

A ROTINA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

ROUTE OF NURSING PROFESSIONALS IN BASIC HEALTH UNITS IN ASSISTANCE TO LOW RISK PRENATAL

Luciana Muller Macedo Mattos

Enfermeira, formada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Especialista em Obstetrícia pela UNINTER. Pós-graduanda em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela UNINTER.

Débora Berger Schmidt

Psicóloga (Universidade Estadual do Centro-Oeste), Especialista em Atenção Hospitalar (Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná), orientadora de TCC do Grupo Uninter.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é identificar como é a rotina de enfermeiros da Rede Básica de Saúde na assistência de enfermagem ao pré-natal de baixo risco, levando-se em consideração as variáveis que determinam a qualidade e adequabilidade da assistência, a sistematização de protocolos, a humanização nos processos e a educação em saúde gestacional. Para a realização do estudo optou-se por uma revisão bibliográfica que tem critérios de seleção de inclusão artigos e manuais que foram escolhidos por evidenciarem as variáveis aplicadas como foco do estudo e como fator de exclusão os artigos e manuais anteriores ao ano de 2000, tendo-se obtido ao todo 16 artigos e 5 manuais. Os resultados demonstraram que os enfermeiros têm um importante campo de atuação, podendo desenvolver todo o pré-natal de baixo risco, ou intercalá-lo com um médico. O pré-natal está focado nos princípios da humanização, nos processos de atendimento via protocolos institucionais e compreende um conjunto de decisões profissionais de vivenciar a prática de enfermagem na abordagem do cuidado, da ética e do respeito às mulheres e seus familiares na fase complexa da gravidez quando ocorrem mudanças físicas, hormonais e psicossociais. O bom trabalho do enfermeiro e do restante da equipe de saúde tem por objetivo final criar um bom vínculo com a gestante, para que ela tenha uma gestação saudável e um parto seguro, com desfecho favorável para ela e seu bebê.

Palavras-chave: Enfermagem. Baixo risco. Assistência ao pré-natal.

ABSTRACT

The objective of the following article is to describe the routine of the nurses at the Basic Health-Care System when assisting low risk prenatal taking into account the variables that determine the assistance quality and adaptability, the protocols systematization, the humanization of the processes and education in gestational health. The study was based on a bibliographical review that selected articles and manuals that were chosen because they showed the applied variables as the core of study and excluded those that were published before the year 2000. After that, there were 16 articles and 5 manuals chosen. The results show that nurses have an important role and they can develop the low risk prenatal completely or interchange it with a doctor. Prenatal is focused on humanization principles, and on attending processes via institutional protocols. It is formed by a set of professional decisions based on nursing practice when it comes to health care, ethics, and respect to women and their families in the delicate phase of pregnancy when there are significant physical, hormonal, and psychosocial changes. The efficient nurse work and the rest of the team has the objective to make a bond with the pregnant woman in order to provide her a healthy gestation and a safe delivery with positive results for her and the baby.

Key words: Nursing. Low risk. Prenatal assistance.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) diz que o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. Em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi criado com o intuito de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e parto. O PHPN vem ainda indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natais e a consulta puerperal (BRASIL, 2002).

Anualmente, estima-se que cerca de 120 milhões de gestações ocorram no mundo, e mais de meio milhão de mulheres morrem por consequências de complicações durante a gravidez e o parto. Ainda, mais de 50 milhões de mulheres sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas com a gravidez e pelo menos 1,2 milhões de recém-nascidos morrem por complicações durante o parto (DATASUS, 2012 apud Fontanella e Wisniewski, 2014).

Na saúde pública, a rotina de pré-natais na rede básica representa o cuidado dos profissionais de saúde no sentido de assistir e definir procedimentos que possam dar uma assistência de qualidade em consonância com as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (VALENTE et al., 2013). A atenção pré-natal, em geral, envolve procedimentos simples, devendo o profissional de saúde, que presta esse cuidado, dedicar-se a escutar a gestante, oferecer-lhe apoio, estabelecer uma relação de confiança com a mesma e ajudá-la conduzir a experiência da maternidade com mais autonomia (BRASIL, 2000). Este trabalho pode ser feito perfeitamente por um enfermeiro, devidamente capacitado para atender as gestantes de baixo risco e dar o melhor suporte a elas durante esta fase.

Com base na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado inteiramente pelo enfermeiro (LIMA,

2008). Ainda, com o advento do Programa Saúde da Família (PSF) o enfermeiro, membro da equipe de saúde, ganhou um amplo espaço de atuação na assistência pré-natal (MOURA, 2003). Entretanto, o Ministério da Saúde (2012), em seu Caderno de Atenção Básica nº 32, e o Manual de Enfermagem da Saúde da Mulher (2012) dizem que o acompanhamento deve ser intercalado entre médico e enfermeiro.

O desafio dos profissionais na prática, entretanto, está nos recursos materiais e de pessoal para atender de forma qualitativa, reconhecendo-se que a realidade das unidades de atenção básica em saúde muitas vezes é precária e muitos enfermeiros não são especialistas em obstetrícia. O maior dilema está especialmente em regiões afastadas, em face da necessidade de condições para que as futuras mães possam aderir à assistência pré-natal completa, visando as políticas de redução das mortalidades materna e fetal nessa fase (ARAÚJO et al, 2010). O objetivo do presente artigo é identificar como é a rotina de trabalho de enfermeiros que atuam na atenção primária e como eles administram a assistência de enfermagem na evolução do pré-natal de baixo risco na Rede Básica de Saúde.

Delimita-se o estudo às rotinas de assistência de enfermagem em pré-natal de baixo risco no completo acompanhamento que se refere à competência do exercício do enfermeiro, os procedimentos clínicos de consulta e prescrição da assistência de enfermagem em toda a rotina de promoção de saúde. Para a realização do estudo optou-se por uma revisão bibliográfica, com inclusão de artigos e manuais escolhidos por evidenciarem as variáveis aplicadas como foco do estudo e como fator de exclusão os artigos e manuais anteriores ao ano de 2000, requerendo os últimos 15 anos de estudos nesse campo.

Justifica-se a realização deste estudo com base no pressuposto de que o enfermeiro tem nessa fase da vida da mulher e sua família uma responsabilidade como educador no contexto da adesão à assistência ao pré-natal, além do compromisso bioético de mediação para esclarecer a importância de as gestantes manterem rigorosamente suas consultas em dia, reiterar que durante essa fase é importante as mesmas se imunizarem com as vacinas pendentes necessárias, mostrar que tudo isso demonstra cuidados com a saúde e bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2006). A relevância do tema foi demonstrar as rotinas que os enfermeiros têm na assistência ao

pré-natal de baixo risco, considerando-se a responsabilidade de um atendimento competente e visando sempre a promoção da saúde materna/fetal.

METODOLOGIA

Para este estudo optou-se em fazer uma revisão de literatura, utilizando artigos das bases de dados de saúde como LILACS e Scielo, utilizando-se de alguns descritores como: “enfermeiro”, “pré-natal”, “baixo risco”, “assistência”. Os critérios de inclusão foram artigos que falavam sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal de baixo risco nas unidades de saúde, datados a partir de 2000 até o ano vigente (2015), além de manuais do Ministério da Saúde e um manual da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; quanto aos critérios de exclusão, foram descartados os materiais disponíveis antes do ano 2000. No total, foram apreciados 16 artigos e 5 manuais, muito apropriados para a confecção deste trabalho.

A ROTINA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

O Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem. Este dispositivo cita como principais competências para o enfermeiro a supervisão, avaliação e execução das ações de enfermagem no atendimento hospitalar e na rede básica de saúde (Manual de Enfermagem da Saúde da Mulher, 2012). O enfermeiro é um profissional que deve ter empatia pelo seu paciente/cliente, e escolheu esta profissão para poder cuidar do próximo, com carinho e atenção. Portanto, o atendimento à saúde da mulher em toda a fase pré-natal faz parte efetiva do exercício profissional do enfermeiro, impondo um envolvimento contínuo em cada etapa de cuidados desde o acolhimento, os cuidados específicos, a prescrição das rotinas para a evolução adequada de cada caso (NERY; TOCANTINS, 2006).

O trabalho com a assistência às gestantes na fase de pré-natal exige do profissional de enfermagem um processo de interação e confiança com as futuras mães. A lei n. 7498/86, do Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987, determinou as competências

do enfermeiro para cuidados na atuação em hospitais e unidades básicas de saúde para que este possa assumir tarefas e responsabilidades paralelas às suas atribuições, inclusive de constituir novas estratégias para o cuidado de saúde materna e de cuidados integrais na fase de pré-natal de baixo risco (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

O enfermeiro elabora o plano de assistência de enfermagem na consulta de enfermagem pré-natal e, de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas, estabelece as intervenções, orientações e encaminhamentos a outros serviços, promovendo a interdisciplinaridade das ações, principalmente com a medicina, odontologia, nutrição e psicologia. As práticas das gestantes na fase de pré-natal nem sempre são corretas, por isso o enfermeiro deve desenvolver a ouvidoria e passar a estas futuras mães, seus companheiros e suas famílias informações fundamentais que partem do cuidado primário com sua saúde até o início do trabalho de parto e pós-parto, para que haja um desfecho correto e seguro, que puérperas e bebês estejam bem e com saúde. (DUARTE, 2006).

O Manual de Enfermagem da Saúde da Mulher (2012) descreve que a opção pela interdisciplinaridade entre enfermeiro e contexto pedagógico na enfermagem deve se dar diretamente na formação, a partir de um currículo integrado à Pedagogia como forma de institucionalizar as mudanças necessárias às suas práxis como ciência social e, ao mesmo tempo, como uma profissão que exige a auto-educação.

Essa dinâmica de aprendizado implica no processo de informação que o enfermeiro terá de repassar para as gestantes e a necessidade de manter todas as etapas necessárias ao pré-natal, em todos os aspectos necessários à qualidade de vida e à saúde, que dependem do planejamento da assistência (VALENTE et al., 2013). Nesse sentido, avalia-se que o cuidado à fase pré-natal e ao recém-nascido implica em relacionar, de forma integrada, uma ação pedagógica e ética nas relações de trabalho do enfermeiro no sentido de repassar para a gestante as diretrizes de promoção de saúde, as quais requerem atividades rotineiras em um cronograma determinado.

Desse modo, se pode afirmar que a enfermagem é uma profissão relativamente recente e que passa por um processo de evolução acelerada. Em sua origem, a enfermagem se confunde com uma missão essencialmente feminina. Até o final da idade

média, o trabalho de enfermagem foi executado por religiosas, viúvas, virgens e nobres, tendo como objetivo central a caridade (VALENTE et al., 2013).

Atualmente, a assistência é exercida por ambos os sexos, preponderando, no entanto, o feminino (CAMARGO et al, 2012). Ainda se evocam nos dias de hoje protótipos da enfermagem como *Florence Nightingale* na Inglaterra e Ana Neri no Brasil. Hoeper (2006) analisa que, embora em declínio, tal concepção feminina da profissão ainda se apresenta de forma marcante, que destaca o espírito da enfermagem de cuidado e assistência associada à abordagem da saúde gestacional da mulher. Assim, pode-se dizer que a dedicação da enfermagem é a alma do bom atendimento e da adesão ao pré-natal, a devoção dos enfermeiros é a defesa de sua melhor assistência às necessidades femininas nessa fase.

De acordo com Valente et al. (2013), historicamente a enfermagem no Brasil é classificada em três categorias: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem. Com a “profissionalização” adequada da enfermagem houve uma minimização da relação sexo/profissão, bem como uma concepção mais autônoma e firme do papel e das funções do enfermeiro.

No Brasil, desde 1992, com adoção de novo currículo mínimo, as Faculdades de Enfermagem modernizaram sua visão da profissão. Inclusive, a implantação da pós-graduação consolidou a nova visão profissional da enfermagem (MELO; COELHO; CREÔNCIO, 2010). Entretanto, observa-se que dentro da rotina dos postos ou unidades de saúde básicas, o enfermeiro ainda enfrenta crises de identidade, pois muitos não têm pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, por exemplo, o que pode deixar o atendimento pré-natal inseguro e com algumas falhas (CAMARGO et al, 2012).

Seguindo a mesma linha de abordagens, Teixeira, Amaral e Magalhães (2010) consideram que se trata de uma profissão “em transição” para definição completa de suas atribuições, afazeres e responsabilidades. Segundo eles, existe atualmente uma expansão dos papéis da enfermagem. Na maioria dos casos, ele trabalha intimamente com um médico. Entretanto, alguns poucos têm criado o seu próprio nicho. Os enfermeiros praticantes tendem a atuar em áreas que se sobrepõem com funções médicas tradicionais, como, por exemplo, fazer históricos e avaliação física de pacientes em um processo de triagem (UCHIMURA et al., 2014).

Em todas essas fases a noção de humanização está focada em princípios de cuidados e de vocação. Neste sentido, a idéia de humanização no atendimento de pacientes gestantes tem base no desenvolvimento de posturas afetivas e comprometidas com o bem-estar das mulheres. A abordagem humanística tem uma visão harmônica e respeitosa em relação às pacientes, na sua condição de dependência dos serviços hospitalares e de um parto harmonioso (MELO; COELHO; CREÔNCIO, 2010).

Quanto se trata de definir humanização durante o pré-natal, a atuação dos enfermeiros deverá se projetar para um cenário de assistência integral oriundos da necessidade de cuidados especiais na fase de gestação, parto e puerpério, tendo grande representatividade na experiência de vida da mulher e de sua família. Trata-se de eventos socioculturais de grande importância no contexto de demanda produtiva. Dessa forma, todo processo envolve mudanças efetivas sociais, emocionais e físicas na vida da gestante que podem ocasionar dúvidas, curiosidades e a necessidade de cuidados específicos para uma gravidez saudável, bem como o bem-estar fetal (RIBEIRO, 2011).

Gonçalves et al. (2013) conceitua a assistência pré-natal como um conjunto de procedimentos que tem como finalidade a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de qualquer tipo de evento que possa colocar em risco a gestação. Araújo e Okasaki (2007) avaliam que o pré-natal deve ser antes de tudo um procedimento para obter a adesão das mulheres (conforme a política empreendida pelo Ministério da Saúde) a partir de métodos efetivos de cuidados básicos com mulher e feto durante todo o processo gestacional, garantindo um bom desfecho no parto para ambos.

As consultas de enfermagem na assistência ao pré-natal de baixo risco

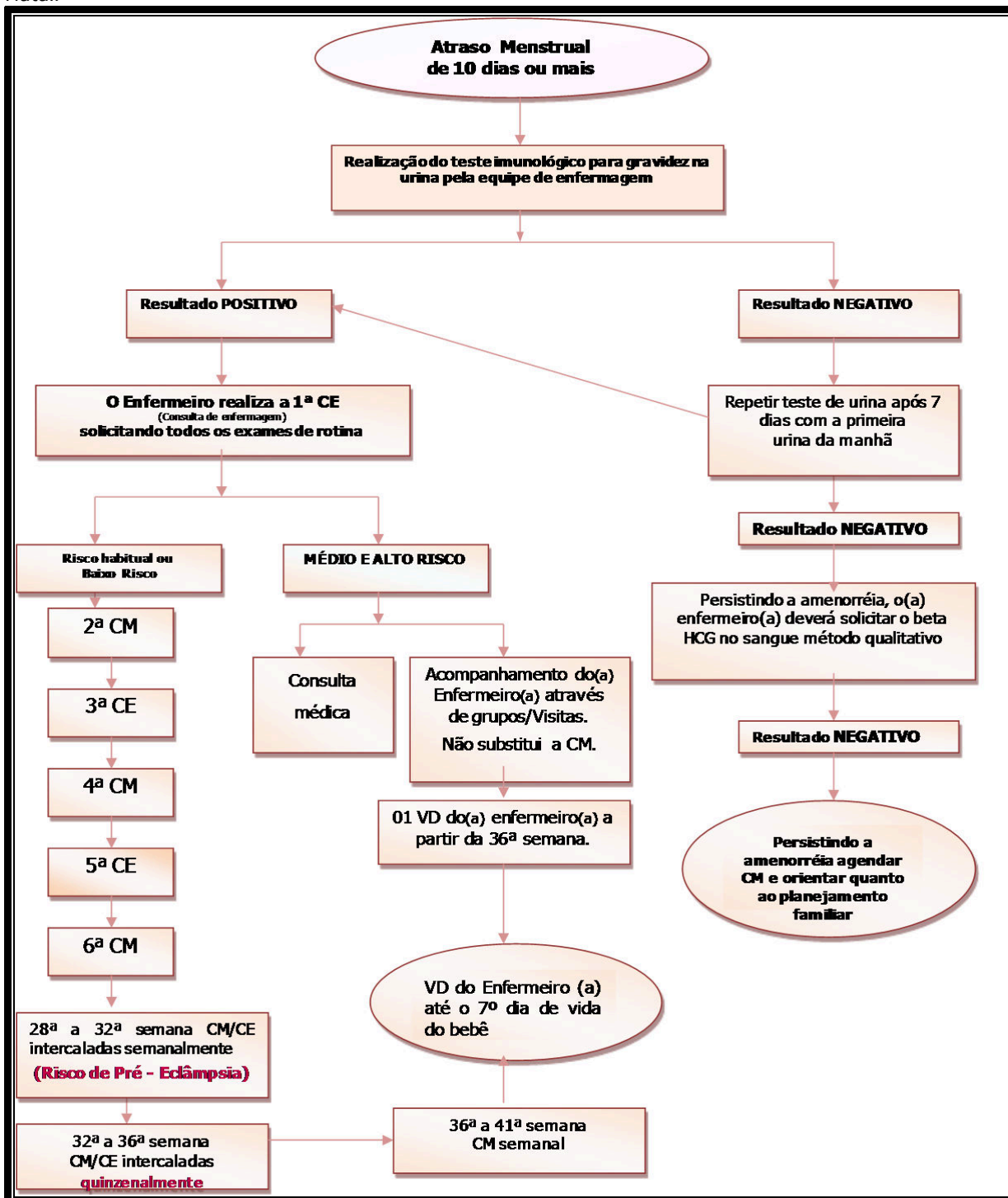
A educação em enfermagem faz parte da formação do enfermeiro, trata da parte bioética em esclarecer a importância das gestantes em manterem rigorosamente o pré-natal. É papel do enfermeiro manter as condições para evitar problemas nesse período como “morbimortalidade materna e perinatal” (GONÇALVES et al., 2013, p. 2), sendo fundamentais uma assistência que possibilite um ordenamento adequado do serviço e uma capacitação para atender com os recursos disponíveis, mesmo diante da carência existente em algumas unidades de saúde nas redes públicas de atendimento, que

acarretam maiores desafios aos profissionais à realização de atendimento integral e de qualidade (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

Se evidencia, no quadro a seguir, que o planejamento do pré-natal na Política de Atenção Básica deverá ter início com as informações referentes ao ciclo menstrual e seu atraso, e as mulheres que utilizam os serviços das Unidades de Saúde deverão comparecer a partir de 10 ou mais dias de atraso menstrual para a realização do teste imunológico para gravidez por meio de urina pela equipe de enfermagem (Manual de Enfermagem da Saúde da Mulher, 2012). Nesse caso, se o resultado for positivo, por exemplo, é necessário repetir o teste de urina após 7 dias (urina da manhã). Esta descoberta precoce da gravidez é muito importante, pois assim inicia-se o pré-natal logo no início da gestação, não comprometendo nenhuma etapa do processo (BRASIL, 2000).

Ao receber o segundo teste com diagnóstico positivo, se inicia propriamente a primeira consulta pré-natal de enfermagem que representa, entre outras coisas, a fase de solicitação de todos os exames necessários de rotinas para a avaliação do estado geral de saúde da mulher: glicemia em jejum, hemograma, grupo sanguíneo e fator RH, toxoplasmose, exame de HIV, de hepatite e outros, isto tudo dentro do protocolo institucional e das atividades pertinentes aos enfermeiros (BRASIL, 2006).

Figura 1: Fluxograma para Diagnóstico de Gravidez e Acompanhamento do Pré-Natal.



Fonte: Manual de Enfermagem da Saúde da Mulher (2012, p. 8)

Conforme Araújo e Okasaki (2007, p. 47), uma consulta de enfermagem inicial de pré-natal envolve os seguintes procedimentos:

Tabela 2: Modelo de Planejamento de Consulta Pré-Natal

CONSULTA DE ENFERMAGEM - FASE DE PRÉ-NATAL

- Entrevista com a gestante
- Preenchimento da ficha com os dados e do cartão da gestante
- Anamnese ou histórico social:
 - Antecedentes familiares (doenças)
 - Pessoais
 - Ginecológicos
 - Obstétricos
 - História da gestação atual
 - Análise e registro das alterações
- Exame Físico:
 - Avaliação de peso e do estado de nutrição da gestante
 - Determinação de sinais vitais
 - Avaliação das mamas e avaliação para aleitamento materno
 - Medida de altura uterina
 - Ausculta do BCF
 - Toque vaginal (indicativo de trabalho de parto)
- Solicitação de exames laboratoriais diversos
 - Teste de urina ou urocultura
 - Glicemia de Jejum
 - Hemograma
 - Grupo sanguíneo e fator RH
 - Toxoplasmose
 - Exames de HIV, hepatite
- Cálculo da idade gestacional
- Acompanhamento de ganho de peso e crescimento uterino.

Fonte: Araújo e Okasaki (2007, p. 47)

A partir do resultado do histórico de saúde e dos exames, a equipe de enfermagem requer a 2ª consulta, e assim vai ocorrendo o pré-natal, onde a cada encontro poderá ser decidido se a gestante será mantida no baixo risco, mantendo as consultas de enfermagem conforme rotina, protocolos e necessidades, ou se ela será encaminhada ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), em seu Caderno de Atenção Básica nº 32, os motivos para uma gestante ser encaminhada ao pré-natal de alto risco são muitos, tendo aqui alguns exemplos: problemas de restrição de crescimento intrauterino, malformações fetais ou arritmias fetais, distúrbios hipertensivos da gestação, diabetes mellitus gestacional. Em casos mais graves e imediatos, a gestante deve ser encaminhada para um atendimento hospitalar obstétrico caso seja constatado que existem riscos que necessitem de uma assistência médica imediata, como por exemplo eclampsia, síndromes

hemorrágicas, trabalho de parto prematuro, idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas.

Não havendo riscos, a equipe de enfermagem poderá desenvolver todas as etapas de atendimento que se compõem ao todo por 6 consultas, no mínimo, sem necessidade de médico intervindo ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2000). Ainda segundo BRASIL (2000), o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais. Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para serviço de maior complexidade.

Já no Caderno de Atenção Básica nº 32, o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente. Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente. Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente (BRASIL, 2012). O Manual de Enfermagem da Saúde da Mulher (2012) também cita que as consultas de baixo risco devem ser intercaladas entre enfermeiro e médico.

Tanto BRASIL (2000) quanto BRASIL (2012) concordam, portanto, que a maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclampsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível, não existindo “alta” do pré-natal, e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo obteve as evidências para explorar a problemática e o objetivo pretendido no estudo, e por meio do levantamento dos manuais e artigos científicos permitiu-se identificar como é a rotina de profissionais enfermeiros durante a assistência de enfermagem na evolução do pré-natal de baixo risco na Rede Básica de Saúde.

Quanto ao estudo das variáveis evidenciou-se que, quanto à qualidade e adequabilidade da assistência ao pré-natal, há uma dependência das condições das equipes de enfermagem em atender as pacientes, em face das dificuldades existentes em relação à carência de recursos materiais e de pessoal em algumas unidades básicas de saúde. Em muitos municípios brasileiros pode-se constatar a existência de uma rede de atenção básica com todas as condições de favorecer uma assistência de qualidade.

O processo da assistência ao pré-natal de baixo risco envolve um planejamento que se realiza por meio de um cronograma de etapas que envolvem 6 consultas mínimas que compreendem as seguintes ações: a entrevista com a gestante/anamnese (fase de preenchimento da ficha com os dados e do cartão da gestante), o exame físico, a solicitação de exames laboratoriais diversos, solicitação de consulta odontológica, acompanhamentos de ganho de peso e crescimento uterino e de alguma alteração no ciclo gravídico (para encaminhar ao alto risco, se for o caso), esclarecimento de dúvidas, dentre outras.

Nota-se que o pré-natal é feito com atenção e carinho pelos enfermeiros, focado nos princípios da humanização do atendimento, visando a abordagem do cuidado, da ética e do respeito às mulheres e sua família na fase complexa da gravidez, quando ocorrem mudanças físicas, hormonais e psicossociais. No entanto, alguns ficam inseguros em seu papel profissional, ou por não terem capacitação ou não serem pós-graduados na área.

Os cuidados de enfermagem devem partir da sensibilização às necessidades da gestante, da necessidade de se evitar falhas durante os procedimentos, mantendo sempre uma postura ética para que o objetivo final, que é um parto seguro, transcorra sem problemas e danos às pacientes e seus bebês. Qualquer dúvida que as gestantes tenham durante o pré-natal deve ser esclarecida, pois cria um vínculo com o profissional e

dá segurança a elas na hora do parto. O esclarecimento das dúvidas pelas gestantes é libertador e as tranquiliza.

Na atenção pré-natal, deve o enfermeiro sempre ser competente no que faz, fazer cursos de aperfeiçoamento, ter ótimo relacionamento com a equipe de saúde e buscar trabalhar em um bom ambiente de trabalho. Tudo isso para deixar as mulheres e seus companheiros/familiares seguros e para que o pré-natal seja feito com efetividade, eficiência e eficácia, visando uma gestação plena e um parto seguro, saudável e feliz para todos nele envolvidos!

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Michele Dias Santoro; OKASAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim. **A atuação da enfermagem na consulta do pré-natal**. Revista de Enfermagem UNISA, v. 8, p. 47-9, 2007.

ARAÚJO, Suelayne Martins et al. **A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem**. Veredas Favip – Revista Eletrônica de Ciências vol 3, nº2 – julho a dezembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: manual técnico**. Equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL, 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**/Ministério da Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARGO, Juliane da Silveira Ortiz et al. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem no Pré-Natal: Perfil e perspectivas dos enfermeiros da região leste de Goiânia**. Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de Goiás. Brasil, 2012.

Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC)**. In: FONTANELLA, Aline P. dos Santos; WISNIEWSKI, Danielle.

Pré-natal de baixo risco: dificuldades encontradas pelos enfermeiros. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR* Vol.7 n.3, pp.11-16 (Jun-Ago 2014)

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família**. Esc. Anna Nery vol.10 no.1 Rio de Janeiro Apr. 2006.

GONÇALVES, Carla Vitola et al. **Conhecimento da rotina laboratorial por profissionais pré-natalistas das unidades básicas de saúde no Sul do Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/75/2013_75_5712.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

HOEPER, Dinorá. **Utilização do protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco na rede de atenção básica de saúde em Porto Alegre**. 2006, 62f. Monografia (Graduação em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS, Porto Alegre, 2006.

LIMA, Y M S; MOURA, M A V. **A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal**. Esc Anna Nery. Rev Enferm, v. 12, n. 4, p. 672-78, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a10.pdf>

MANUAL de Enfermagem da Saúde da Mulher. **Coordenação básica – Saúde da mulher**. 4. ed. São Paulo: SMS, 2012.

MATOS, Daionara Silva; RODRIGUES, Milene Silva; RODRIGUES, Tatiane Silva. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um Município de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 01, jan./abr. 2013.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Nathália Havana Nunes; CREÔNCIO, Sheila Cristiane Evangelista. Atuação da Enfermeira no pré-natal: Uma revisão a partir da sistematização, da humanização e da educação em saúde. **Enciclopédia Biosfera – Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v. 6, n. 10, p. 1, 2010.

MOURA, R. F; RODRÍGUES, M. S. P; Silva, R. M. **Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise á luz de King**. Rev Cubana Enfermer v.19 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2003. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192003000300012&lng=es&nrm=isso

NERY, Thaís Araújo; TOCANTINS, Florence Romijn. O enfermeiro e a consulta pré-natal: O significado da ação de assistir à gestante. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ, 14(1), p. 87-92, 2006.

RIBEIRO, Josiele Zorzolli Bretanha. **Importância das orientações no pré-natal: Conhecendo a visão das puérperas**. 2011, 54f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, RS, 2011.

TEIXEIRA, Ivonete Rosânia, AMARAL, Renata Mônica Silva; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. Assistência de Enfermagem ao pré-natal: Reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o progresso educativo na saúde gestacional da mulher. **E-Scientia**, v. 3, n. 02, 2010.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya et al. Adequabilidade da assistência ao pré-natal em duas unidades de saúde em Curitiba – Paraná. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 13(2), p. 219-227, abr./jun. 2014.

VALENTE, Mayenne Myrcea Quintino Pereira et al. Assistência pré-natal: Um olhar sobre a qualidade. **Revista René**, 14 (2), p. 280, 2013.