

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PAULO SÉRGIO FERREIRA GAMA

**ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA E SEUS DESAFIOS.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PAULO SÉRGIO FERREIRA GAMA

**ASSISTENCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA E SEUS DESAFIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora- Dra. Vitória Regina Petters
Gregório**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Monografia Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem** de autoria do aluno **Paulo Sérgio Ferreira Gama** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Dra. Vitória Regina Petters Gregório
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente ao nosso Soberano Deus Jeová, pela vida e saúde de toda a minha família, em segundo a minha família, que sempre compreendeu com muito respeito e carinho minha busca pelo aperfeiçoamento em minha profissão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 CARACTERÍSTICAS DAS PUBLICAÇÕES UTILIZADAS.....	15
3.2 MÉTODO/ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	15
3.3 A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ENCAMINHADAS PARA O CENTRO DE REFERÊNCIA SAÚDE DA MULHER (CRSM) PELA EQUIPE SAYONARA 4.7, NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO 2013.....	17
3.4 MAPAS DE ALTAS (OBSTETRICIA)- HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.S.NAZARE-HMINSN-BOA VISTA-RR. GESTANTES ACOMPANHADAS NA UBS. SAYONARA 4.7. ANO-2013.....	17
4 METODOLOGIA.....	20
5 RESULTADO E ANÁLISE	21
5.1 IMPORTANCIA DO PRÉ-NATAL.....	21
5.2 LEVANTAMENTO DE CAUSAS DE ÓBITOS FETAL E MATERNO DURANTE O ANO DE 2013- HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.S. DE NAZARE-BOA VISTA -RR.....	22

5.3	POLITICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	23
5.4-	A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....	24
5.5-	DESAFIOS DA ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....	26
6 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. DISTRIBUIÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA PESQUISADA.....14

Quadro 2. A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ENCAMINHADAS PARA O CENTRO DE REFERÊNCIA SAÚDE DA MULHER (CRSM) PELA EQUIPE SAYONARA 4.7, NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO 2013.....17

Quadro 3. MAPA DE ALTAS (OBSTETRICIA)- HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.S.NAZARE-HMINSN-BOA VISTA-RR. GESTANTES ACOMPANHADAS NA UBS.SAYONARA 4.7 . ANO-2013.....17

Quadro 4. LEVANTAMENTO DE CAUSAS DE ÓBITOS FETAL E MATERNO DURANTE O ANO DE 2013- HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.S. DE NAZARÉ-BOA VISTA -RR22

RESUMO

O presente estudo traz uma análise da importância da assistência pré-natal adequada e que o acesso a essa assistência de forma tardia interfere na qualidade da mesma. O acompanhamento ao pré-natal é fundamental na preparação da maternidade segura e saudável. Deve sempre ter o enfoque na prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional durante o período gestacional. Este estudo teve como objetivo realizar pesquisa bibliográfica narrativa sobre assistência prestada à mulher durante o pré-natal de baixo risco na Estratégia de Saúde da Família. Bem como os principais desafios encontrados. Esta pesquisa bibliográfica inclui a revisão de artigos indexados na base de dados Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (bases de Dados de Enfermagem) através da via de acesso Internet disponíveis na BIREME, Portal CAPES, MEDLINE e BVS em seus documentos disponíveis. Além de outros Sítios eletrônicos relacionados como o Ministério da saúde, sítios médicos e de organizações governamentais e não governamentais de caráter científico utilizando os seguintes descritores: assistência de enfermagem, pré-natal, atenção primária e saúde da família, enfocando os trabalhos que evidenciam a dinâmica do cuidado. O levantamento bibliográfico ocorreu no período de 25/11/2013 à 28/02/2014. Ressalta-se que, no levantamento bibliográfico identificou-se sete (7) publicações que atenderam aos objetivos propostos. Foi incluído um (1) levantamento do perfil das gestantes de alto risco encaminhadas pela equipe 4.7 ao Centro de Referência Saúde da Mulher (CRSM-BV-RR) publicados anteriormente devido à importância dos mesmos para o trabalho em questão. Observou-se que o pré-natal quando realizado com qualidade e humanização desempenha importante papel na redução da mortalidade materna e infantil. Informações sobre diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde, essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimento é considerada a melhor forma de promover ações de saúde de promoção, prevenção durante a assistência à mãe e à criança afim de atender às necessidades da população de gestantes. Os resultados da revisão de literatura realizada mostram a importância da atuação dos membros da equipe de saúde de atenção básica junto às famílias e gestantes da área adstrita. Ficou evidente o destaque dado ao papel do Enfermeiro nas consultas de enfermagem no pré-natal, nos atendimentos individuais ou

em grupos onde são abordadas questões referentes às relações familiares, cuidados com o recém-nascido, importância do acompanhamento pré-natal e a realização de todos os exames. A atenção adequada à mulher é indispensável para garantir que ela exerça a maternidade com segurança e bem-estar. A equipe de saúde deve acolher a mulher e sua família, sendo este um direito fundamental de toda mulher. Para tal se faz necessário a formação de vínculo com a gestante que lhe transmita confiança, segurança e tranquilidade. A principal ferramenta do profissional de saúde é a escuta qualificada. A capacidade de silenciar e ouvir o outro, respeitando as crenças e valores de cada pessoa melhoram a compreensão das suas necessidades e torna a abordagem mais resolutiva.

Palavras-chave: Gestantes; Enfermagem obstétrica; Educação em saúde; Pre-natal; Estratégia saúde da família.

1- INTRODUÇÃO

Na política de ação adotada pelo setor saúde, procura-se buscar a geração de métodos e processos de trabalho mais realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais.

Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são a maioria, apesar de serem facilmente evitáveis, através de adequada assistência do ciclo gravídico-puerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério.

As condições de assistências e a própria organização dos serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas da mulher são analisados.

Um dos quatro pilares da maternidade segura, a cobertura do pré-natal é um dos principais indicadores do Pacto da Assistência Básica - Sistema Único de Saúde, sendo que assistência prestada envolve todas as ações de atenção básica. Assim, para que a assistência de pré-natal seja adequada, impõe-se que ela seja precoce e assídua, conte com pessoal capacitado para a detecção precoce de patologias tanto materno como fetais, permitindo uma gravidez e partos seguros e bebês saudáveis e evitar a morte materna, perinatal e infantil (SABINO,2007).

A gestação apesar de ser um processo fisiológico, é o momento especial na vida de qualquer mulher, pois se caracteriza pela capacidade de gerar e abrigar um novo ser. As emoções femininas se intensificam devido às alterações hormonais que ocorrem neste período. A gestação leva a mudanças no contexto familiar e pessoal tornando necessária a construção de estratégia de atenção à saúde materna (SILVA; SILVA, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), voltando seu olhar para a saúde pública, define saúde não apenas como ausência de moléstias, mas como estado de bem estar físico, mental e social. Assim a proteção a maternidade visa resguardar a saúde das mulheres durante o período gravídico e aleitamento. E ainda permitir que o parto seja normal, proporcionar que a mãe dê a luz a uma criança sadia e que os cuidados necessários a ela sejam empregados (BRASIL, 2005).

Ainda na primeira metade do século XX constataram-se avanços na saúde materno-infantil onde o conhecimento e a prática médica obstétrica e neonatal reduziram significativamente a mortalidade materna e perinatal, no país (OBA; TAVARES, 2000).

A atenção materno-infantil tem tido prioridade na história da saúde pública, sendo algumas políticas implantadas. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década de 80 ampliou as ações de saúde destinadas à mulher, destacando a atenção pré-natal devido sua grande importância nos resultados perinatais (OSIS, 1998).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada no serviço de saúde por onde a população deve ter acesso a serviços de saúde sejam eles simples ou complexos garantindo a continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação sobre a saúde materna e perinatal (STARFIELD, 2002).

Ações de saúde como a assistência do pré-natal devem atender às necessidades da população de gestantes fazendo uso de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Ressalta-se que estas ações devem cobrir toda a população alvo que a unidade de saúde abrange, bem como assegurar a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (BRASIL, 2000; STARFIELD, 2002).

A participação do (a) Enfermeiro (a) nas ações de saúde da mulher e na assistência pré-natal foi estimulada com a implantação do PAISM conforme o Ministério da Saúde e a 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 (COREN-SP, 2007).

Cabe ao enfermeiro prestar assistência à mãe e à criança, informar sobre o parto, o puerpério, e puericultura, a fim de promover um ambiente saudável para a adaptação física e emocional da mulher, da sua condição de gestante para a nova condição de mãe (RODRIGUES, et al.,2006).

Conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, “toda gestante tem o direito de fazer pelo menos seis consultas durante toda a gravidez para que se tenha uma gestação saudável e um parto seguro”. Todavia há certa dificuldade em acompanhar as gestantes, o que acarreta o aumento da demanda aos serviços de saúde com internações, interferências na gestação saudável, nascimento de crianças pré-maturas e de baixo peso, não realização de planejamento familiar, entre outros (NEVES, 2010 p.9).

Contudo hoje se percebe que, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, mesmo com as linhas-guias fornecidas pelo Ministério da Saúde para nortear as ações, ainda não há uma assistência de enfermagem ao pré-natal eficiente e de qualidade. Isso se dá devido à falta de protocolos de assistência nas instituições locais e por diversas vezes por falta de incentivo ou compreensão por parte dos gestores municipais e coordenadores da verdadeira atribuição do enfermeiro como parte de uma equipe de Atenção Primária à Saúde.

Diante do exposto, são feitos os seguintes questionamentos: Quais as ações preconizadas para a assistência à gestante no pré-natal de baixo risco? Quais os principais desafios encontrados para assistir à gestante no pré-natal de baixo risco? Quais as políticas de incentivo à assistência no pré-natal de baixo risco?

A assistência no pré-natal afeta diretamente a qualidade de vida da mãe e do bebê refletindo a importância em se tratar do tema exposto. Procurando responder os questionamentos este estudo tem como objetivo elaborar uma pesquisa bibliográfica narrativa que constitua um material de livre acesso e de fácil consulta para subsidiar estudos e reflexões dos enfermeiros que atuam na atenção básica na assistência à gestante no pré-natal de baixo risco. Assim espera-se que o estudo contribua para aprimoramento e mesmo na formação de profissionais para uma efetiva assistência à gestante ao pré-natal de baixo risco.

2-OBJETIVOS

2.1-GERAL

Realizar pesquisa bibliográfica narrativa sobre assistência prestada à mulher durante o pré-natal de baixo risco na Estratégia de Saúde da Família. Bem como os principais desafios encontrados.

2.2-ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre as políticas públicas do pré-natal no Brasil.
- Identificar as ações de enfermagem na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família.
- Evidenciar os desafios que o processo de assistência de enfermagem encontra na assistência ao pré-natal de baixo risco.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1- CARACTERÍSTICAS DAS PUBLICAÇÕES UTILIZADAS

A bibliografia utilizada para desenvolvimento da presente revisão consta de oito(8) trabalhos entre livros, artigos, monografias e levantamentos - coordenação de Alto Risco /Centro de Referência Saúde da Mulher –CRSM-Boa Vista-RR, nos anos de 1989 a 2013.

A caracterização da produção científica utilizada está apresentada no Quadro 1- distribuição da produção científica pesquisada de acordo com o ano de publicação, tipo, período ou editora, título do trabalho e número de autores.

QUADRO 01

Ano	Tipo	Periódico/Editor	Título do Trabalho	Nº/Autores
1989	Livro	Papirus	O estudo como forma de pesquisa	01
1998	Artigo	Caderno de Saúde Pública	PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil	01
2006	Livro	Ed. Brasília	Assistência do Pré-natal Manual Técnico	01
2000	Artigo	Rev.latino-Am Enfermagem	Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal - Ribeirão Preto=SP	02
2005	Livro	Ed. Brasília	Pré-natal e puerpério Atenção qualificada e humanizada	01
2006	Artigo	Texto contexto- enfermagem (online)	O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe – filho	04
2007	Livro	Conselho Regional de enfermagem	Principais legislações para o exercício de enfermagem	01
2013	Coord	Centro de Referência da Saúde da Mulher - Boa Vista-RR	Caracterização do perfil das gestantes de alto risco encaminhadas pela equipe saúde da família-Sayonara 4.7-BV-RR	01

3.2-ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

A adesão das mulheres ao pré-natal está intimamente relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que em um último julgamento, será primordial para redução dos altos índices de mortalidade materna e perinatal verificado no Brasil e em vários outros países do mundo (CAGNIN, 2008).

A Organização Mundial de Saúde avalia que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, o enfermeiro é o profissional mais indicado para atender a mulher durante a gestação e parto. Para a Organização este é o profissional com menor custo e que proporciona maior efetividade nas ações para o alcance da maternidade segura, diminuição da morbimortalidade e dos custos da assistência à mulher em todo o ciclo gravídico como no puerperal. O governo brasileiro tem procurado promover a capacitação de recursos humanos, entre eles, o enfermeiro obstetra, visando aumentar o seu quantitativo e reverter à situação do país através da qualificação do pessoal que atende a mulher. A enfermagem na atenção básica é reconhecida e os enfermeiros tem um papel fundamental com funções essenciais de saúde pública. A importância do trabalho da enfermagem na atenção básica é reconhecida e o enfermeiro tem um papel fundamental com funções essenciais de saúde pública. Tal fato vem sendo reconhecido tanto pelos gestores como pela população em geral (CAGNIN, 2008).

Na UBS, Sayonara- equipe 4.7- Programa Saúde da Família-(PSF), SEMSA- Boa Vista-RR, O diagnóstico de gravidez fundamenta-se tanto na anamnese e entrevista, como no exame físico e nos testes laboratoriais. Após a confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento-SISPRENATAL. Os procedimentos e as condutas seguintes devem ser realizados sistematicamente e avaliados tanto pelo médico como pelo enfermeiro, devendo ser avaliados principalmente o risco gestacional. Todas as condutas e os achados diagnósticos do pré-natal sempre devem ser anotados no prontuário e atualmente lançados também no sistema nacional e no cartão da gestante, conforme protocolo SEMSA-BV-RR.

Segundo o Ministério da Saúde, um bom pré-natal deve incluir o número mínimo de seis consultas, iniciando no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Recomenda-se que o intervalo entre as consultas do terceiro trimestre sejam de 04

semanas até a gestação completar 36 semanas e, a partir deste período, que os intervalos sejam de 15 dias, porém a equipe Sayonara, após esse período de intervalo, diminui para 07 dias de acordo com a necessidade do acompanhamento.

Com relação ao roteiro da primeira consulta de acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde (2006), na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguidas por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábitos intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatória sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

No que diz respeito aos exames complementares, na primeira consulta devem ser solicitados: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana; glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana; exame sumário de urina (tipo I): repetir à 30ª semana; sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré teste”, repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível; sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação, onde houver disponibilidade para realização; sorologia para toxoplasmose, onde houver disponibilidade. Outros exames podem ser acrescidos a essa rotina mínima: protoparasitológico: solicitar na primeira consulta; sorologia para rubéola: quando houver sintomas sugestivos; eletroforese de hemoglobina: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme; ultrasonografia obstétrica: onde houver disponibilidade.

Nas consultas subsequentes, a anamnese poderá ser mais sucinta, em todas as consultas deverão ser ouvidas atentamente e/ou respondidas todas as dúvidas e ansiedades da mulher.

3.3- A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ENCAMINHADAS PARA O CENTRO DE REFERÊNCIA SAÚDE DA MULHER (CRSM) PELA EQUIPE SAYONARA 4.7, NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO 2013.

QUADRO 02

Trimestre	Diagnóstico firmado	Óbito fetal	Óbito materno	Parto cesario	Parto normal	Total
2º-trimest.	Epilepsia não controlada	00	00	01		01
3º-trimest.	Pré-eclâmpsia	00	00	02		02
3º-trimest.	DPP	00	00	01		01

Fonte: livro de controle/equipe. 4.7

3.4 - MAPAS DE ALTAS (OBSTETRICIA)- HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.S.NAZARE-HMINSN-BOA VISTA-RR. GESTANTES ACOMPANHADAS NA UBS. SAYONARA 4.7 ANO -2013

QUADRO 03

Total de consultas	Iniciado no 1º trimestre	2º trimestre	Parto a termo	Cesariana	Total
< 6 consultas	11	08	16	03	19
>6 consultas	26	18	40	04	44
Total geral	37	26	56	07	63

Fonte: SISPRENATAL/MAPA DE ALTAS/HMINSN.

De acordo com o Ministério da Saúde, estimativas apontam que, das 120 milhões de gestações que ocorrem mundialmente, mais de 500 mil mulheres morrem como consequência de complicações durante os períodos gestacionais, parto e do pós-parto, outros 50 mil sofrem

doenças ou incapacidades sérias relacionadas com a gravidez, e uma média de 1,2 milhão de recém-nascidos morrem por complicações durante o parto (BRASIL, 2007).

Pesquisas mostram que nos países em desenvolvimento os dados são mais preocupantes, neles uma entre 17 mães falecem por complicações relacionadas à gravidez e ao nascimento, já nos países desenvolvidos morre uma para cada 2.800 gestações. Dados de 2002 revelam que, no Brasil, morrem 50.3 mães a cada 100 mil bebês nascidos vivos aproximadamente. Entretanto, não houve grandes discrepâncias neste valor nas regiões brasileiras. O nordeste com maior índice registrou 60.8 seguido do centro-oeste com 60.3 do sul com 56.6 do norte com 53.2. E do sudeste com 45.9 menor índice encontrado (BRASIL, 2004). Contudo, estes números aumentaram, conforme divulgado pelo Ministério da Saúde no ano de 2007 o Brasil registrou 76.1 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2009).

Alencar Junior (2006) afirma que, por apresentar causas preveníveis ou evitáveis na maior parte dos casos, através de ações efetivas e disponíveis, a mortalidade materna é um fato que mais transgride os direitos humanos das mulheres até mesmo nos países mais pobres. Dentre as principais causas citadas da sua ocorrência direta são: as síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais e as complicações do aborto; nas causas relacionadas estão: à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde.

Apesar dos índices relativamente menores de nascimentos no país, a mortalidade infantil continua sendo uma prioridade e preocupação para a saúde pública. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (2009) a mortalidade infantil é um importante fator, pois além de ser uma perda precoce da possibilidade de vida, ainda é um indicador adequado para avaliar as condições de saúde e de vida da população.

Para a organização Pan-Americana da Saúde (2009) a maior parte dessas mortes fetais e infantis precoces pode ser evitada, desde que garantido o acesso efetivo e qualificados aos serviços de saúde. E, segundo Cunha (2008) o pré-natal realizado com qualidade e humanizado desempenha importante papel na redução da mortalidade materna e infantil, além de trazer inúmeros benefícios tanto para a saúde da mulher quanto para a criança.

Para Cagnin (2008) a principal recomendação para a redução da morbimortalidade materna e neonatal é que todas as mulheres sejam atendidas por pessoas qualificadas capazes de realizar todas as funções essenciais durante a gravidez. Associado a isso, conduzir o trabalho de parto e o

parto normal, de reconhecer o início das complicações, realizar intervenções essenciais, e dar início ao tratamento, são ações essenciais na redução da morbimortalidade materna e neonatal. Além disso, o autor ressalta a importância da supervisão da mãe e do bebê nas intervenções que estão além de suas competências ou que não são possíveis num contexto particular.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho constitui-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, sobre os aspectos da assistência de enfermagem na atenção ao pré-natal de baixo risco.

Por pesquisa entende-se um procedimento de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico para reconhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais (LAKATOS; MARKONI, 1997).

Segundo Almeida Júnior (1989) uma pesquisa bibliográfica é uma atividade de consulta e localização de fontes de informações escritas a respeito de determinado tema.

Uma pesquisa narrativa, de acordo com Aragão (2008, p. 298) é uma forma de construção do conhecimento que “auxilia no desenvolvimento da prática e a responsabilidade neste processo contínuo, evidenciando o valor da reflexão como elemento transformador de experiências”.

Esta pesquisa bibliográfica inclui a revisão de artigos indexados na base de dados Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (bases de Dados de Enfermagem) através da via de acesso Internet disponíveis na BIREME, Portal CAPES, MEDLINE e BVS em seus documentos disponíveis. Além de outros Sítios eletrônicos relacionados como o Ministério da saúde, sítios médicos e de organizações governamentais e não governamentais de caráter científico utilizando os seguintes descritores: assistência de enfermagem, pré-natal, atenção primária e saúde da família, enfocando os trabalhos que evidenciam a dinâmica do cuidado. O levantamento bibliográfico também decorreu por meio de consulta aos volumes literários e publicações de periódicos nacionais, todo o material pesquisado foi adquirido através de empréstimos, consulta privativa e por meio de financiamento particular.

O levantamento bibliográfico ocorreu no período de 25/11/2013 à 28/02/2014.

Ressalta-se que, no levantamento bibliográfico identificou-se sete (7) publicações que atenderiam aos objetivos proposto.

Contudo, incluímos um (1) levantamento do perfil das gestantes de alto risco encaminhadas pela equipe 4.7 ao Centro de Referência Saúde da Mulher (CRSM-BV-RR) publicados anteriormente devido à importância dos mesmos para o trabalho em questão.

5 - RESULTADO E ANÁLISE

5.1 IMPORTANCIA DO PRÉ-NATAL

Momento especial na vida da mulher, a gravidez, o parto e o puerpério constituem-se eventos fisiológicos que se desenvolvem em um contexto social e cultural que influencia e determina a evolução da gravidez bem como a sua assistência (DOURADO, 2005).

A gravidez não é uma doença, mas, como afirma Barbosa (2007), acaba provocando inúmeras transformações no corpo, estado emocional e psicológico da mulher, além de modificar também todo o contexto sócio econômico e cultural no qual se encontra. Segundo o autor, a combinação destes fatores torna este momento único e cada mulher vive esse processo gestacional de maneira diferente. Portanto, a assistência deve ser individualizada e holística e todos esses fatores jamais devem ser menosprezados pelos profissionais.

Para Cardoso, Santos e Mendes (2007) a realização do pré-natal é essencial a fim de prevenir e detectar precocemente patologias tanto maternas quanto fetais. Além disso, o pré-natal pode trazer maiores garantias de um desenvolvimento saudável para a criança e certamente uma redução nos riscos para as gestantes. As autoras ressaltam ainda que a troca de informações relacionadas às diferentes experiências entre as gestantes e os profissionais de saúde é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

Através do acompanhamento do pré-natal é possível o reconhecimento tanto de patologias desenvolvidas durante a gravidez, como também daquelas que já estavam presentes no organismo da mulher, porém, com um quadro evolutivo silencioso, são exemplos, hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, dentre outras. Assim, o diagnóstico precoce permite a implementação de um tratamento eficaz no intuito de evitar um maior prejuízo ao conceito e a mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida (NEUMANN et al., 2003).

Outro ponto destacado pelo Ministério da Saúde, quanto aos benefícios do acompanhamento pré-natal é que ele permite a detecção de problemas fetais, principalmente aquelas relacionadas às má-formações, sendo que algumas delas em fase iniciais (BRASIL, 2009).

Além do diagnóstico, hoje é possível, em algumas situações, o tratamento intraútero, que possibilita ao recém-nascido uma vida normal e ainda a avaliação de aspectos relacionados à

placenta, permitindo a introdução de um tratamento adequado. Outro benefício do pré-natal é a possibilidade de identificar precocemente a principal patologia responsável pela mortalidade durante o período da gravidez no Brasil que é a Eclampsia. Esta patologia se caracteriza pela elevação da pressão arterial da gestante, ocasionando um comprometimento da função renal e cerebral, chegando até mesmo a quadros de convulsões e coma (CALDEIRA et al.,2010).

O Ministério da Saúde cita os principais objetivos das consultas pré-natais: a preparação física e psíquica da mulher para a maternidade, a disseminação de informações educativas sobre os hábitos de vida e higiene, e ainda de manutenção do estado nutricional adequadas (BRASIL,2006). Além disso, através das consultas pré-natais pode-se obter a orientação sobre o uso de medicações que possam afetar tanto o feto, como à mulher e a evolução do parto, e também o tratamento de manifestações físicas peculiares da gravidez, como as náuseas, os vômitos, gastralgias, lombalgias, infecção urinaria, mamaria, dentre outras.

Para Cunha (2008) um pré-natal de qualidade deve ser um caminho para fortalecer a mulher e torná-la atora principal no processo de gestação e nascimento. Segundo Barbosa (2007) uma assistência pré-natal com qualidade não precisa necessariamente de procedimentos complexos e alta tecnologia, a final uma das chaves da qualidade desta assistência está, sobretudo em um relacionamento de confiança entre os profissionais, a gestante e sua família.

5.2 LEVANTAMENTO DE CAUSAS DE ÓBITOS FETAL E MATERNO DURANTE O ANO DE 2013- HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.S. DE NAZARE-BOA VISTA -RR.

QUADRO 04

Causa patológica	Óbito fetal	Óbito materno	Total geral
DPP	12	00	12
Causas desconhecidas	55	00	55
Pré-eclâmpsia	04	00	00
Malformação congênita	05	00	05
Prematuridade extrema	05	00	05
Sem pré-natal (zona rural)	04	01	04
Pós-trauma	02	02	02

Fonte: Coordenação de alto risco/CRSM/Dr. Murilo Mello

5.3 POLITICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.

Em resposta ao grave problema de saúde pública envolvendo a saúde materna e infantil, os serviços de saúde ao longo dos últimos anos foram sendo reorganizados, no sentido de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde. A promoção da saúde estabelece mudanças tanto nas ações e serviços, que edifiquem um conceito de integralidade para a abordagem das questões de saúde e reforçar a questão da equidade, a fim de promover transformações que atendam às necessidades de saúde das populações (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Um marco importante na Saúde Pública foi a Carta de Ottawa, resultado da I Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá em novembro de 1986, por implantar na agenda politica mundial pontos importantes da promoção da saúde. Esta conferencia definiu a promoção da saúde como um processo de habilitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde incluindo, uma maior participação no controle deste processo conceituando promoção para além do setor sanitário (BRASIL, 1996a).

Segundo Brienza (2005) a carta de Ottawa é considerada um dos documentos mais significante da promoção da saúde, sendo pautada em combinações estratégicas de politicas publicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde. Diz ainda que o conceito de promoção da saúde atual é uma estratégia inovadora, que propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a destinação de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de qualidade de vida para a população.

Até 1983 as politicas publicas de saúde voltavam para a atenção materno-infantil, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) houve uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher onde a “atenção integral à saúdes mulheres” deveria contemplar aspectos clínicos-ginecológicos e educativos, controle pré-natal, parto e puerpério, problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; doenças transmitidas sexualmente, câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. Foi a primeira vez que um programa voltava-se para a regulação da fecundidade.

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) está embasado nos princípios de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal para o adequado

acompanhamento do parto e puerpério, e, que a partir de um atendimento humanizado e participativo o profissional deve, além daquilo que se vê e apalpa, ouvir e levar em consideração as dúvidas e ansiedades da gestante (Duarte; Andrade 2008).

Para o Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família vem permitir uma melhor compreensão das situações vividas pela mulher em seu contexto social, e possibilita uma atenção pautada num diálogo mais completo durante o atendimento do pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde, o programa permite ainda o exercício da criatividade pelos profissionais de saúde, possibilitando a construção de vínculos mais espontâneos e naturais com a população “ir além da técnica” no sentido de transformar técnicas e protocolos em meios para alcançarmos um fim maior no qual o incentivo à autonomia esteja em primeiro lugar (BRASIL, 2005).

Uma das metas estipuladas pelas Nações Unidas no ano de 2000 foi a redução da mortalidade materna, pois suas principais causas são conhecidas, e mais de 80% delas poderiam ser prevenidas ou mesmo evitadas. Entre os fatores que estão diretamente relacionados ao aumento da incidência de mortalidade materna e neonatal é a crescente procura por cesarianas, comum em quase todos os países e que vêm ocorrendo em níveis epidêmicos em algumas regiões (CAGNIN, 2008).

Para que isso ocorra, os autores Caldeira et al.(2010), Gonçalves et.al.(2008) e Neumann et al.(2003) dentre outros afirmam que, para a assistência pré-natal seja além de contar com o papel especializado, que tenha as internações, exames e tratamentos que se fizerem necessários. Além disto, uma área física adequada com equipamentos e instrumental, instrumentos de registro e estatística, medicamentos básicos e uma avaliação periódica e continua das ações da assistência pré-natal são fatores importantes para a qualidade da assistência prestada.

5.4 A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.

A adesão das mulheres ao pré-natal está intimamente relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que em um último julgamento, será primordial para redução dos altos índices de mortalidades materna e perinatal verificados no Brasil e em vários outros países do mundo (CAGNIN, 2008).

A Organização Mundial da Saúde avalia que, pelas características menos intervencionais de seus cuidados, o enfermeiro é o profissional mais indicado para atender a mulher durante a

gestação e parto. Para a Organização este é o profissional com menor custo e que proporciona maior efetividade nas ações para o alcance da maternidade segura, diminuição da morbimortalidade e dos custos da assistência à mulher em todo o ciclo gravídico como no puerperal. O governo brasileiro tem procurado promover a capacitação de recursos humanos, entre eles, o enfermeiro obstetra, visando aumentar o seu quantitativo e reverter a situação do país através da qualificação do pessoal que atende a mulher. A importância do trabalho da enfermagem na atenção básica é reconhecida e os enfermeiros têm um papel fundamental com funções essenciais de saúde pública. Tal fato vem sendo reconhecido tanto pelos gestores como pela população em geral (CAGNIN, 2008).

O enfermeiro tem importante papel em todos os níveis da assistência e, principalmente, no Programa Saúde da Família (PSF) onde sua função administrativa e assistencial é de extrema relevância. Na assistência ao pré-natal, ele deve mostrar às gestantes a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez bem como informá-la dos serviços que estão à sua disposição (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004).

A utilização de normas e protocolos, apoiada pela Lei do Exercício Profissional (LEP) 7498/86 e Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 195/1997 e 271/2002, são apontadas como essenciais para guiar e respaldar a assistência pré-natal. Estes protocolos e normas têm função de sistematizar as tecnologias, conhecimentos e processos operacionais disponíveis a fim de guiar o cuidado para a qualidade. O emprego desses protocolos atualmente é considerado uma estratégia sólida, tanto nos serviços públicos como nos privados, devido à complexidade da organização do processo de trabalho em saúde. Essas ferramentas diminuem custos, aperfeiçoam a utilização de recursos para a obtenção de resultados estabelecidos em conjunto entre gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde (Coren-SP, 2007; SABINO, 2007).

Além das consultas, para uma assistência pré-natal efetiva, a equipe de saúde da família deve desenvolver atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários. Estas atividades devem preparar a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além de ensinar os cuidados com o bebê. Outro mecanismo que deve ser empregado na assistência pré-natal é a realização das visitas domiciliares, que tem como objetivo principal monitorar a gestante em seu contexto social, e orientá-la quanto aos cuidados adequados,

identificando possíveis fatores de risco e realizando os encaminhamentos necessários (SEMSA-BV-RR).

5.5 DESAFIOS DA ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.

O acesso ao acompanhamento pré-natal é um importante indicador de saúde, uma vez que prematuridade, a desnutrição e o baixo peso ao nascer refletem as condições de saúde da mãe e do conceito, e, indiretamente, as condições de vida da população. Embora a eficácia já comprovada do acompanhamento pré-natal na assistência a mãe e o conceito as taxas de morbimortalidade aponta deficiência na extensão da cobertura e na qualidade da assistência.

Cerca de 60% da mortalidade infantil e 9,7% das mortes maternas no Brasil é devida a causas ligadas à gestação e ao parto; somente 19% dos estados brasileiro apresentam cobertura de pré-natal acima de 40% (OBA; TAVARES, 2000).

A dificuldade das equipes de saúde no acompanhamento das gestantes reflete diretamente na qualidade de vida do binômio mãe e filho. Além disso, pode acarretar aumento da demanda aos serviços de saúde, incluindo internações; nascimento de crianças prematuras e com baixo peso; não realização de planejamento familiar e aumento de gestações indesejáveis; sobrecarga e trabalho para a família; absenteísmo e risco de desemprego (NEVES, 2010).

Outros aspectos a serem considerados são a desarticulação entre os serviços de saúde, a troca de profissionais constantemente, como também a falta de compromisso de alguns Agentes Comunitário de Saúde (ACS) de fazer a busca ativa no domicílio, o que acaba por levar a descontinuidade da assistência de pré-natal, parto e puerpério; a falta de registro médico no cartão da gestante, a demora nos resultados de exames laboratoriais e a falta de treinamentos para os profissionais

A inadequação da assistência também foi relatada por NEVES (2010), como decorrente da falta de registro e de gestantes cadastradas e aponta deficiência na estrutura e processo nas unidades de saúde da família. O autor coloca que mesmo com conhecimento e acesso às ações para prevenção de novos casos de gestantes sem cadastro, com ações educativas, incentivo ao pré-natal, busca ativa, as ações da equipe de saúde nem sempre cadastra 100% das gestantes. Este fato mostra a importância de preparar uma equipe de saúde, crítica e consciente do seu papel no acompanhamento das gestantes pelos profissionais de saúde da família.

Ainda segundo a autora supracitada, a dificuldade em cadastrar e acompanhar as gestantes pode indicar obstáculos no acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como a falta de orientação quanto sua necessidade e importância para uma gestação saudável.

A assistência ao pré-natal deve proporcionar a criação de diálogo que valorizem a mulher como ser integral, inserida num contexto social, familiar, considerando sua individualidade, emoções, dificuldades internas e histórias de vida anterior e atual. Com a valorização do contexto familiar juntamente com o enfoque da atenção à saúde a mulher é vista inserida num grupo familiar, que passa a existir como unidade da ação programática de saúde. Deste modo, a busca por parcerias capaz de garantir a eficácia das ações e o atendimento às demandas da comunidade e da mulher, aliada a identificação das situações de risco, na perspectiva de conseguir resolutividade nos serviços são extremamente importantes, bem como, agir preventivamente junto às mulheres, desenvolvendo ações educativas (CUNHA; MAMEDE; DOTTO, 2009).

A consulta de enfermagem juntamente com atividades educativas pode preencher as lacunas deixadas pela consulta médica tornando-se um espaço de discussão e orientação. Diferente da consulta médica que enfatiza unicamente os aspectos biológicos, o trabalho da enfermagem, associa as atividades educativas, nas quais aspectos psíquicos e as experiências são levados em consideração a fim de concretizar o objetivo fundamental da enfermagem: a promoção da saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda pesquisa, seja de campo ou bibliográfica, tem suas limitações e está não é exceção. A escassez e dificuldade de acesso à literatura especificam para alcance dos objetivos propostos constituíram as principais dificuldades para realização do trabalho.

No entanto, os resultados da revisão de literatura realizada mostram a importância da atuação dos membros da equipe de saúde de atenção básica junto às famílias e gestantes da área adstrita. Ficou evidente o destaque dado ao papel do Enfermeiro nas consultas de enfermagem no pré-natal, nos atendimentos individuais ou em grupos onde são abordadas questões referentes às relações familiares, cuidados com o recém-nascido, importância do acompanhamento pré-natal e a realização de todos os exames.

A atenção adequada à mulher é indispensável para garantir que ela exerça a maternidade com segurança e bem-estar. A equipe de saúde deve acolher a mulher e sua família, sendo este um direito fundamental de toda mulher. Para tal se faz necessário a formação de vínculo mais profundo com a gestante que lhe transmita confiança, segurança e tranquilidade. A principal ferramenta do profissional de saúde é a escuta qualificada. A capacidade de silenciar e ouvir o outro, respeitando as crenças e valores de cada pessoa melhoram a compreensão das suas necessidades e torna a abordagem mais resolutiva.

Os membros das equipes de saúde, de modo geral, se esforçam para prestar uma assistência de qualidade a todas as gestantes, contudo há várias dificuldades para o alcance desta meta. Dentre elas destaca-se sobre carga de atividades atribuída à equipe de enfermagem, principalmente ao enfermeiro que tem de atender o fluxograma de todas as coordenações, o que dificulta ou mesmo impede uma atuação mais eficaz. Outra grande dificuldade é a falta de protocolos municipais de atenção ao pré-natal, parto e puerpério para garantir uma assistência sistematizada que respalde as ações implementadas pelos enfermeiros.

Portanto, devem-se envidar esforços para que sejam oferecidos serviços de saúde de qualidade que atendam as necessidades da mulher no pré-natal, parto e puerpério. Para isso, é importante motivar todos os profissionais envolvidos na atenção básica. Além disso, é necessário que se garanta a realização de todos os procedimentos, conforme protocolo do Ministério da saúde para um pré-natal de qualidade e principalmente que se organize o sistema de atenção as gestantes entre os níveis de saúde.

Espera-se que este estudo contribua para reflexão dos gestores, dos profissionais de saúde, os órgãos normalizadores fiscalizarem as praticas ilegais da profissão, visando uma assistência à gestante, à puérpera e ao recém-nascido cada vez mais científica e humanizada.

7- REFERÊNCIAS

ALENCAR JUNIOR, Carlos Augusto, **Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência.** *Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* Rio de Janeiro, v, 28, N., p, 379, jul.2006.

ALMEIDA JÚNIOR, J.B. **O estudo como forma de pesquisa.** IN: **CARVALHO, M.C.M. Metodologia científica, fundamentos e técnicas: Construindo o Saber,** 12ª edição. Campinas, SP: Papyrus, 1989.

ARAGÃO, R. **Emoções e pesquisa narrativa: Transformando experiências de aprendizagem.** *Revista Brasileira de Linguística Aplicada,* 8(2). 295-320, 2008.

BARBOSA, Marco Antônio. **Avaliação da Assistência Pré-natal de Baixo Risco no Município de Francisco Morato,** 2007.111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Guarulhos, Centro de Pós-Graduação, pesquisa e extensão, 2007.

BENIGNA, Maria José Cariri; NASCIMENTO, Wezila Goç Alves do; MARTINS, João Lopes. **Pré-natal Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros.** *Revista Cogitare,* Curitiba, v, 9, N. 2, p 23-31, jul/Dez.2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistencia ao Pré-natal.** Manual Técnico. 3ªed. BRASILIA. 2006

_____.**Promoção da saúde: Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide, Declaração de Gundvall, Declaração de Bogotá.** Brasilia, DF, 2006.

_____.**Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** BRASILIA, DF, 2004.

_____.**Coordenação Centro de Referência da Saúde da Mulher/CRSM-BV-RR. Caracterização do perfil das gestantes de alto risco, encaminhadas pela equipe 4.7 UBS-Sayonara - SEMA-BV-RR. 2013.**

_____.**Mapa de Altas (Obstetrícia)- Hospital Materno Infantil N.S. Nazaré-HMINSN-BV-RR. 2013.**

_____.**Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde da Família. E Atenção Pré-natal e puerperal. Secretaria de Atenção à Saúde. Ed. Rosa Reis, N36, ano VII, jul/ago.2006.**

_____.**Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada- Manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3.edição revisada, Brasília. 2006.**

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de mortalidade materna. 3.ed. Brasília, DF.2007.**

_____. **Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. .Coordenação geral de informação e análise epidemiológica. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília, DF. 2009.**

BRIENZA, Adriana Mafra. **O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto. 2005.168f.** Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo-SP. 2005.

CAGNIN. Eclaise Regina Gonçalves. **Assistencia de Enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquaura/SP. 2008. 158f-Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto. SP. 2008.**

CALDEIRA, Antonio Prates; et al. **Qualidade da assistência Materno-Infantil em diferentes modelos de atenção primária. Revista de Atenção Primária a Saúde.** Juiz de Fora, v.13.n. 2, p.196-201, abr/jun.2010.

CARDOSO, Ângela Maria Rosas; SANTOS, Silvéria Maria dos; MENDEZ, Vanja Bastos. **O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação. Revista Diálogo Possíveis.** Salvador, v.6, n.1, p.140-159, jan/jun.2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – São Paulo: **Principais Legislações para o exercício da enfermagem. Publicação anual. São Paulo: Demais Editoração e publicação Ltda.** 2007.48p.

CUNHA, margarida de Aquino. **Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no Município de Rio Branco-AC: Contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico-puerperal. 2008.159f.** Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidade de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, 2008.

CUNHA, Margarida de Aquino; MAMEDE, Fabiana Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. **Assistência pré-natal: Competências essenciais desempenhadas por enfermeiros, Escola Anna Nery.** Revista de Enfermagem. {online}.v,13,n.1.p.145-153, jan/mar.2009.

DOURADO, Viviani Guilherme, **Gravidez de alto risco: A vida e a morte entre os significados da gestação.** Pós- Graduação Em Enfermagem-Universidade Estadual de Maringá. Maringá São Paulo. 2005.149 p.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: Uma experiência no Município de Campo Grande- BRASIL.** Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.17. n 2, p.132-139. Abr/jun 2008.

GONÇALVES, Roselane; et al. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um município da Grande São Paulo.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.61.n.3.p 349-353, mai/jun.2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamento de Metodologia Científica,** São Paulo: Atlas, 3 .ed. p. 270-1997.

OBA, Maria das Dores do Vale; TAVARES, Maria Solange Guarino. **Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP.** Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão preto, v.8, n.2, abril 2000. Acesso em 11/12/13.

SILVA, Leila Rangel da, CHRISTOFFER, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de, **historia, conquista e perspectivas no cuidado à mulher e á criança.** Revista Texto e Contexto-Enfermagem, Santa Catarina, v.14, n.4, p. 585-593, out/dez.2005. Acesso em 13/12/13.