



## ARTIGO DE PESQUISA

### ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA POR ENFERMEIROS: O OLHAR DA PUÉRPERA

*PRENATAL CARE CARRIED OUT BY NURSES: THE VIEW OF THE PUERPERA*

*ASISTENCIA PRENATAL REALIZADA POR ENFERMEROS: LA MIRADA DE LA PUÉRPERA*

*Jânia Cristiane de Souza Oliveira<sup>1</sup>, Bianca Priscilla Dorileo Fermino<sup>2</sup>, Elizete Paula de Melo Conceição<sup>2</sup>, Jacqueline Pimenta Navarro<sup>3</sup>.*

#### RESUMO

Ao longo dos anos, as propostas voltadas para integralidade da atenção às necessidades do público feminino contribuíram para romper com os princípios norteadores do modelo materno-infantil desenvolvido, marcando de maneira histórica a vida da mulher. O estudo objetiva identificar as ações de enfermagem realizadas pelo enfermeiro durante a gestação sob o olhar da puérpera. A pesquisa possui abordagem qualitativa, de campo, exploratória e descritiva. Participaram do estudo nove puérperas. Foi realizada entrevista semiestruturada e coleta documental, entre agosto e dezembro de 2013, em duas Unidades de Saúde da Família do município de Rondonópolis. Os resultados demonstraram algumas particularidades relacionadas à interação das mulheres diante das orientações em saúde (período gestacional, puerpério e cuidados com o recém-nascido) e às consultas de enfermagem (acolhimento, exame físico e conduta do enfermeiro). Concluiu-se que o enfermeiro é referência para assistência pré-natal, sendo suas condutas diretamente proporcionais à qualidade da assistência prestada.

**Descritores:** Cuidado pré-natal; Cuidados de enfermagem; Educação em saúde.

#### ABSTRACT

Throughout the years, the proposals geared towards the comprehensiveness of attendance to the needs of the female public have contributed to overcome the guiding principles of the mother-child model that had been established, marking woman's life historically. The objective of this study is to identify nursing actions performed by the nurses during pregnancy from the point of view of the puerperae. The research has a qualitative, field, exploratory and descriptive approach. Nine puerperas participated in this study. Semi-structured interview and document collection were carried out between August and December 2013 in two Family Health Units at the municipality of Rondonópolis, Brazil. Results showed some peculiarities related to the interaction of women when facing health orientations (gestation period, puerperium and newborn care) and nursing visits (care, physical examination and nurse conduct). We conclude that the nurse is a reference for prenatal care, his conduct being directly proportional to the quality of the assistance provided.

**Descriptors:** Prenatal care; Nursing care; Health education.

#### RESUMEN

A lo largo de los años, las propuestas vueltas hacia la integralidad de la atención a las necesidades del público femenino contribuyeron para romper con los principios que norlean el modelo materno-infantil desarrollado y marcaron de manera histórica la vida de las mujeres. El estudio tiene por objetivo identificar las acciones de enfermería realizadas por el enfermero durante la gestación bajo la mirada de la puérpera. La investigación tiene abordaje cualitativo, de campo, exploratorio y descriptivo. Participaron del estudio nueve puérperas. Se realizó entrevista semiestruturada y recolección documental, de agosto a diciembre de 2013, en dos Unidades de Salud de la Familia del municipio de Rondonópolis. Los resultados demostraron algunas particularidades relacionadas a la interacción de las mujeres frente a las orientaciones en salud (período gestacional, puerperio y cuidados con el recién nacido) y a las consultas de enfermería (acogimiento, exámenes físicos y conducta del enfermero). Se pudo concluir que el enfermero es referencia para la atención prenatal, al ser sus conductas directamente proporcionales a la calidad de la atención prestada.

**Descritores:** Cuidado prenatal; Cuidados de enfermería; Educación en salud.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Docente Assistente II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT/CUR), <sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT/CUR), <sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso. Docente Assistente II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT/CUR).

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, as mulheres obtiveram um considerável avanço por meio de uma longa trajetória de lutas pelos seus direitos em saúde. Anteriormente, a mulher era considerada apenas como objeto reprodutivo, por isso houve, por parte da sociedade, a necessidade de repensar e promover mudanças nas Políticas Públicas voltadas para a saúde feminina. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surgiu em 1984 com propostas voltadas para a integralidade da atenção às necessidades prioritárias do público feminino, rompendo com os princípios norteadores do modelo materno-infantil até então desenvolvido, marcando de maneira histórica a vida da mulher <sup>(1)</sup>.

Apesar das diversas melhorias trazidas pelo PAISM para a saúde da mulher, ainda havia falhas, por exemplo, quanto à atenção aos diferentes ciclos de vida, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, violência contra a mulher, saúde mental e ocupacional. Na busca por atender a essas demandas, em 28 de maio de 2004 surgiu a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” com a finalidade de reconhecer a saúde da mulher como prioridade do governo, englobando ações voltadas para mulheres que compunham diferentes grupos: indígenas, adolescentes, negras, presidiárias, homossexuais, portadoras de necessidade especial, entre outras. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi uma medida ministerial facilitadora e fundamental para esse processo <sup>(2-3)</sup>.

Vindo de um cenário no qual a assistência era fragmentada e se dividia entre a gestação, o puerpério e a saúde da criança, a Rede Cegonha surgiu em 2011 como uma estratégia inovadora que visa à integralização a partir da implementação de uma rede de cuidados que alcance a mulher em todas as

fases do ciclo de vida, assegurando-lhes o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e ao puerpério, e a um crescimento e desenvolvimento seguros e saudáveis às crianças de até 24 meses de vida. Entretanto, os índices de morbimortalidade materna e perinatal ainda persistem elevados no cenário brasileiro. Tais óbitos ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto, puerpério e ao recém-nascido <sup>(3-4)</sup>.

Apesar do aumento da cobertura de assistência pré-natal, o desafio de alcançar e manter um nível satisfatório de qualidade nos serviços prestados continua. A qualidade da atenção à mulher no pré-natal e no puerpério implica em garantir à mulher uma experiência de vida satisfatória nesse período, com gozo de saúde por parte dela e do recém-nascido e, para isso, faz-se necessário o envolvimento dos profissionais de saúde nesse processo, a fim de que tenham uma sensível mudança de atitude em relação à eficiência com que trabalham <sup>(5)</sup>.

Essa mudança de atitude é imperativa também no município de Rondonópolis. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a quantificação de óbitos maternos nos últimos anos foi de três óbitos em 2009; dois em 2010; quatro em 2011; zero em 2012 e em 2013. No que se refere aos óbitos de crianças de zero a 27 dias, segue o número de óbitos por ano: 29 mortes em 2009; 29 mortes em 2010; 20 mortes em 2011; 26 mortes em 2012; e 26 mortes em 2013. Entre as principais causas das mortes estão: transtornos respiratórios e cardiovasculares, e más formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, respectivamente <sup>(6)</sup>. Esses dados apontam para uma possível subnotificação dos casos de mortalidade materno-infantil, haja vista que o município possui em torno de 200.000 habitantes, além

da inexistência de um comitê de mortalidade materna.

Essa mudança implica ainda em garantia de uma assistência qualificada e humanizada. Para isso, deve-se incorporar condutas acolhedoras, evitar a realização de intervenções desnecessárias e dispor de fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.

Diante do pressuposto de que 92% dos casos de morte materno-infantil são evitáveis<sup>(1)</sup>, surgiram alguns questionamentos: como é a assistência do enfermeiro para a mulher durante esse ciclo de vida? Como é para a mulher vivenciar a assistência de enfermagem durante o pré-natal e puerpério? Para respondê-los, temos como objetivo identificar as ações de enfermagem realizadas pelo enfermeiro nos períodos de pré-natal e puerpério sob o olhar da puérpera.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho é constituído de pesquisa com abordagem qualitativa, de campo, exploratória e descritiva, desenvolvida em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Rondonópolis/MT, onde a coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2013. Foram consideradas elegíveis para o estudo nove puérperas residentes da área de abrangência de duas USF do município de Rondonópolis, Mato Grosso, as quais foram questionadas a respeito da assistência de enfermagem recebida durante o ciclo gravídico-puerperal.

Foram incluídas no estudo as puérperas que vivenciaram o puerpério imediato ou tardio no período da coleta de dados, que realizaram acompanhamento pré-natal na unidade e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas as puérperas menores de 18 anos.

Como a pesquisa foi realizada apenas com puérperas, padronizamos as falas com os pseudônimos: P1 (puérpera 1); P2 (puérpera 2); P3 (puérpera 3) e, assim, sucessivamente. Para as USFs foram estabelecidos os pseudônimos USF1 e USF2, uma vez que não identificamos a unidade, nem o nome dos sujeitos do estudo.

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada e, para isso, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: 1. Como foi a assistência do enfermeiro durante o período pré-natal e pós-parto? 2. Havia outros profissionais que lhe prestavam essa assistência? Além disso, foi utilizado o recurso de gravação em áudio, sendo as falas transcritas na íntegra para garantir a autenticidade e veracidade dos dados coletados. A amostragem foi definida pelo critério de saturação, que é interrompida “quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação”<sup>(7)</sup>. Além da entrevista, utilizamos o diário de campo e a coleta documental (prontuário, cadernos de educação em saúde das duas USFs).

A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo<sup>(8)</sup>. Este estudo é um recorte do projeto matricial intitulado “Assistência de enfermagem à gestante, puérpera e neonato em Unidades de Saúde da Família no município de Rondonópolis/MT”. Foram cumpridas as disposições regulamentadoras da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS) para pesquisa com seres humanos<sup>(9)</sup>, sendo o projeto de pesquisa deferido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) sob o nº 091/CEP-HUJM/10 de 26 de Julho de 2011. Foi colhida assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após a explicitação dos objetivos, riscos e

benefícios da pesquisa e da confidencialidade dos dados coletados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização das puérperas do estudo

Figura 1 - Caracterização das puérperas do estudo quanto à idade, número de gestações, tempo de moradia na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, número de consultas realizadas durante a gestação. Rondonópolis, 2014

	USF 1				USF 2				
	P1	P2	P3	P4	P1	P2	P3	P4	P5
Idade	25 anos	20 anos	24 anos	22 anos	30 anos	19 anos	22 anos	36 anos	20 anos
Nº de gestações	G2P2AØ	G1P1AØ	G1P1AØ	G3P3AØ	G2P1A1	G2P2AØ	G4P3A1	G3P2A1	G2P2AØ
Tempo moradia	1 ano	1 ano	5 anos	21 anos	24 anos	5 meses	1 ano	8 anos	3 anos
Nº de Consultas	10	17	16	30	14	6	10	9	2
Nº consultas pelo Enf.	2	10	4	12	8	4	2	2	2

A idade das puérperas entrevistadas variou entre 19 e 36 anos, sendo que 44,4% eram casadas, 11,1% separadas, 11,1% solteiras e 33,3% não possuíam dados de situação conjugal nos prontuários. Quanto ao grau de instrução, 11,1% possuíam ensino fundamental completo, 22,2% ensino médio incompleto, 44,4% ensino médio completo e 33,3% não possuíam dados referentes a esse quesito no prontuário. Em relação ao número de gestação, 22,2% eram primigestas, 44,4% secundigestas e 33,3% multigestas. Quando questionadas em relação ao tempo de moradia na área de abrangência de sua unidade, 11,1% das mulheres informaram morar há menos de um ano, 33,3% informaram morar há um ano, 33,3% referiram morar na área há menos de 10 anos e 22,2% relataram morar há mais de 20 anos na área.

No que diz respeito ao número total de consultas realizadas no período gestacional, foram quantificados os seguintes valores: 11,1% das mulheres realizaram menos de seis consultas de pré-natal, 11,1% realizaram no mínimo seis consultas e 77,7% das mulheres realizaram mais de seis consultas, sendo que o menor número de consultas foi duas e o maior, 30.

Já o número de consultas realizadas somente pelo profissional enfermeiro foi: 66,6% das mulheres realizaram menos de seis consultas de pré-natal e 33,3% realizaram mais de seis consultas, sendo que o menor número de consultas de enfermagem em pré-natal foi duas e o maior, 12.

Outro dado identificado está relacionado à idade gestacional em que as mulheres encontravam-se quando iniciaram o

acompanhamento pré-natal. As idades gestacionais das puérperas da USF 1 foram: P2 19 semanas e dois dias; P4 nove semanas e cinco dias; não foi possível identificar a idade gestacional em que P1 e P3 encontravam-se no início de seus acompanhamentos pré-natais. Já das puérperas da USF 2 foram: P2 oito semanas e cinco dias; P3 oito semanas e quatro dias; P4 12 semanas e três dias; P5 25 semanas e cinco dias; não foi identificado a idade gestacional em que se encontrava P1. Observou-se que apenas 33,3% mulheres iniciaram o acompanhamento antes do período de 12 semanas, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para garantia de qualidade no pré-natal é fundamental que o enfermeiro promova a captação precoce das gestantes, conferindo a elas o início dos cuidados pré-natais em um prazo que precede 12 semanas de gestação. Essa realidade tornou-se mais acessível após a inclusão do Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, teste que pode ser realizado na unidade básica de saúde com intuito de otimizar o início precoce do pré-natal <sup>(3)</sup>.

Após a confirmação da gravidez, inicia-se o acompanhamento da gestante por meio do cadastramento no Sis prenatal web (site governamental para o cadastramento de gestantes). Todas as medidas e procedimentos devem ser realizados e avaliados sistematicamente em toda consulta de pré-natal e registrados na Ficha de Pré-Natal e no Cartão da Gestante <sup>(3)</sup>.

### **Categorias descritivas da experiência das puérperas quanto à assistência de enfermagem**

#### **Educação em Saúde**

A gestação, o parto e o puerpério representam uma experiência das mais significativas na vida da mulher, sendo definido como um período de mudanças físicas

e emocionais que pode gerar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior do corpo <sup>(3)</sup>.

O período pré-natal constitui-se em uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar <sup>(10)</sup>.

Sendo assim, a educação em saúde deve ser feita de forma contínua durante todo o acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, abordando temáticas acerca da gestação e das mudanças morfofisiológicas ocorridas com a gestante e com o feto, assim como do trabalho de parto e dos cuidados pós-natal <sup>(10)</sup>.

Ao serem questionadas sobre as orientações recebidas durante o período gestacional, mulheres das duas unidades pesquisadas responderam que receberam algumas orientações: “Ah ela falava que [...] não podia ficar apertando o peito pá não ficar saindo colostro” (USF2, P2). “Assim, pra mim cuidar mais, assim, da minha alimentação...” (USF1, P4).

As orientações ofertadas a essas mulheres não deixam de ser importantes, mas podem ser explanados ainda outros temas, visto que a gestação se constitui em um período propício ao desenvolvimento de ações educativas voltadas à promoção da saúde. Dessa forma, podem ser incluídos tópicos acerca do desenvolvimento da gestação, das modificações físicas e emocionais, dos medos e mitos referentes à gestação e ao parto, dos cuidados de higiene e atividade sexual, incluindo prevenção das DST/AIDS e aconselhamento para o teste anti-HIV, das atividades físicas e práticas corporais, dos riscos do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas, além de abordar as queixas mais frequentes, tais como: sangramento vaginal, cefaleia, transtornos visuais, dor

abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço, entre tantos outros temas relevantes à saúde da gestante <sup>(3)</sup>.

Ainda referente à mesma pergunta, duas puérperas da USF2 deram respostas não contundentes, com um discurso positivo quanto às orientações, mas não sendo possível identificá-las nas falas seguintes: “Aí ela sempre falava tudinho pra gente sim” (USF2, P2). “[...] ela orientava sobre todas as dúvidas que eu expunha pra ela e... E orientava sobre as minhas dúvidas” (USF2, P5). Não é possível identificar nas falas anteriores as orientações recebidas e a dinâmica da ação educativa. Todavia, essa ausência de informação ou de recordação pode estar relacionada à metodologia utilizada para a realização desta educação, pois compreendemos que ela pode facilitar ou dificultar a compreensão e a participação da mulher. As práticas voltadas para abordagens emancipatórias, com o uso da problematização em detrimento à mera exposição de temas, favorecem à gestante quanto ao entendimento do ciclo gravídico-puerperal, além de propiciar espaço de escuta e diálogo entre ela e o profissional de saúde <sup>(11)</sup>.

Dessa maneira, torna-se imperativo enfatizar que as ações educativas realizadas durante o ciclo gravídico-puerperal não podem ser reduzidas a mero repasse de informações. Pelo contrário, o profissional de saúde deve considerar a singularidade de cada

mulher e sua família, com vivências, medos e anseios, diferentemente das demais <sup>(12)</sup>.

Isso nos leva a crer que a educação em saúde é válida tanto em grupo quanto individualmente. A equipe de saúde da USF precisa realizar a atividade educativa de maneira que facilite a participação de todos, pois quanto mais diversificado for o processo de orientação e troca de experiências, melhor será a vivência da mulher.

Outro aspecto a ser considerado, que não foi evidenciado em nenhuma USF pesquisada, é a inclusão de parceiros e familiares nas ações educativas como sujeitos com autonomia. Isso poderia contribuir para o fortalecimento da família, tornando-a mais capacitada para cuidar de seus membros <sup>(13)</sup>.

Outro espaço promissor para a realização da educação que também não foi evidenciada no estudo é o ambiente familiar, pois a gestante sente-se mais segura, à vontade para expressar suas dúvidas e anseios, além de promover o vínculo entre profissional de saúde, a gestante e sua família <sup>(10,14)</sup>.

Além da entrevista com as puérperas, utilizamos coleta documental, sendo possível detectar outros temas abordados pela equipe de saúde multidisciplinar em orientações de saúde em sala de espera e atividades em grupo. A periodicidade dessas orientações foi semanal na USF1 e quinzenal na USF2.

Figura 2 - Temas de ações educativas abordadas pelas Unidades de Saúde da Família pesquisadas. Rondonópolis, 2014

USF 1	
Tema Abordado	Profissional que realizou
Aleitamento materno	Enfermeiro Odontólogo Técnico de Enfermagem Acadêmico de Enfermagem Agente Comunitária de Saúde
Pré-natal	Enfermeiro Técnico de Enfermagem Acadêmico de Enfermagem Agente Comunitária de Saúde
Depressão pós- parto	Agente Comunitária de Saúde

Planejamento familiar	Agente Comunitária de Saúde
Importância do parto natural	Enfermeiro Acadêmico de Enfermagem
Cuidados gerais na gestação e puerpério	Enfermeiro Acadêmico de Enfermagem
Cuidados com o recém-nascido	Enfermeiro Acadêmico de Enfermagem
Violência contra a mulher	Psicóloga
Alterações fisiológicas do ciclo gravídico	Acadêmico de Enfermagem
Sinais de parto	Acadêmico de Enfermagem
<b>USF 2</b>	
<b>Tema Abordado</b>	<b>Profissional que realizou</b>
Aleitamento materno	Enfermeiro
Rede cegonha	Enfermeiro
Importância do parto natural × cesariano	Enfermeiro
Vacinação das gestantes	Técnico de Enfermagem
Teste do pezinho	Técnico de Enfermagem Acadêmico de Enfermagem
Saúde da mulher	Médico
Licença maternidade	Agente Comunitária de Saúde
Hepatites virais na gestação	Acadêmico de Enfermagem

Fonte: Cadernos de Registro das Educações em Saúde das Unidades de Saúde da Família pesquisadas (USF 1 e USF 2).

O processo educativo permite a socialização de experiências vivenciadas, tornando as mulheres capazes de identificar seus problemas como comuns a outras gestantes, desenvolvendo nelas o sentimento de confiança e segurança. A sala de espera das Unidades de Saúde da Família também proporciona um momento oportuno para serem desenvolvidas atividades coletivas de educação em saúde enquanto as mulheres aguardam para a consulta individual <sup>(2)</sup>.

O profissional que desenvolve a atividade educativa deve registrá-la, a fim de manter um acompanhamento das gestantes participantes e assim poder avaliá-la, o que poderá resultar em mudanças dos temas e didáticas aplicadas. Cabe ao enfermeiro definir as estratégias mais adequadas a serem utilizadas durante o processo educativo para torná-lo eficiente em seus propósitos. Além disso, é de suma importância que exista prazer e determinação no desenvolvimento de suas funções como enfermeiro, com o objetivo de integrar toda a equipe multidisciplinar no cenário constituído das práticas de educação

em saúde durante o ciclo gravídico puerperal <sup>(2-3)</sup>.

O enfermeiro e a equipe de saúde devem estar atentos para os fatores que interferem na compreensão das orientações dadas e incentivar a gestante por meio de uma boa interação, conversando, ouvindo com interesse, valorizando atitudes conducentes à saúde e experiências prévias realizadas pela equipe multiprofissional. Vale ressaltar que o contexto de cada gravidez é decisivo para o seu bom desenvolvimento, cabendo a esse profissional orientar a mulher em suas diferentes gestações <sup>(3,15)</sup>. No entanto, na fala que se segue, verifica-se que a mulher foi levada a crer que não necessitava de cuidados como as primigestas: “Não, porque ela, ela perguntava se eu já tinha alguma orientação né? [...] se é do primeiro menino, se eu já tinha outro menino, daí eu disse: já... Ah então num precisa muito não. Só quando é a pessoa não tem filho que a gente explica mais” (USF2, P1).

A partir do momento em que o enfermeiro tem esse tipo de conduta, ele

desvaloriza a mulher e seu momento gestacional, levando-a a não compreender que podem surgir dúvidas e anseios, mesmo não sendo sua primeira gestação, diminuindo sua oportunidade de contemplar cada gestação de forma diferente, enriquecendo ainda mais sua vivência.

A gestante necessita de oportunidade e espaço para compartilhar sua história e suas percepções, visto que isso favorece a manutenção e a promoção da saúde, sendo a educação em saúde não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como promoção de práticas educativas que desenvolvam a autonomia dos sujeitos <sup>(10-16)</sup>.

Quando a mulher não consegue esse espaço, ela tende a procurá-lo em outros profissionais, como pode ser percebido na seguinte fala: “Num perguntava pra ela nada não. Eu deixava pra falar sempre com o doutor [...] Tudo que refere questão eu e os meus filhos que eu preciso, geralmente eu vou no doutor” (USF2, P4).

Ainda que apenas uma puérpera da USF2 tenha se expressado dessa maneira, é válido ressaltar a importância da escuta ativa às mulheres no pré-natal, uma vez que, além de competência técnico-científica, o enfermeiro deve tornar-se sensível para compreender a mulher, o seu modo de viver e a sua habilidade de comunicação, fundamentado na escuta e na ação dialógica.

A mulher necessita ter acesso ao diálogo, sendo-lhe permitida a livre expressão de dúvidas, de sentimentos, de experiências e o estreitamento do vínculo entre o enfermeiro e a gestante. Nesse sentido percebe-se que a comunicação dialógica representa um pilar na relação entre enfermeiro e gestante, favorecendo à gestante compreensão do processo gestacional, empoderando-a para vivenciá-lo com tranquilidade <sup>(17)</sup>.

“O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o

saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família - atores principais da gestação e do parto” <sup>(3)</sup>.

A gravidez e o puerpério são períodos fisiológicos, porém delicados, devido às mudanças físicas que ocorrem rapidamente, podendo perturbar a mulher, a menos que ela compreenda o que está acontecendo no seu corpo <sup>(10)</sup>. Por isso a importância de orientar a mulher no período puerperal.

Segundo as puérperas da USF2, as orientações recebidas permitiram ampliar o conhecimento não apenas do processo gestacional, mas também do puerpério, com enfoque no aleitamento materno: “Principalmente sobre ah... O aleitamento. [...] aí ela me explicou como tirar, que eu não conseguia tirar [...] Me explicou como esvaziar pra depois dá o peito pra neném” (USF2, P5). “Aí toda vez que saísse aquele leite pouquinho que tivesse vazando, tinha que tá passando em redor do peito, pra não rachar e entendeu?” (USF2, P2).

Em estudo realizado com mulheres atendidas em USFs e Centros de Saúde no município de Cuiabá/MT, evidenciou-se que das 74 participantes do estudo, apenas sete receberam orientações quanto ao aleitamento materno. Entretanto, não basta que se intensifiquem as ações educativas quanto a essa temática, a equipe de saúde precisa considerar a mulher e sua família como protagonistas de todo o processo educativo, abandonar condutas autoritárias e oportunizar um espaço de diálogo com a família <sup>(18-19)</sup>.

Apesar de ser considerado um tema importante, deve-se notar que apenas três puérperas da USF2 citaram atividade educativa, sendo que uma afirma não ter recebido nenhuma orientação: “Nada disso foi falado” (USF2, P4), as outras cinco entrevistadas não falaram de orientação em saúde sobre aleitamento materno.

Outro ponto que merece ser observado é que, após o parto, a mulher tem necessidade

de atenção física e emocional. Além disso, a relação com o filho pode ainda não estar bem elaborada. Por isso, as atenções não devem ser concentradas apenas na criança. O Ministério da Saúde destaca a importância que deve ser dada à mulher nesse período, uma vez que suas próprias necessidades são postergadas em função das necessidades do bebê, mas ela continua a precisar de amparo e proteção, assim como durante a gravidez<sup>(3)</sup>.

É fundamental prestar assistência no período puerperal tanto em função da saúde da mulher quanto do recém-nascido com o objetivo de avaliar a interação mãe-filho e o estado de saúde de ambos, observar situações de risco para depressão pós-parto, orientar quanto à atividade sexual na fase puerperal, e ainda orientar no planejamento familiar e quanto aos cuidados com o bebê<sup>(16)</sup>.

A temática que trata sobre os cuidados com o recém-nascido foi abordada nas seguintes falas: “Ah, os cuidados com o bebê foi ela que me ensinou” (USF1, P2). “Me ensinava, assim, os primeiros cuidados, como é que tinha que ser” (USF2, P3).

Dessa maneira, o estímulo à participação da mãe e seus familiares no cuidado à criança favorece o sucesso dos resultados das ações em saúde, uma vez que permite a esse núcleo autonomia e confiança em seus atos, em especial, o papel materno. Os resultados reforçam que as puérperas devem participar de ações educativas em relação aos cuidados com o bebê, especialmente quanto às temáticas: nutrição, imunização, uso de medicações, crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes e atenção às condições prevalentes na infância<sup>(20)</sup>.

Dessa maneira, a abordagem quanto ao cuidado com o RN torna-se imperativa, pois facilita e tranquiliza a mãe quanto ao cuidado a ser dispensado a seu filho, deixando-a mais segura<sup>(21)</sup>.

### Assistência de enfermagem

O período de gestação tem como característica ser permeado por mudanças físicas e emocionais vivenciadas de diferentes formas pelas mulheres. O acompanhamento de todo esse processo e o acolhimento da gestante é conhecido como pré-natal<sup>(22)</sup>.

A realização do acompanhamento pré-natal é imprescindível para que a mulher compreenda o momento que está vivendo e, conseqüentemente, para que tenha despertado o interesse em participar do seu próprio cuidado. Seu principal objetivo é garantir um desenvolvimento adequado da gestação por meio da abordagem de aspectos psicossociais e de atividades educativas e preventivas que também visam resultar num puerpério saudável, sem impactos à saúde materna e neonatal. O enfermeiro é essencial nesse processo, sendo o responsável por fornecer suporte emocional à gestante e sua família e proporcionar a troca de experiências e conhecimentos durante todo o período gestacional<sup>(3,23)</sup>.

O acolhimento é essencial nesse contexto, cabendo ao profissional que presta os cuidados esclarecer questões que são únicas para a mulher de forma individualizada, exigindo dele capacidade de percepção, sensibilidade e diálogo<sup>(24)</sup>. Nesse contexto, o acolhimento pôde ser evidenciado nas seguintes falas: “Ela perguntava como é que eu tava... Se eu tava sentindo alguma coisa, se eu tinha feito os exames, perguntava o resultado, queria ver... Analisava a taxa de... de glicose, a taxa de anemia... a de urina... mandava fazer alguns exames na urina.” (USF1, P3). “Bem, ela perguntava se eu estava bem, como e... como eu estava me sentindo né, se eu estava é... fazendo as necessidades fisiológicas, se eu estava dormindo, se o bebê tava mexendo, né? Se eu tava sentindo alguma dor, algum sangramento” (USF2, P5).

A comunicação é uma das principais ferramentas de trabalho para o enfermeiro na consulta de pré-natal. O relacionamento entre enfermeiro e paciente deve estar pautado no respeito mútuo e na experiência vivenciada pela mulher gestante <sup>(25)</sup>. “Era bom, é gente boa pra conversar, gente... igual o que a gente tinha vergonha de falar pro doutor falava pra ela, né? Que é mulher, né? É melhor pra conversar [...] eu gostava de conversar com ela” (USF2, P2).

Observa-se na fala supracitada a relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência. É possível verificar que as mulheres depositaram confiança no trabalho do enfermeiro, o que favorece a formação de vínculo.

“Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo” <sup>(3)</sup>.

Não obstante, foram identificados alguns trechos que não condizem com as acepções de acolhimento citadas anteriormente, como “Perguntava se estava sentindo alguma dor, se o neném tava mexendo. E aí ela olhava o que o doutor já tinha anotado, porque depois que a gente saía do doutor que a gente ia passar por ela [...] Então muitas das vezes ela só perguntava pra mim: ‘Ah você está com tal coisa?’ [...] Sabe? Num... Num é, assim, dela querer saber através de mim.” e “Ah, não era tanto cuidado, que ela... Ela perguntava o necessário, não tinha aquela preocupação de se tá passando bem se não tá [...] As coisas que ela perguntava, sobre a gravidez e

terminava ela dava tchau ia embora. Pronto” (USF2, P4).

Alguns autores afirmam que, comumente, as práticas em saúde desenvolvidas pelos serviços não ocorrem de forma acolhedora. Diversas vezes, o acolhimento é visto como uma atividade isolada, oferecido apenas na recepção do usuário ou como acesso ao serviço de saúde, em vez de ser entendido como uma mudança na postura ou atitude dos multiprofissionais para atender a população em todas as suas instâncias <sup>(25)</sup>.

Dessa maneira, torna-se imperativo o papel do enfermeiro na consulta de pré-natal, na busca de promover o vínculo entre a gestante e os profissionais da saúde no acompanhamento durante o ciclo gravídico-puerperal, por meio do acolhimento com escuta qualificada. Essa atitude tem relação direta para a permanência e adesão da mulher ao pré-natal <sup>(26-27)</sup>.

Assim como o acolhimento, o exame físico é uma ferramenta fundamental para a realização do pré-natal, que, de acordo com o Ministério da Saúde <sup>(3)</sup>, deve ocorrer de forma direcionada, avaliando o bem-estar materno e fetal. Durante as entrevistas realizadas, as mulheres pontuaram alguns procedimentos realizados durante sua assistência pré-natal. “Media minha barriga, [...] o aparelho [sonar] no começo tava com defeito, né? Ela não conseguiu escutar os batimentos... Só depois do quinto mês”. “E media a barriga né, a altura... uterina que eles falam? Analisava a pressão, analisava... aquele negócio lá que eles... o peso, quanto eu engordei...” (USF1, P3).

Nesse trecho, as entrevistadas pontuaram acerca de alguns procedimentos mínimos a serem realizados durante um acompanhamento pré-natal, muitos de competência técnica. Observa-se que o foco era o exame obstétrico e não havia exame físico completo da gestante, avaliação

integral. Isso nos faz refletir sobre a transparência da consulta de enfermagem e se os cuidados prestados são suficientes ou se são realizados somente para fins burocráticos, pensando no repasse dos dados.

Quando o exame físico é realizado de forma completa e detalhada a cada consulta, ele se torna um parâmetro para a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. No exame físico devem constar avaliação do estado geral, peso, pressão arterial, palpação da tireoide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação abdominal, sistema musculoesquelético e inspeção de pele e mucosas, seguido pelo exame gineco-obstétrico, que é composto por: palpação obstétrica, medida e avaliação da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, registro dos movimentos fetais, exame clínico das mamas e exame ginecológico<sup>(5,28)</sup>.

Diante desta realidade, foi observado que o exame físico esteve presente nos registros em prontuários durante a coleta documental. Essas anotações foram identificadas na grande maioria das consultas realizadas de todas as mulheres entrevistadas, tanto da USF 1 como da USF 2, e continham dados referentes à pressão arterial (PA), medição da altura uterina (AU), batimentos cardíacos fetais (BCF), avaliação dos movimentos fetais (MF), peso, estatura, circunferência abdominal (CA), temperatura axilar, índice de massa corporal, e, em menor frequência, avaliação de edemas, exame clínico das mamas e colpocitopatológico de colo de útero. Entre os procedimentos citados, vale ressaltar que as medidas antropométricas eram registradas por técnicos de enfermagem. E ainda na USF 2, a grande maioria dos procedimentos foi realizada pelo médico.

O exame físico denota segurança que emerge da confiança e do esclarecimento de dúvidas, o depoimento a seguir denota falhas

nessa situação: “Eu consultei com ela, duas vezes só que ela tentou escutar o coração do neném. Na primeira vez ela não conseguiu. Tentou, tentou e não conseguiu, aí que ela me deixou nervosa [...] E eu me preocupei na hora, que eu falei: ‘Meu Deus! Meu filho não tá batendo o coração!’” (USF2, P4).

A fala anteriormente descrita remete à falta de cautela por parte do profissional no fornecimento de informações adequadas sobre a realização do exame, sua finalidade e importância e a possibilidade da ocorrência de determinados imprevistos, por exemplo, a melhor região para ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) é o dorso fetal e dependendo da posição da criança essa técnica é dificultada.

A ausculta dos batimentos fetais tem como objetivo constatar a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos fetais a cada consulta. Os BCFs são detectados pelo aparelho sonar-doppler a partir de 12 semanas e pelo estetoscópio de Pinard a partir de 20 semanas, sendo a frequência cardíaca fetal habitual entre 120 e 160 batimentos por minuto<sup>(3)</sup>.

Além da avaliação do BCF, outro exame imprescindível durante o acompanhamento pré-natal é a realização da Manobra de Leopold. Por meio da palpação obstétrica, é possível identificar a situação e a apresentação fetal a partir da identificação dos polos cefálico e pélvico e o dorso fetal (facilmente identificados a partir do terceiro trimestre), sendo possível, ainda, realizar a estimativa da quantidade de líquido amniótico. A detecção precoce, durante o pré-natal, das anomalias fetais e possíveis alterações na saúde materna permite o apoio familiar necessário e a possibilidade de encaminhamento a centros de assistência terciária que ofereçam estrutura para atendimento pré e pós-natal adequado<sup>(3,5)</sup>.

Ao realizar um comparativo entre as duas unidades, foram observados parâmetros

distintos no que se refere à realização do exame físico. Nas falas das puérperas, estiveram presentes muitos relatos descrevendo os tipos de exames físicos a que foram submetidas, porém houve prevalência de críticas negativas tanto entre as que pertenciam à unidade 1 quanto às da 2, sendo algumas já descritas anteriormente. Esse fato está diretamente relacionado com o tipo de conduta adotada pelo enfermeiro.

O enfermeiro é a principal referência para a gestante quanto à realização de ações preventivas e promocionais de saúde, sendo as condutas adotadas por esse profissional, durante as consultas de pré-natal, diretamente proporcionais à qualidade da assistência prestada. Sabe-se que o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87<sup>(3)</sup>.

Cabe ao enfermeiro fornecer as orientações necessárias referentes às sequências de consultas, que sejam de preferência mensais, visitas domiciliares e grupos educativos. É de suma importância que seja disponibilizado para a gestante o Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre ele; o calendário de vacinas e suas orientações; a solicitação dos exames de rotina e as orientações sobre a participação nas atividades educativas<sup>(3)</sup>.

As consultas subsequentes devem ser focadas no desenvolvimento da gestação atual, pesquisando por queixas mais comuns na gestação e sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, realizando o exame gineco-obstétrico, o cálculo da idade gestacional, a verificação do calendário vacinal, a avaliação dos exames complementares, a revisão e a atualização do Cartão da Gestante, bem como

do Sis prenatal web<sup>(3)</sup>. Algumas dessas condutas são identificadas nas falas a seguir: “Ela pedia os exames que o médico pedia. Se tivesse ultrassom ela pedia. Perguntava é... como que tava o neném. E se eu já tava tomando os remédios certinhos [...]” (USF1, P1). “[...] Os pedidos dos exames que era para ter feito de novo, que já tava quase para ganhar foi que ela pediu” (USF1, P2). “[...] Tomei vacina... Ela me encaminhou pra sala de vacina pra hepatite, dupla adulto, H1N1, antitetânica... Foi só” (USF1, P3).

Observa-se que entre as unidades de atenção básica analisadas, a USF 1 apresentou maior prevalência das medidas adotadas pelo enfermeiro durante as consultas, nas falas das mulheres. Essa característica representa um ponto positivo, porém fica clara a divergência de conduta entre os enfermeiros das unidades que participaram da pesquisa, visto que as atitudes tomadas pelo enfermeiro da USF 2 não estiveram presentes nos relatos das mulheres que por ele foram atendidas, emergindo a hipótese de que pouco foi realizado nos atendimentos.

Algumas condutas dos enfermeiros também estiveram presentes em forma de registros de enfermagem em prontuários (coleta documental), nos quais foi possível observar anotações relacionadas ao cálculo da idade gestacional (IG), data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), queixas, alterações físicas e emocionais, exames físicos, imunizações, resultados de exames laboratoriais e de imagem, atualização do Sis prenatal web, orientações em saúde e prescrições de enfermagem realizadas. O registro das informações, além de respaldar a atividade profissional, tem como finalidade construir todo o processo terapêutico ao qual a mulher foi submetida, ou seja, preservar seu histórico pessoal, que pode ser consultado em caso de necessidade em eventos futuros.

Outra conduta essencial parte do pressuposto de que o enfermeiro e o médico avaliam o risco gestacional. Para isso, é necessário que haja avaliação clínica da mulher e dos resultados dos exames de rotina de forma contínua. Caso se enquadre na categoria de risco, deverá ser garantido o encaminhamento e o acompanhamento pré-natal em um serviço especializado, porém também é papel da equipe da USF dar continuidade no acompanhamento dessa gestação, na atenção básica, favorecendo o vínculo e a possibilidade de cuidado integral à gestante e sua família. Toda demanda de gestante que comparece à unidade necessita ser valorizada, acolhida, tendo o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada <sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, um relato de uma puérpera proveniente da USF 2 denota grave preocupação: “Ela só pegava meu cartão de gestante, sabê se tava tudo bem [...] E mandava passá no outro mês e só” (USF2, P1). Nota-se nesse trecho, de acordo com o que foi descrito pela mulher, que a consulta de enfermagem baseava-se somente na verificação do cartão de gestante. Fica evidente a falta de compromisso por parte do profissional que se encontra atrelado às práticas mecanicistas, considerações que se opõem aos preceitos já apresentados anteriormente no que se refere à importância da comunicação e do respeito referente à experiência vivenciada pela mulher.

Observa-se, ainda, que determinados fatores estão intimamente vinculados às taxas de mortalidade materna no Brasil, como a discriminação feminina, as desigualdades de gênero e os determinantes biológicos e socioculturais das mulheres. Entretanto, é válido ressaltar que a qualidade da assistência interfere diretamente nessas questões <sup>(29)</sup>. Apenas um atendimento qualificado é capaz de reduzir a ocorrência de morbimortalidade materna, independentemente das condições biológicas e psicossociais das mulheres.

Alguns autores afirmam que o foco na ampliação do número de consultas de pré-natal de forma isolada não tem garantido qualidade assistencial. Sendo assim, é imperativo que haja aperfeiçoamento na qualidade das consultas e no acompanhamento individual e familiar das gestantes, com a finalidade de garantir melhorias nos estilos de vida e saúde, detecção contínua do risco materno e perinatal, preparo para o parto e pós-parto, maternidade, amamentação, cuidados com o recém-nascido, entre outros aspectos fundamentais da abordagem referente ao ciclo gravídico-puerperal <sup>(29)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a assistência de enfermagem prestada durante o pré-natal e puerpério sob o olhar da puérpera evidenciou aspectos importantes em relação à concepção de integralidade do cuidado dispensado à gestante durante esse período.

As contribuições dos relatos das mulheres permitiram o levantamento de fatores essenciais para o acompanhamento do processo gravídico-puerperal, que envolvem desde o acolhimento à conduta dos profissionais até orientações e procedimentos realizados por eles durante a assistência fornecida. Ficou evidente nesta pesquisa que tais fatores precisam ser trabalhados seriamente e com mais intensidade na organização e na prática dos serviços. Para tanto, é imprescindível que ocorra uma sensível modificação na assistência oferecida, sendo o enfermeiro o norteador desse processo, visto que representa a principal referência para a gestante quanto à realização de ações preventivas e promocionais de saúde.

Com anseio de obter melhorias no atendimento à saúde da mulher, especialmente gestante e puérpera, observamos que as ações voltadas para esse

momento único na vida precisam ser vinculadas à escuta ativa e dialógica e à valorização pessoal, conceitos inerentes ao processo de humanização e acolhimento.

## REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 2- Veronesi CL, Medeiros RMK, Gimenes LCV. Educação em saúde da mulher: autonomia e integralidade do cuidado. In: Mattos M, Veronesi CL, Junior AJS. Enfermagem na Educação em Saúde. Curitiba: Prismas; 2013. p. 71-102.
- 3- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 4- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 5- Secretaria de Saúde de São Paulo (BR), Coordenadoria de Planejamento em Saúde, Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: Secretaria de Saúde de São Paulo, 2010.
- 6- Ministério da Saúde (BR), Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis. Dados epidemiológicos de mortalidade materna e mortalidade infantil de 2009 a 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 7- Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27. edição. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 8- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- 9- Conselho Nacional de Saúde (BR), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 10- Darós DZ, Hess PT, Sulsbach P, Zampieri MFM, Daniel HS. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2010 [acesso em 5 nov. 2014]; 12(2):308-14. Disponível em [www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/v12n2.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2.htm)
- 11- Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm SP [Internet]. 2013 [acesso em 18 out. 2014]; 47(2):281-287. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200002>
- 12- Líbera BD, Saunders C, Santos MMAS, Rimes KA, Brito FRSS, Baião MR. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. Ciênc saúde colet [Internet]. 2011 [acesso em 15 nov. 2014]; 16(12):4855-4864. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300034>
- 13- Reberte LM, Hoga LAK. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. Cienc enferm [Internet]. 2010 [acesso em 5 nov. 2014]; 16(1):105-114. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100012>
- 14- Mello DF, Lima RAG. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança. Rev latinoam enferm [Internet]. 2009 [acesso em 5 nov. 2014]; 17(4):580-585. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400022>
- 15- Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Assistência pré-natal na percepção de

puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. Rev CEFAC [Internet]. 2013 [acesso em 23 out. 2014]; 15(3):653-662. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000081>

16- Carrara, GLR, Oliveira JP. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. Revista Fafibe [Internet]. 2013 [acesso em 19 nov. 2014]; 1(6):96-109. Disponível em <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/28/11122013185545.pdf>

17- Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev bras enferm [Internet]. 2009 [acesso em 5 nov. 2014]; 62(3):387-392. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>

18- Duarte SJH, Mamede MV. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. Cienc enferm [Internet]. 2013 [acesso em 19 nov. 2014]; 19(1):117-129. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>

19- Junges CF, Ressel LB, Budó MLD, Padoin SMM, Hoffman IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. Rev gaúcha enferm [Internet]. 2010 [acesso em 15 nov. 2014]; 31(2):343-350. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200020>

20- Marcacine KO, Orati PL, Abrao ACFV. Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. Rev bras enferm [Internet]. 2012 [acesso em 23 out. 2014]; 65(1):141-147. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100021>

21- Lima SS. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. Aquichán. 2013; 13(2):261-269.

22- Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. Psicol teor e pesq [Internet]. 2012 [acesso em 23 out. 2014]; 28(1):27-33. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

23- Santos CC, Ressel LB. Pré-natal e enfermagem: conhecendo novos olhares apoiados em políticas públicas. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. RIES. 2013; 2(1):79-87.

24- Medeiros LZR, Rosa AHV, Cunha PCC, Esteves APVS, Silva LR. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica do pré-natal. Rev pesqui cuid fundam [Internet]. 2010 [acesso em 5 nov. 2014]; 2(3):1105-1110. Disponível em [www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon\\_i cieon/files/0028.pdf](http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_i cieon/files/0028.pdf)

25- Araújo MAL, Andrade RFV, Melo SP. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/AIDS em fortaleza, Ceará. Rev. baiana saúde pública. 2011; 35(3):710-721.

26- Duarte SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do Programa Saúde da Família no atendimento pré-natal. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2014; 4(1):1029-1035.

27- Spindola T, Progianti JM, Penna, LHG. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. Cienc enferm [Internet]. 2012 [acesso em 23 out. 2014]; 18(2):65-73. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200007>

28- Lima LFC, Davim RMB, Silva RAR, Costa DARS, Mendonça AEO. Importância do exame físico da gestante na consulta do enfermeiro. Rev enferm UFPE [Internet]. 2014 [acesso em

23 out. 2014]; 8(6):1502-9. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4531>

29- Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [acesso em 5 nov. 2014]; 18(4):1059-68. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>

**Recebido em:** 18/12/2014

**Versão final reapresentada em:** 05/08/2015

**Aprovado em:** 05/08/2015

#### **Endereço de correspondência**

Jânia Cristiane de Souza Oliveira  
Curso de Graduação em Enfermagem - UFMT/CUR.  
Rod. Rondonópolis/Guiratinga, km 06 CEP:  
78.735-901 - Rondonópolis - MT. Brasil  
E-mail: [janiamt@gmail.com](mailto:janiamt@gmail.com)