

Revista Científica

FACULDADE ATENAS- PARACATU-MG

Ano 2023, V.16, N.1



FACULDADE
ATENAS

www.atenas.edu.br
38 3672-3737

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE UM PRÉ-NATAL TARDIO E O PAPEL DO(A) ENFERMEIRO(A)

Isabela Royer de Oliveira
Francielle Alves Marra
Renato Philipe de Sousa
Sarah Mendes de Oliveira Muraoka
Márden Estevão Mattos Junior

RESUMO

Esta pesquisa trata das possíveis complicações que podem ser acarretadas por um pré-natal tardio e o papel do enfermeiro na orientação e acompanhamento à gestante. Como objetivos, propôs-se apresentar os possíveis riscos do pré-natal tardio para gestante e bebê, discutir as principais doenças mais comuns na gravidez, bem como os riscos do pré-natal tardio, explanar o papel do pré-natal como estratégia de suporte e acompanhamento à gestante e discorrer o papel do enfermeiro junto à gestante. A metodologia adotada foi pesquisa bibliográfica, aqui produzida pelo levantamento de informações em bases de dados digitais, como Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Bases Bireme, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e no acervo disponível na biblioteca do Centro Universitário Atenas. Concluiu-se que o pré-natal deve ser iniciado nas primeiras semanas de gestação facilitando o diagnóstico e tratamento precoce de eventuais doenças, comuns na gravidez e, diante de gestação de baixo-risco, o enfermeiro tem papel fundamental junto no pré-natal, pois cabe a ele orientar a gestante e a família quanto à periodicidade das consultas, calendário de vacinação, cuidados com alimentação e importância da amamentação, bem como solicitar exames de rotina, esclarecer dúvidas e preparar a mãe para o parto.

Palavras-chave: Gestação. Pré-natal. Doenças comuns.

ABSTRACT

This research deals with the possible complications that may be caused by late prenatal care and the role of nurses in guiding and monitoring pregnant women. As objectives, it was proposed to present the possible risks of late prenatal care for the

pregnant woman and baby, to discuss the main most common diseases in pregnancy, as well as the risks of late prenatal care, to explain the role of prenatal care as a support strategy and follow-up of the pregnant woman and discuss the role of the nurse with the pregnant woman. The methodology adopted was bibliographic research, produced here by collecting information in digital databases, such as Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bases Bireme, Virtual Health Library (VHL) and the collection available in the library of the Athens University Center. It was concluded that prenatal care should be started in the first weeks of pregnancy, facilitating the early diagnosis and treatment of possible diseases, common in pregnancy and, in the face of low-risk pregnancies, nurses play a fundamental role in prenatal care, because it is up to him to guide the pregnant woman and her family regarding the frequency of consultations, vaccination schedule, care with food and the importance of breastfeeding, as well as requesting routine exams, answering questions and preparing the mother for childbirth.

Keywords: *Gestation. Prenatal. Common diseases.*

1 INTRODUÇÃO

O atendimento denominado pré-natal refere-se à assistência de profissionais da Enfermagem e da medicina ofertada às gestantes durante o decorrer da gravidez com objetivo de fazer a prevenção de possíveis problemas para a mãe e a criança no decorrer deste período e no momento do parto. A assistência dada no pré-natal vai além do cuidado com a saúde física, pois é durante este acompanhamento que a mulher é orientada sobre a gravidez e todos os cuidados que ela precisa ter neste período em relação à alimentação, exercícios físicos, preparação para o trabalho de parto, para aleitamento e outras situações. No pré-natal acontece a oportunidade para esclarecer dúvidas e receber um apoio especializado (LIAL, 2014).

Para que haja possibilidade de um nascimento saudável, é necessário oferecer um atendimento humanizado, seguro, qualificado e de qualidade. Desse modo, o cuidado ofertado precisa se aliar a uma visão humanista, contemplando a atenção em relação ao contexto social, cultural e econômico onde encontra-se inserida a mulher, a criança e sua família.

Partindo desta premissa e com objetivo de assegurar à criança o direito ao nascimento saudável, o Ministério da Saúde instituiu, no ano 2000, o Programa de

Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), concentrando a atenção para uma nova organização da assistência à gestante da vinculando o pré-natal ao parto e ao puerpério ampliando o acesso das mulheres aos serviços de saúde, buscando garantir a realização conjunta dos procedimentos considerados básicos: realização da primeira consulta de pré-natal antes de completar 12 semanas de gestação, realização de, pelo menos, seis consultas de pré-natal até o momento do parto e oferta da atenção pré-natal mais parceira, com a escuta ativa da gestante e eventuais acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o decorrer de todas as consultas, exames e demais cuidados (COSTA, 2017).

Atualmente, o foco, além do pré-natal, é o atendimento humanizado, do começo até o puerpério por meio da prática de ações que integram todos os níveis de atenção básica: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, iniciado no atendimento ambulatorial básico até o hospitalar (PEREIRA *et. al.*, 2015).

Dadas as considerações aqui apresentadas, pretende-se apresentar um breve estudo acerca do pré-natal, enfatizando a importância de começá-lo no tempo certo, uma vez que este tem objetivo de promover o melhor bem-estar geral para a gestante.

2 DOENÇAS FREQUENTES NA GRAVIDEZ E OS RISCOS DO PRÉ-NATAL TARDIO

Durante a gestação, além de aguardar o bebê, o corpo da mulher passa por várias e significativas mudanças, exigindo todo o adequado para prevenção ou tratamento em tempo hábil de algumas doenças que podem aparecer neste período. Por este motivo, o Ministério da Saúde orienta que a realização do pré-natal tem papel fundamental como estratégia de prevenção e/ou detecção precoce de patologias, sejam elas maternas ou fetais, favorecendo um desenvolvimento saudável do bebê ao mesmo tempo em que reduz os riscos para a gestante (SANTOS *et. al.*, 2012).

Como seu organismo passa por várias transformações, a gestante passa a fazer parte de um grupo de risco, ficando mais suscetível a doenças, que vão desde infecções a enfermidades mais severas, como, por exemplo, a pré-eclâmpsia; assim, todo e qualquer tipo de risco precisa ser prevenido e tratado, caso necessário, com prioridade (LIAL, 2014).

Para que uma eventual irregularidade seja detectada e diagnosticada, é importante que a futura mãe fique atenta ao próprio corpo, percebendo sintomas que ocorram, comunicando ao seu obstetra. Mesmo que algumas alterações físicas sejam comuns à gravidez, como inchaço dos pés, pequenas cólicas e enjoos, sono e cansaço mais significativo, a gestante, no pré-natal será acompanhada para saber se estas ocorrências são apenas inerentes ao seu estado ou se são consequentes de outro fator (MACHADO, 2018).

2.1 DOENÇAS COMUNS NA GRAVIDEZ

De modo geral, atualmente entende-se que existam 8 doenças classificadas como as mais comuns na gravidez: anemia, pré-eclâmpsia, rubéola, Citomegalovírus, diabetes mellitus gestacional, infecção urinária, distúrbios da tireoide e toxoplasmose (CASTRO *et. al.*, 2010; BELFORT, 2017).

A anemia gestacional é uma consequência do aumento do volume de líquido no corpo da gestante, paralelo a uma maior absorção de ferro. De modo geral, prevalece nas últimas semanas de gestação, período em que o corpo precisa trabalhar mais para manter a produção de hemoglobinas no feto e na mulher. Ainda que seja um processo natural, é necessário que haja acompanhamento constante, principalmente mediante manifestação da anemia que, se não tratada, traz riscos para o parto, provocando uma grande perda de sangue na mãe ao mesmo tempo em que compromete a saúde do bebê, podendo levá-lo a nascer com baixo peso. Geralmente, o hemograma – exame que traz indicativos de anemia, entre outras doenças, é solicitado no início da gestação e a cada trimestre (BELFORT, 2017).

Os sintomas mais prevalentes em quadros de anemia são a sonolência excessiva e fraqueza, mas o tratamento é considerado simples, consistindo em dieta controlada que pode ser acrescida ou não de suplementação vitamínica. A anemia na gravidez é considerada quando os valores de hemoglobina (Hb) forem menores do que 11g/dL e hematócrito (Hct) for menor do que 33% no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez; no segundo trimestre, Hb menor do que 10,5g/dL e Hct menor do que 32% no 2º trimestre, e Hb menor do que 10g/dL no puerpério (CASTRO *et. al.*, 2010).

Outra doença, frequente na gravidez, é a pré-eclâmpsia, sendo considerada um problema mais severo. Sobre isso, o Ministério da Saúde estima que

três gestantes morrem dessa doença por dia no Brasil. É uma doença hipertensiva e, geralmente, se manifesta na primeira gestação e no terceiro trimestre de gravidez. Esta doença pode apresentar como sintomas, a presença de espuma na urina, vista embaralhada, convulsões, dores abdominais, inchaço persistente, dores de cabeça e no estômago. Esta condição se desenvolve por causa da alteração vascular que acontece na placenta fazendo com que a pressão arterial seja elevada, originando consequências graves.

Caso não seja controlada, esta condição pode evoluir para a ocorrência de eclâmpsia, síndrome de Hellp, levar ao envelhecimento da placenta e, finalmente, ao parto prematuro. Dada a sua gravidade, em casos de pré-eclâmpsia, as consultas e exames do pré-natal são mais assíduos e são associados à dieta e controle da pressão arterial. Os valores considerados como indicativos de pré-eclâmpsia são um dos seguintes: PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mm Hg (pelo menos 2 medições feitas em um intervalo de pelo menos 4 horas) PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg (pelo menos 1 medição) (LIAL, 2014).

A infecção urinária, também conhecida como cistite, é diagnosticada em grande parte das mulheres, mas, na gestação ocorre com mais frequência. É uma infecção bacteriana bastante comum na gravidez; tem como principais sintomas o desconforto dor no canal urinário e a ardência ao urinar. Esta doença gestacional é explicada pelas alterações anatômicas e funcionais que ocorrem nas vias urinárias e rins durante a gravidez, facilitando a infecção. Mesmo não sendo considerada propriamente como perigosa, caso não seja tratada corretamente, pode trazer prejuízos ao crescimento do bebê, favorecer o parto prematuro ou, nos casos mais graves, ocasionar a morte de ambos. Como a bacteriúria é assintomática é comum que passe despercebida e esse é um dos motivos para que os exames de pré-natal sejam feitos periodicamente. Caso o exame detecte a presença de hemácias, associada a leucócitos e nitritos positivos, é necessário investigar a infecção urinária através de urocultura (NOGUEIRA, 2014).

Mais uma doença ligada à gestação é a diabetes gestacional que costuma se manifestar a partir da 26ª semana de gravidez, acometendo mulheres com histórico familiar propício e que apresentem um ganho de peso maior que 12 quilos na gestação, mesmo não sendo essencialmente ligada ao fator peso. A diabetes gestacional acontece porque a placenta tem hormônios diabetogênicos que têm potencial para desenvolver o diabetes. Desse modo, quando o pâncreas produz

insulina suficiente, não há risco dessa doença ocorrer. Entretanto, a gestante que apresenta deficiência na produção de insulina pode desenvolver a mesma. São considerados sintomas mais comuns da diabetes o aumento da vontade de urinar e da sede (COSTA *et. al.*, 2010; BRASIL, 2019).

Exame de glicemia em jejum cujo resultado seja ≥ 126 mg/dL ou HbA1c $\geq 6,5\%$ sugerem o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* prévio a gestação. Glicemia de jejum com valores entre 92 mg/dL e 125 mg/dL sugere o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Gestacional (BRASIL, 2019).

O exame para investigação de diabetes gestacional, recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes é o de tolerância à glicose com curva glicêmica, realizado entre a 24^a e 28^a semanas de gestação. Após 8 horas de jejum, a gestante deverá ingerir uma solução açucarada e será coletada a primeira amostra. Após uma hora, será feita a segunda coleta de sangue e depois de duas horas, é coletada a terceira amostra (COSTA *et. al.*, 2010; BRASIL, 2019).

Para cada amostra de sangue leva-se em conta os critérios da Sociedade Brasileira de Diabetes para determinar o diabetes gestacional, conforme a tabela a seguir:

TABELA 1 - Valores referência para investigação da diabetes gestacional.

tempo de exame	índice de glicose
Em jejum	Até 92mg/dL
1 hora após a coleta 1	Até 180mg/dL
2 horas após a coleta 1	Até 153 mg/dL

Fonte: Costa *et al.* (2010).

Além das citadas, uma doença que pode surgir na gestação são os distúrbios da tireoide, decorrentes das alterações hormonais que desregulam as funções desta glândula, levando ao hipotireoidismo ou hipertireoidismo. Porém, o tratamento é simples, sendo ideal que haja acompanhamento de um endocrinologista, especialista mais capacitado à prescrição da medicação mais adequada (TREVISAN *et. al.*, 2012).

A rubéola, outra doença comum no período gestacional, é uma doença mais grave que pode levar a malformações no feto. Por isso, o ideal é que a gestante seja vacinada contra a doença antes de tentar engravidar. Nos casos em que a rubéola acometa a gestante, o tratamento deve ser feito com antipiréticos,

analgésicos, repouso e ingestão de líquidos, mas, isso não garante que a doença cause algo ao bebê (LIAL, 2014).

Também conhecido como CMV, o citomegalovírus é um vírus pertencente a mesma família da herpes, levando a sintomas como febre, dor de garganta e inchaço na barriga. Na gravidez não tem cura, mas, geralmente, pode-se iniciar o tratamento com fármacos antivirais ou injeção de imunoglobulinas buscando evitar a transmissão para o bebê (NOGUEIRA, 2014).

A última doença aqui citada, a toxoplasmose é transmitida pelo solo, por meio de alimentos, água e fezes de animais contaminados, podendo causar problemas para o feto. O tratamento é realizado pelo uso de antibiótico, reduzindo os riscos de transmissão ao bebê (BELFORT, 2017).

2.2 RISCOS DO PRÉ-NATAL TARDIO

Considerando-se as doenças mais comuns na gravidez e que este período faz com que o organismo materno passe por uma sucessão de adaptações fisiológicas atribuídas aos hormônios gestacionais, além da pressão mecânica ocasionada pelo aumento do útero e de outros tecidos, é essencial que todas as alterações sejam acompanhadas como estabelece o pré-natal, possibilitando que o embrião/feto tenham um desenvolvimento normal e saudável, prevenindo qualquer evento que possa afetar a gravidez (BRASIL, 2019; NAIDON *et. al.*, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), o maior objetivo da atenção pré-natal e puerperal é o acolhimento da mulher desde a comprovação da gravidez, como meio de assegurar que, ao final da gestação, ocorra o nascimento de uma criança saudável, possibilitando o bem-estar de mãe e filho. Destaca-se que o foco principal do pré-natal é a gestante, entretanto, deve-se promover a inclusão da família, facilitando sua interação e mantendo-a a par das informações de cada consulta e exame, de modo a garantir a segurança da gestante. Desse modo, a família tem condições de apoiar e acompanhar tudo que diz respeito à futura mamãe e ao bebê.

O pré-natal das gestantes que não apresentam riscos tem como meta a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliando e facilitando o acesso aos serviços de saúde ao mesmo tempo em que estabelece critérios de qualificação das consultas. Cabe ao pré-natal fornecer as orientações e

esclarecimentos básicos e essenciais sobre procedimentos relativos ao parto, preparando a gestante e familiares o que evitará surpresas que podem prejudicar a segurança da parturiente diante de situações que não tenham sido esclarecidas (LIAL, 2014).

Além disso, caso não haja a assistência fornecida no pré-natal torna-se quase impossível realizar a prevenção e o diagnóstico precoce de patologias, tanto as mais recorrentes na gestação, quanto consequentes da hereditariedade ou não, que podem afetar gestante e feto, impedindo que seja feito o acompanhamento saudável do bebê desde o início da gestação, impedindo que os riscos para os envolvidos sejam reduzidos em tempo hábil (NOGUEIRA, 2014).

Ao começar o pré-natal tardiamente, é prejudicada a troca de informações entre a gestante e o profissional da saúde responsável pela assistência, dificultando a promoção do bem-estar no processo da gestação, impedindo que possíveis doenças presentes no organismo da gestante sejam diagnosticadas, permitindo que haja uma evolução silenciosa da mesma, aumentando os prejuízos para mãe e filho (BELFORT, 2017).

3 O PRÉ-NATAL COMO ESTRATÉGIA DE SUPORTE E ACOMPANHAMENTO À GESTANTE

Segundo o MS, afirma Rocha (2017), o modelo de Saúde da Família tem como objetivos: prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social de saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

O mesmo modelo, comentam Costa e Carbone (2019), tem por objetivos operacionais, estabelecidos pelo MS: a definição territorial e identificação da clientela; a organização do processo de trabalho para a resolução dos problemas identificados

no território; a noção da família como foco da assistência; o trabalho em equipe interdisciplinar; os vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais e as famílias assistidas; a noção de que as ações devem se caracterizar pela integralidade, capacidade de solucionar problemas e intersetorialidade; a importância do estímulo à participação social.

Segundo Almeida e Centa (2019) as equipes de Saúde na Família têm atribuições específicas e devem estar capacitadas para tal. Dentre as atribuições destacam-se: identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias atendidas; reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos a que a população está exposta; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeadores do processo saúde-doença; atender à demanda programada ou espontânea; utilizar corretamente o sistema de referência e contra-referência; promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos; incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM n.569, em 01 de junho de 2000, tendo por objetivo reunir esforços para promover a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas que possam assegurar a melhoria do acesso e da qualidade do acompanhamento pré-natal, ampliando, ao máximo, o número de gestantes atendidas (BRASIL, 2012).

Este acompanhamento também contempla a assistência ao parto, durante o puerpério e no período neonatal. Esta política foi estabelecida para fomentar a ampliação das ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, sendo priorizada através de investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco (COSTA, 2017).

O acompanhamento chamado pré-natal representa um papel fundamental para reduzir riscos ao bebê e à gestante e, além do acompanhamento clínico, as conversas e trocas de vivências devem entre as mulheres e os profissionais de saúde que fazem o atendimento, são essenciais para que facilite a compreensão do processo de gestação. A assistência ofertada no pré-natal é considerada o primeiro passo para o parto humanizado, pressupondo uma relação respeitosa entre os profissionais de saúde e as mulheres desde a primeira consulta até o pós-parto (MACHADO, 2018).

Como estratégia preventiva, o pré-natal é fundamental para reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal, uma vez que a realização de acompanhamento durante a gestação de maneira correta, permite prevenir patologias comuns na gravidez, auxilia na preparação psicológica da gestante (e do pai, quando este for assistir ao nascimento) para o parto. Clinicamente, além de verificar se a estruturação do organismo fetal está saudável, reduz riscos de abortamento, de parto prematuro ou óbito perinatal. Também pode-se citar vantagens como os ganhos a saúde mental e emocional da mulher, como melhoria da autoestima, segurança própria e capacidade de cuidar de si e do bebê após o nascimento (PEREIRA *et. al.*, 2015).

3.1 A ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL COMO EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para Rios (2016) as ações de promoção em saúde correspondem a um conceito onde cada atitude deve ser pensada e cuidada como uma pequena semente cujos resultados serão colhidos em uma dimensão de tempo imprevisível. Portanto, o agir deve ser direcionado à saúde e as atitudes devem ter uma intencionalidade voltada à promoção da saúde e da vida.

Sobre isso, alguns autores consideram:

É uma visão de mundo na qual se percebe tudo quanto existe, inclusive as condições de vida e saúde como consequência de algo plantado em um período anterior, um tempo menor, claro, com relação à saúde individual, mas bastante dilatado quando se pensa em saúde coletiva (COSTA; CARBONE, 2019, p.84).

A promoção da saúde abrange a visão do paciente enquanto sujeito no processo de prevenção e cura. Ou seja, o saber em saúde não deve ser monopólio da equipe de saúde, mas deve, através da educação em saúde, ser difundido para que se construa na população, maior capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde e para instrumentalizá-la a prevenir agravos em saúde por meio de uma vida saudável. Não se deve considerar apenas a doença, mas também a situação do paciente diante da mesma (COSTA; CARBONE, 2019).

A qualidade de vida e promoção da saúde encontram-se intimamente ligadas, de maneira que não é possível pensar em saúde sem acesso a condições de vida saudável. Atualmente, a educação em saúde tem objetivos claros, que podem

ser resumidos na autonomia do paciente, democratização do saber, consolidação da cidadania, solidariedade, responsabilidade, aceitação das diferenças, formação de multiplicadores do conhecimento, conscientização sobre os riscos em saúde e como evitá-los e ações intersetoriais (CORREIA, 2015).

As ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro podem ser feitas através do trabalho de três áreas, quais sejam, a educação formal, onde são preparados e qualificados os profissionais que estarão envolvidos no trabalho; a educação continuada, outra área essencial onde são selecionados, admitidos, treinados e atualizados os recursos humanos adequados a cada local de trabalho; e a terceira área, representada pela educação específica em saúde onde estão incluídas todas as atividades educativas a ser desenvolvidas com a clientela (SILVEIRA, 2012).

Almeida e Centa (2019) comentam que muitos educadores da saúde se prendem ao fato de não haver recursos pedagógicos adequados disponíveis. Entretanto, a prática da educação em saúde não exige essencialmente a utilização de recursos como vídeos, computadores e outros mais. Se tais materiais não estão disponíveis, as orientações e discussões poderão ser desenvolvidas por meio da utilização de gravuras, simples recortes de jornais e revistas, materiais que estejam acessíveis como os utilizados durante os atendimentos.

4 PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO À GESTANTE, NO PRÉ-NATAL

Após confirmada a gravidez, é feito o cadastro no SisPrenatal - *software* desenvolvido para efetuar o acompanhamento das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) - para começar o acompanhamento da gestante. nesse momento acontece o acolhimento da gestante e são iniciadas as consultas com objetivo de prevenir qualquer tipo de problema para mãe e filho.

Também no pré-natal, tem-se a oportunidade de promover a saúde por meio da prevenção de doenças, realização de diagnósticos e tratamentos adequados, garantindo uma gestação saudável e um parto seguro (GONÇALVES NETO *et al.*, 2018). A prática da assistência pré-natal é um período privilegiado para discussão e esclarecimento de dúvidas comuns para cada mulher e seu parceiro ou família, mesmo que não seja a primeira gestação, pois, cada gestação tem suas

peculiaridades para a gestante em um processo onde estão presentes inúmeras mudanças físicas, mentais e sociais (SILVA FILHO *et. al.*, 2016).

O pré-natal é o período relativo à gravidez, ou seja, anterior ao parto, no qual deve ser desenvolvido um conjunto de ações voltadas para a saúde individual e coletiva das gestantes que devem ser bem acompanhadas, orientando e facilitando a realização de exames clínico-laboratoriais, oferta de orientações gerais e sobre medicações profiláticas e/ou vacinas. Dada a importância do pré-natal, o estímulo à participação do enfermeiro nas ações de saúde da mulher é essencial (GONÇALVES NETO *et. al.*, 2018).

Para o Decreto nº 94.406/87, respaldado pela lei 7.498/88 e Resolução COFEN Nº 516/2016 (alterada pelas Resoluções COFEN 524/2016 e 672/2021), o enfermeiro é considerado apto a realizar consultas de pré-natal, realizando acompanhamento de gestantes com baixo risco obstétrico. Além disso são atribuídas ao enfermeiro várias ações, tais como a solicitações de exames, acesso ao Sistema de Informação de Saúde (SIS), realização de exame obstétrico, encaminhamentos para acompanhamentos necessários, preparo da gestante para o parto e esclarecimentos dos cuidados com o recém-nascido, bem como a amamentação, vacinação, testes rápidos de HIV, sífilis, além das ações que visam a promoção do vínculo entre mãe e bebê (COFEN, 2016).

Após confirmada a gestação, a mulher buscará pela assistência do enfermeiro da atenção básica de saúde por várias vezes. na primeira consulta a gestante realizará a primeira consulta de Enfermagem para fazer a vinculação. Neste momento busca-se a criação e fortalecimento do vínculo enfermeiro-gestante, dando-se início a um pré-natal qualificado (SILVA FILHO *et. al.*, 2016).

Na primeira consulta o enfermeiro realiza uma anamnese bem abrangente, considerando todos os aspectos epidemiológicos, doenças sexuais, histórico familiar, obstétrico, pessoais e outros que sejam significativos. Também fará o exame físico obstétrico, analisando a saúde da mãe e do filho, investigação dos hábitos alimentares, intestinal e urinário, além de esclarecer as primeiras dúvidas e ansiedades da gestante deixando-a mais segura com a gestação. Também é muito importante que o enfermeiro informe a gestante sobre a vacinação como ação essencial para a saúde materna e fetal. Todas as informações coletadas devem ser registradas no prontuário da unidade de saúde e na carteira da gestante (SESSP, 2010).

No exame físico, cabe à Enfermagem realizar procedimentos considerados indispensáveis: avaliação nutricional com averiguação de peso e cálculo do IMC, aferir pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, verificar medida da altura uterina, auscultar os batimentos cardíacos do feto, registrar os movimentos fetais, realizar o teste de estímulo sonoro simplificado, verificar eventual presença de edema, fazer exame ginecológico com coleta de material para colpocitologia oncótica, realizar exame clínico das mamas e toque vaginal, considerando as necessidades individuais das gestantes, considerando a idade gestacional, calcular a data provável do parto (GONÇALVES NETO *et. al.*, 2018).

Quanto à periodicidade das consultas de pré-natal, o preconizado é apresentado pela tabela a seguir:

TABELA 2 - Periodicidade das consultas de pré-natal.

Idade gestacional em semanas	Periodicidade
Até a 12^o semana gestacional	1 ^a consulta de pré-natal.
Até a 28^a semana gestacional	Consultas mensais.
Da 28^a à 36^a semana gestacional	Consultas quinzenais.
Da 36^a à 41^a semana gestacional	Consultas semanais.

Fonte: Silva Filho *et. al.* (2016).

Nas demais consultas, o enfermeiro fará o acompanhamento e solicitará exames de imagem ou laboratoriais, conforme o calendário estabelecido para o pré-natal, ilustrado a seguir (Figura 1).

FIGURA 1 - Exames a ser solicitados no decorrer do pré-natal.

EXAMES DO PRÉ-NATAL		
1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemograma ✓ Tipagem sanguínea e fator Rh ✓ Coombs indireto (se for Rh negativo) ✓ Glicemia em jejum ✓ Teste rápido: sífilis e HIV ✓ Toxoplasmose ✓ Hepatite B ✓ Urocultura + urina tipo I ✓ Ultrassonografia obstétrica ✓ Citopatológico de colo de útero (se for necessário) ✓ Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) ✓ Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Teste de tolerância à glicose (realização preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) ✓ Coombs indireto (se for Rh negativo) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemograma ✓ Glicemia em jejum ✓ Coombs indireto (se for Rh negativo) ✓ Teste rápido: sífilis e HIV ✓ Hepatite B ✓ Toxoplasmose (se o IgG não for reagente) ✓ Urina e urocultura ✓ Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) 

Fonte: Alves (2019).

Através do trabalho desenvolvido junto à Estratégia Saúde da Família (ESF) houve uma grande contribuição na melhoria dos indicadores epidemiológicos em todo o país. Os resultados apontam que a participação do enfermeiro nestas equipes mostrou-se e continua sendo de fundamental importância para o fortalecimento dessa assistência, como aponta o Ministério da Saúde.

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que se propõe a desenvolver ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção da saúde e, tendo em vista a característica da Estratégia Saúde da Família, espera-se que o enfermeiro ao realizar as ações inerentes a esta estratégia, particularmente, no que diz respeito ao pré-natal, seja capaz de identificar fatores ou condições relacionados aos riscos e agravos à saúde da mulher (MS, 2012, p.51-156).

Considera-se que um pré-natal eficiente e eficaz seja capaz de captar a gestante na comunidade onde vive ainda nas primeiras semanas de gestação, conseguindo motivá-la a manter o acompanhamento pré-natal com periodicidade adequada. É importante lembrar que a gestante é o foco principal do pré-natal, mas, sempre que possível, a família deve ser envolvida nesse. Em cada consulta, o enfermeiro deverá reavaliar e estratificar os riscos, obstétrico e perinatal, atentando-

se para a discriminação dos fatores de risco presentes no cartão de pré-natal, que são identificados pela cor amarela. Caso seja constatada a presença dessas anotações, os profissionais de saúde devem ficar em alerta (GONÇALVES NETO *et. al.*, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, realizado por meio de pesquisa bibliográfica, pretendeu investigar o papel do pré-natal para a saúde da gestante/bebê, bem como as consequências possíveis caso este acompanhamento seja iniciado tardiamente, tendo como hipótese inicial que, o início tardio pode permitir a evolução de doenças comuns na gravidez facilitadas pela ausência de diagnóstico em tempo hábil. Também investigou as concepções teóricas que apontam o enfermeiro como o profissional adequado e necessário para o bom acompanhamento, esclarecimentos e desenvolvimento de práticas educativas junto à gestante que vão ajudá-la a manter a boa saúde e prepará-la para o momento do parto.

O pré-natal iniciado no momento certo permite diagnosticar possíveis doenças precocemente, facilitando o acompanhamento e tratamento das patologias mais comuns na gravidez, tais como a anemia, pré-eclâmpsia, rubéola, Citomegalovírus, diabetes mellitus gestacional, infecção urinária, distúrbios da tireoide e toxoplasmose. Caso constatadas precocemente, os resultados de uma intervenção e tratamento podem evitar, com sucesso, que a gestante e o bebê corram riscos mais graves.

Confirmando as hipóteses iniciais, concluiu-se que o pré-natal é uma estratégia imprescindível para garantir a gestação e o parto sejam tranquilos, saudáveis e sem nenhuma complicação. O acompanhamento iniciado no tempo certo, além de prevenir e diagnosticar doenças e problemas, também realiza o papel de orientador para a mulher, esclarecendo temas importantes referentes a maternidade.

Nas consultas de pré-natal o enfermeiro, junto a sua equipe, desenvolve assistência integral a gestante através de ações e procedimentos técnicos e científicos que permitam assegurar uma gestação tranquila, sem agravos e desconfortos, comuns neste período.

No decorrer das consultas de pré-natal, o enfermeiro realiza ações educativas voltadas à gestante e sua família, acompanha as gestações de baixo risco, solicita os exames considerados de rotina e orienta algum eventual tratamento caso

necessário, ale de fazer a coleta do exame citopatológico. Entretanto, é considerada a principal atribuição da Enfermagem quanto aos cuidados durante a gestação, as orientações do acompanhamento gestacional, essenciais para o bem-estar, confiança e tranquilidade da gestante, realizar exames físicos, informar sobre a periodicidade das consultas, sobre o cronograma de vacinação e sua importância, e destacar o valor da amamentação na saúde e no fortalecimento de vínculos entre a mãe e o bebê.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C.C.H. CENTA, M. L. Família e a educação sexual dos filhos: implicação para a enfermagem. **Act Paul enfermagem**. V 22, N1 p 1-144 Jan/fev 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100012&script=sci_arttext> Acesso em: 05 marc. 2023.

ALVES, V. T. **Gestação sem dúvidas**. 2019. Disponível em: <NoCaminhoDaEnfermagem/photos/a.404033123082265/1608801202605445/?type=3&locale=ps_AF> Acesso em: 21 abr. 2023.

BELFORT, P. Medicina preventiva. Pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.p.198-209.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 29 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Importância do pré-natal** – dicas em saúde. 2019. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html>> Acesso em: 29 ago. 2022.

CASTRO, M.E. *et. al.* Qualidade da assistência pré-natal: Uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista de Rede de Enfermagem (RENE)**, v.11, especial, p.72-82, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4663>> Acesso em: 26 fev. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 516/2016** – alterada pelas Resoluções COFEN 524/2016 e 672/2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html Acesso em: 02 abr. 2023.

COSTA, E. M. A. da. CARBONE, M. H. **Saúde da Família** – uma abordagem multidisciplinar. 12.ed. São Paulo: Rubio, 2019.

COSTA, G. R. C. *et. al.* Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**.V.63, N.6: P.1005-9. nov/dez. 2017. Disponível em:

<[COSTA, J. S. **Características Biopsicossociais de Gestantes Adolescentes em Três Unidades de Estratégia de Saúde da Família do Município de Paracatu – MG.** Monografia. Faculdade de Saúde Tecsoma – FASTEC. 2015. Disponível em: <\[www.tecsoma.br/trabalhos_fdc_2-2010.htm\]\(http://www.tecsoma.br/trabalhos_fdc_2-2010.htm\)> Acesso em: 05 marc. 2023.](https://www.scielo.br/j/reben/a/pYY4kYtgT8kKCw4XPdPqqHf/?lang=pt#:~:text=A%20cobertura%20do%20pr%C3%A9%20natal%20foi%20de%2085%2C6%25,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20(Brasil).> Acesso em: 23 set. 2022.</p></div><div data-bbox=)

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2016.

GONÇALVES, R. *et. al.* **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Rev Bras Enferm, v. 61, n. 3, p. 349-353. 2018.

GONÇALVES NETO, F. R. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 5, p.595-602. 2018.

LIAL, M. da S. **Fatores e alegações das gestantes para início tardio do pré-natal: revisão integrativa da literatura.** Monografia [Especialização] Linhas de cuidados em enfermagem-saúde materna, neonatal e do lactente. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172943/Marana%20da%20Silva%20Lial%20-%20materno%20-%20tcc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 23 set. 2022.

MACHADO, C. S. **Principais complicações de um pré-natal tardio.** Monografia [Bacharelado] Faculdade Médio Paraíba. 2018. Disponível em: <<http://www.famep.com.br/novo/famep/producao-cientifica/graduacao/bacharelado-em-enfermagem/84-principais-complicacoes-de-um-pre-natal-tardio.pdf>> Acesso em: 23 set. 2022.

NAIDON, A. M. *et. al.* Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascido em terapia intensiva neonatal: relato de caso. **Texto e contexto-enfermagem**. V.27n.2 jun/2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/rzz6T4SY7B73g45Nwqyxt7B/?lang=pt>> Acesso em: 23 set. 2022.

NOGUEIRA, M. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida.** 4.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2014.

PEREIRA, P. H. G. *et. al.* Fatores associados ao acesso tardio ao pré-natal do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, 2015. **Comum Ciência Saúde**. v.17, p.101- 110, 2006. Disponível em: <

RIOS, L. F. Rumo à Aduldez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Caderno CEDES**. v. 22, n.57, Ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622002000200004> Acesso em: 05 marc. 2023.

ROCHA, M. J. F. **Adolescência e anticoncepção**: conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana de Cruzeiro do Sul, Acre. 2017. Dissertação. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-02032010-162337> Acesso em: 05 marc. 2023.

SANTOS, D. S. *et. al.* Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista brasileira de educação médica**. 2012. v.36, n. 1, p. 62-67. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/h64JKWRz6rVfFRmBLNJy9YQ/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 29 ago. 2022.

SESSP. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: Manual técnico do pré-natal e puerpério. SES, SP, p.12-61,2010. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-da-mulher/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/documento-da-linha-de-cuidado-da-gestante-e-da-puerpera/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/>> Acesso em: 16mar. 2023.

SILVA FILHO, A.M. *et. al.* **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico, Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2016.pdf> Acesso em: 16 mar. 2023.

TREVISAN, A. M. *et. al.* Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul, **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.24, n.5, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/YVdfKZ6xfLrGBbLzr9dRhtc/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 26 fev. 2023.