i>n</i></b> | <b>%</b>   |
|---|-----------------|------------|
| <b>E para saber como estar a saúde da mãe e do bebê</b> | 40              | 50,00      |
| <b>Acompanhar a gestação</b>                            | 18              | 22,50      |
| <b>Fazer exames e prevenir doenças</b>                  | 12              | 15,00      |
| <b>Não sabe</b>   | 10              | 12,50      |
| <b>TOTAL</b>  | <b>80</b>       | <b>100</b> |

O Ministério da Saúde considera que a atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto (BRASIL, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Neste contexto pode se constatar que as gestantes da presente pesquisa confundem pré - natal, com realizações de exames e ausência de doenças. Galleta (2000) afirma que nenhum exame pode, ao início do pré-natal, assegurar a boa evolução da gravidez. Desta forma seria interessante que o enfermeiro instrísse todas as gestantes sobre o que é pré natal e para que ele serve.

## 5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que:

- a) A maioria das gestantes estão na faixa etária entre 18 e 34 anos, com ensino fundamental completo e são casadas.
- b) A maioria iniciou o pré-natal a maioria iniciou no primeiro trimestre, enquanto que a minoria realizou mais de quatro consultas.
- c) Dentre os procedimentos de enfermagem todas as gestantes foram pesadas determinada estatura e aferida a pressão, entretanto uma minoria foi verificada temperatura axilar, e realizada pesquisa de edema e exame da mama.
- d) A maioria realizou hemograma completo, VDRL, glicemia em jejum e exame de urina, anamnese completa e cartão vacinal em dia, porém uma minoria preencheu o cartão completamente.
- e) A maioria das gestantes receberam orientação sobre alimentação, foram bem acolhidas, tiveram liberdade de expressão no momento da consulta e relatam saber através do pré-natal como está a saúde da mãe e do bebê.



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a realização desta pesquisa pode-se evidenciar que o enfermeiro desempenha importante papel no programa destinado à Saúde da mulher, considerando-se que o enfermeiro acolhe a gestante, investiga, educa e desempenha as ações de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Objetivando-se avaliar os procedimentos desenvolvidos pelo enfermeiro na atenção ao pré-natal a partir da visão das gestantes de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, foi possível observar que os procedimentos realizados durante a consulta de enfermagem deixou a desejar no que diz respeito à realização do exame físico, anamnese, orientações e preenchimento do cartão que não foram realizados de forma rotineira, ou seja, não foram todas as entrevistadas que receberam as mesmas condutas demonstrando algumas deficiências que devem ser supridas.

Desperta-se então, para uma reflexão, apontando-se para a necessidade de melhoria no atendimento às gestantes, bem como para a implementação da sistematização dos procedimentos, desafio este a ser enfrentado por enfermeiros e gestores. Sugere-se a realização de treinamentos sobre assistência pré – natal, bem como a interligação do Caderno de Atenção do Ministério da Saúde com vistas a possibilitar a qualidade da assistência à gestante.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré natal**: normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde, **Assistência pré –natal**: manual técnico. 3. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programa de Saúde da Família**: cadernos de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pré- natal e puerpério**: assistência humanizada à mulher. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré- natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BARBIERI, M. **O enfermeiro na educação de adultos em planejamento familiar**. 1996. 68 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

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

BUENO. F. S. **Dicionário escolar da Língua Portuguesa**. 11. ed. Rio de Janeiro: FAE, 1986.

BROW, M. A; ROBINSON, A.; BROWEYER, I. Ambulatory blood pressure monitoring in pregnancy: what is normal. **Am J. obstet gynecol**, São Paulo, v. 178, n. 17, p. 836-842 ,1998.

CAETANO, J. P. J.; FARIA, L. M. M.; LIMA, C. B. S. R. **Ginecologia e obstetrícia**: manual para TEGO. Minas Gerais: SOGIMIG, 1997.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 20-24, 2003.

CHAVES, G. L. C. **Menina-moça e mãe menina**. 2003. Disponível em: <<http://www.versabeta.hpg.ig.com.br/Saude/Sex3.htm>>. Acesso em: 16 set. 2008.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. de. Assistência ao parto normal no domicílio. **Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, nov. 2001.

DE LORENZI, D. R. S. **Perfil epidemiológico da natimortalidade em Caxias do Sul**, 1998, 488 f. Tese (Doutorado em Medicina Ginecológica) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FREITAS, Fernando. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GALLETTA, M. A. **Obstetrícia: como surgiu o pré-natal?**. 2000. Disponível em: <<http://www.clubedobebe.com.br/Palavra%20dos%20Especialistas/obst-10-00.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2008.

GUNTER, N.C.; LABARBA, R. C. The consequences of adolescent childbearing on postnatal development. **International Journal of Behavioral Development**, São Paulo, v. 3, p. 191- 214, 1980.

HACKER, M. B. B. S.; MOORE, G. M. D.; NEVILLE, F. **Fundamento de ginecologia e obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HAYES, C. D. (ed.). **Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing**. Washington, DC: National Academy Press, 1987. vol. 1.

LIMA, Y. M. S. **Consulta de enfermagem pré natal: a qualidade centrada na satisfação do cliente**. Rio de Janeiro, 2003.

MARTINS, C. A. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 360 – 365, 2005. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/revisao\\_03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_03.htm)>. Acesso em: 17 fev. 2010.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família**. Petrópolis: Vozes, 1989.

NEME, Bussamara. **Observação básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

OLIVEIRA, J. H. F. **Necessidades assistenciais da gestante adolescente ao buscar a consulta de enfermagem na unidade básica**. 2003. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PINHO, L. M. O. **Educação do cotidiano do ser diabético**. 2000. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2000.

RODRIGUES, A. P. et al. Gravidez na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v.1, n. 4, p. 199-218, 1993.

SANTOS, C. L.; PORTO, F. M. A. **Obstetrícia: diagnóstico e tratamento**. Instituto Materno - Infantil de Pernambuco (IMIP): 1998.

SHENEVIZ, J. M. **Análise da população gestante atendida na unidade básica**, 2003. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

TANAKA, A. C. D. A; MITSUIKI, L. **Estudo de Magnitude de mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: UNICEF, 1999.

VANZIN, R. P.; NERY, E. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: R & L, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS – GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
**QUESTIONÁRIO**

Nome da gestante \_\_\_\_\_ Trimestre \_\_\_\_\_

Consulta: ( ) 1º Consulta ( ) Consulta subsequente.

1. Faixa etária:

13 a 15 anos ( )

16 a 18 anos ( )

19 a 21 anos ( )

22 a 24 anos ( )

25 a 30 anos ( )

Acima de 30 anos ( )

2. Estado civil:

Casada ( )

Solteira ( )

3. Escolaridade:

Analfabeta ( )

Fundamental incompleto ( )

Fundamental completo ( )

Ensino médio incompleto ( )

Ensino médio completo ( )

Ensino superior incompleto ( )

Ensino superior completo ( )

4. Em que trimestre você iniciou o pré natal?

( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre

5. Quantas consultas você já fez?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9

6. Exame físico

Determinação do estatura;

( ) sim ( ) não

7. Peso;  
( ) sim ( ) não
8. Temperatura axilar;  
( ) sim ( ) não
9. Medida da pressão arterial;  
( ) sim ( ) não
10. Inspeção da pele e das mucosas;  
( ) sim ( ) não
11. Palpação da tireóide;  
( ) sim ( ) não
12. Ausculta cardiopulmonar;  
( ) sim ( ) não
13. Exame do abdome;  
( ) sim ( ) não
14. Exame dos membros inferiores;  
( ) sim ( ) não
15. Pesquisa de edema (face, tronco, membros);  
( ) sim ( ) não
16. Medida da altura uterina;  
( ) sim ( ) não
17. Ausculta dos batimentos cardíofetais (entre a 7ª e a 10ª semana com auxílio do Sonar Doppler, e após a 24ª semana, com Pinard);  
( ) sim ( ) não
18. Identificação da situação e apresentação fetal (3º trimestre);  
( ) sim ( ) não
19. Inspeção dos genitais externos;  
( ) sim ( ) não
20. Exame das mamas  
( ) sim ( ) não

**Dados coletados a partir dos prontuários:**

Exames laboratoriais:

21. Dosagem de hemoglobina (Hb);  
 sim  não
22. Fator Rh;  
 sim  não
23. Teste de Coombs indireto;  
 sim  não
24. Sorologia para sífilis (VDRL);  
 sim  não
25. Sorologia toxoplasmose;  
 sim  não
26. Sorologia rubéola;  
 sim  não
27. Sorologia hepatite;  
 sim  não
28. Sorologia para citomegalovirus (CMV) ;  
 sim  não
29. Sorologia anti HIV;  
 sim  não
30. Glicemia em jejum;  
 sim  não
31. Exame sumário de urina (Tipo I);  
 sim  não
32. Exame parasitológico de fezes;  
 sim  não
33. USG obstétrica;  
 sim  não
34. BHCG;  
 sim  não

Anamnese:

35. Antecedentes familiares  
 sim  não
36. Antecedentes pessoais  
 sim  não



37. Antecedentes ginecológico

sim  não

38. Antecedentes obstétricos

sim  não

39. Gestação atual

sim  não

40. Imunização:

sim  não

41. Você recebeu orientações?

Alimentação(  ) Calçados(  )

Roupas(  ) Cuidados gerais(  )

42. Preenchimento do cartão da gestante:

sim  não  Parcial

43. Você foi bem acolhida pela enfermeira?

sim  não

44. Você teve liberdade para falar e perguntar tudo que queria?

sim  não

45. O que você entende por pré natal?

.....

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

End: Rua L Quadra 22 Casa 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA Fone: (98) 3246-1194

e-mail: [rosemary@institutolaboro.com.br](mailto:rosemary@institutolaboro.com.br)

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadora: Sara Mirelly Azevedo da Silva

**AValiação DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO  
PRE-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES DE SANTO ANTONIO DOS LOPES-MA**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito da avaliação dos procedimentos de enfermagem na atenção ao pré-natal na visão das gestantes de Santo Antonio dos Lopes - MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer a percepção das mulheres sobre o referido assunto em Santo Antonio dos Lopes - MA. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, procedimentos realizados, acolhimento, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Santo Antonio dos Lopes, / /

---

Assinatura e carimbo do  
Pesquisador responsável

---

Sujeito da Pesquisa

UBS Raimundo Pereira Barbosa  
Santo Antonio dos Lopes - MA CEP: 65.730-000

