



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

FRANCIANE LÚCIA DO NASCIMENTO

KARINA APARECIDA RIBEIRO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
PRÉ-NATAL: UM OLHAR SOBRE A GESTAÇÃO DE RISCO**

SÃO JOÃO DEL REI - MG

2018

FRANCIANE LÚCIA DO NASCIMENTO

KARINA APARECIDA RIBEIRO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
PRÉ-NATAL: UM OLHAR SOBRE A GESTAÇÃO DE RISCO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Gilberto de Souza.

SÃO JOAO DEL REI - MG

2018

# ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PRÉ- NATAL: UM OLHAR SOBRE A GESTAÇÃO DE RISCO

NASCIMENTO, Franciane Lucia<sup>1</sup>

RIBEIRO, Karina Aparecida <sup>2</sup>

1. Graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves. E-mail: nascimentofranciane@yahoo.com.br

2. Graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves. E-mail: Karinaapribeiro@hotmail.com

## RESUMO

O presente estudo tem como proposta apresentar a implantação da Estratégia de Saúde da Família com intervenções na área de abrangência como proposta de modificar o modelo curativo para o modelo de promoção e prevenção para o cuidado efetivo e integral principalmente as gestantes que estão em situação de risco. Através das políticas públicas da mulher se criou programas voltados a importância e atenção integral do pré-natal. Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza descritiva, realizado entre os períodos de 2013 a 2018. Foram adotados como critério de inclusão artigos que apresentaram coerência ao tema. Diante de tantas atribuições concedidas ao enfermeiro da Estratégia de saúde da Família o pré-natal tem sua relevância, pois trata a mulher em seu período gravídico, evitando mortes maternas e neonatais.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Obstetrícia; Gestante de risco.

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge na tentativa de transformar a sociedade brasileira e modificar o sistema sanitário. A reforma sanitária para criar melhorias na política e na saúde. Inicia em 1980 o movimento de saúde governamental com o objetivo de universalização, democratização, participação social e descentralização do serviço <sup>1</sup>.

A saúde combatia as patologias infecciosas, doenças crônicas, a saúde estava concentrada em combater as patologias. Hoje conta com a participação e a valorização do sujeito <sup>2</sup>.

A gestação é um processo singular onde o corpo passa por mudanças para abrigar o feto, ocorrem alterações emocionais e hormonais. As consultas de pré-natal geralmente são individuais nos consultórios e tratam do aspecto biológico da gestação <sup>3</sup>.

O enfermeiro é um elo fundamental na promoção e prevenção a saúde e é importante que este profissional, mesmo com todas as dificuldades nas ações educativas, vise uma qualidade no pré-natal. A educação em saúde deve executada

pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas escolas, salas de espera, espaços comunitários e nos grupos já existentes nas unidades <sup>4</sup>.

Este trabalho se justifica pela necessidade de enfatizar a importância do pré-natal na ESF, onde o enfermeiro estabelece um vínculo com a comunidade, desta maneira alguns agravos podem ser evitados e controlados.

A metodologia empregada foi de pesquisa bibliográfica e como estratégia de busca os achados referentes aos estudos foram obtidos por meio de consulta em duas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS). O período de publicação dos periódicos ficou estabelecido entre os anos de 2013 a 2018.

O trabalho foi dividido em três capítulos: o primeiro referente à atenção primária que aborda sobre sua história, início e conceituação; o segundo sobre a gestação e suas complicações e por fim o terceiro e último capítulo diz sobre a importância do enfermeiro no pré-natal, onde pode atuar, o que ele deve fazer e suas ações para ajudar a comunidade mesmo com obstáculos.

## **2. ATENÇÃO PRIMÁRIA/PRÉ-NATAL: CONCEITOS BÁSICOS**

O SUS na tentativa de transformar a sociedade brasileira e modificar o sistema sanitário que até então se fazia ineficiente. O movimento da reforma sanitária teve como objetivo criar melhorias na política e na saúde e culminou com a criação de um sistema que olhasse a saúde como direito social. Em 1980 deu início um movimento de saúde governamental com o objetivo de universalização, democratização, participação social e descentralização do serviço <sup>1</sup>.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 surgem os princípios para a reforma sanitária com o conceito de criação do sistema único de saúde, que foi constituído por algumas diretrizes: hierarquização, regionalização, descentralização, atendimento integral, participação da comunidade, acompanhado de algumas diretrizes: universalidade, integralidade, preservação da autonomia, igualdade é informação a todos <sup>1</sup>.

Em primeira instância a saúde combatia as patologias infecciosas, depois as doenças crônicas. A luta pela saúde estava concentrada em combater as patologias, com foco na mudança de comportamento e cuidados médicos, hoje conta com a participação e a valorização do sujeito <sup>2</sup>.

As dificuldades relacionadas à saúde pública sempre causaram grandes debates no Brasil pela demanda crescente da população, surgindo a necessidade de atendimento primário a saúde com a participação do estado garantindo dignidade e qualidade de vida. Mesmo com os recursos escassos oriundos do poder público, na década de 80 a Constituição Federal Brasileira já anunciava que era dever do estado ofertar saúde aos menos favorecidos através de promoção, prevenção, recuperação e cura, levando o cidadão a um cuidado preventivo e afastando-o de futuros agravos <sup>5</sup>.

É de extrema importância a participação do estado na educação da população no que se diz respeito à saúde, sendo aplicada antes do adoecimento ao maior número de cidadãos. Esse desempenho retorna ao poder público em forma de economia, uma vez que é mais fácil prevenir, deixando a parte curativa só para os casos mais graves. Também se faz importante mencionar que o bem-estar mental, social, físico e a qualidade de vida são de suma importância para uma vida digna e de qualidade <sup>5</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como prioridade a saúde familiar, com foco no acesso universal, atenção integral, ações intersetoriais e esclarecimentos educativos com objetivo na promoção e prevenção a saúde e participação social <sup>6</sup>.

No Brasil a atenção à saúde teve enfoque na assistência médica, individual e curativa. Esse modelo é chamado de biomédico e caracteriza a saúde como ausência de patologias, utilizando tecnologia organizacionais relacionada a aos equipamentos tecnológicos (tecnologia dura). Como tentativa de mudar esse modelo surgiu o SUS que teve sua implantação em 1988 com a Constituição Federal <sup>1</sup>.

No Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 com o intuito de renovar o velho sistema em vigor. Mais adiante se tornou ESF com foco no modelo assistencial, que veio para guiar a assistência e firmar o contrato entre o serviço e a população <sup>7</sup>.

A ESF trabalha com uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) que acompanham um número determinado de famílias residentes em sua área de abrangência, desenvolvendo ações por meio de formas democráticas, práticas sanitárias e com participação da comunidade no processo saúde doença <sup>8</sup>.

Surgem no Brasil na década de 80 através do movimento feminista, as políticas públicas de saúde da mulher, sendo implantado o Programa de

Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) que tem como objetivo cuidar da mulher no período de gestação garantindo qualidade no pré-natal onde a primeira consulta seja realizada até o quarto mês ocorrendo no mínimo seis consultas gestacionais e uma puerperal<sup>9</sup>.

A gestante deve receber orientações quanto à vacinação garantindo imunização tanto para ela quanto para o feto. São recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde (MS) as seguintes vacinas: dupla adulto - difteria e tétano (DT) para prevenção contra tétano neonatal e acidental, influenza sazonal contra a gripe e hepatite B pensando no risco da gestante não ter vacinado e contrair ou ocorrer a transmissão vertical e contra difteria, tétano e coqueluche (DTPa) uma dose a cada gestação. Todas as vacinas se encontram na ESF lembrando que o enfermeiro irá orientar quantas e quais vacinas serão realizadas, seguido dos seus intervalos e dosagens<sup>10</sup>.

Vacinas	Aplicações
Dupla adulto (DT)	Protege o bebê contra o tétano neonatal. São necessárias inicialmente 03 doses e reforço a cada dez anos salvo no período de gestação que pode ser realizada com intervalo de cinco anos
DTPA	Proteção contra difteria, tétano e coqueluche uma dose a cada gestação entre a 20 <sup>a</sup> e 21 <sup>a</sup> semana.
Gripe	Proteção contra a gripe sazonal, podendo ser aplicada em qualquer período gestacional.
Hepatite B	Proteção contra hepatite do tipo B necessário 3 doses podendo ser administrada em qualquer período gestacional. Caso a mulher já tenha as três doses registradas antes da gravidez não é necessária nova aplicação.

Fonte: BRASIL, 2018.<sup>11</sup> Calendário de Vacinação da Gestante.

Para acompanhar as diretrizes do PHPN foi desenvolvido um software denominado (SISPRENATAL) de humanização no pré-natal e nascimento com

finalidade de implementar as ações e criar indicadores na assistência ao pré-natal nas esferas municipais, estaduais e federais gerando indicadores na assistência ao pré-natal e apresentando estes dados por períodos e localização. Para que ocorra um bom atendimento às gestantes, é importante que o SISPRENATAL seja alimentado com informações fidedignas <sup>9</sup>.

Em 2011 o Governo Federal implantou a Rede Cegonha no SUS com o propósito de desenvolver a atenção humanizada no pré-natal, nascimento e acompanhamento das crianças até dois anos de idade desenvolvendo trabalhos na maternidade e na atenção básica, contando com a participação dos gestores e usuários na construção do cuidado, levando em conta os serviços, territórios, equipes e particularidades entre cada gestante <sup>12</sup>.

É necessário se preocupar também com o período puerperal, onde o corpo da mulher passa por novas modificações relacionadas aos sistemas urinários, respiratório, gastrointestinal, endócrino e especialmente nas tubas uterinas, istmo, colo uterino, corpo uterino, vagina, vulva, ovário e mamas, levando a um desconforto emocional e físico. Este período se inicia logo após o parto e perdura por até 42 dias com etapas: imediata (até 10 dias), tardia (entre 10 e 42 dias) e puerpério remoto (após os 42 dias) onde inicialmente a puérpera sente muitos desconfortos. Com recuperação gradativa, a consulta de enfermagem pode auxiliar nesta fase traçando planos de cuidado para a puérpera <sup>13</sup>.

Para que todos os projetos da rede cegonha ocorram conforme planejado algumas estratégias podem ser adotadas pelo MS, como atenção continuada aos profissionais que atuam nesta área, um centro de apoio com atuação neonatal e obstétrica, com o intuito de obter um trabalho interligado entre as maternidades em toda extensão Brasileira <sup>12</sup>.

Relacionado com a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) temos o planejamento familiar um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejarem suas futuras famílias, enfatizando uma assistência à mulher de uma maneira integral, oferecendo um acompanhamento no período fértil, programando e espaçando as gestações, evitando complicações materno-infantis, abortos e gravidez indesejada, sendo executado, principalmente pela equipe de enfermagem <sup>14</sup>.

### **3. GESTAÇÕES: SUAS MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES**

A gestação é um processo singular na vida de uma mulher onde o corpo passa por inúmeras mudanças para abrigar o feto, ocorrendo alterações emocionais e hormonais. O medo e a ansiedade tomam conta, principalmente nas primigestas que vão vivenciar este processo pela primeira vez em suas vidas. As consultas de pré-natal geralmente são individuais nos consultórios e tratam do aspecto biológico da gestação <sup>15</sup>.

Na ESF o atendimento também se faz em grupos, onde é possível trocar experiências e falar de suas vivências. Essa troca de informação entre as gestantes e o profissional é a melhor maneira de trabalhar educação em saúde e processo gestacional <sup>15</sup>.

Neste momento de acompanhamento da gestante toda conduta e procedimento devem ser cadastrados no cartão da gestante e na ficha de pré-natal. A mulher deve receber orientações durante todas as consultas, levar o cartão da gestante que deve ser preenchido com a referência da maternidade da região. Caso ocorra alguma intercorrência e haja a necessidade de ser encaminhada para outro hospital, esta referência hospitalar deve estar registrada no cartão, a fim de garantir atendimento rápido sem que a gestante perca tempo em unidades que não são de referência para seu caso, orientações sobre o calendário de vacinação e o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) também é importante estarem corretamente preenchidos <sup>10</sup>.

Diante de tantas mudanças é essencial que seja realizado um bom acompanhamento gestacional. O pré-natal garante uma qualidade na saúde das mães e dos bebês. Durante as consultas é possível identificar através de exames clínicos e anamnese alguns agravos, sendo necessário e indispensável realizar medidas de prevenção e orientação a gestante <sup>15</sup>.

Uma das causas de agravo no período gestacional está relacionada, ao sobrepeso da paciente cujo aumento além do esperado se dá pelo acúmulo de tecido adiposo no corpo e tem como consequência o aparecimento de patologias, podendo agravar-se caso o sobrepeso seja pré-existente. Normalmente no período gestacional ocorre um aumento de peso entre o terceiro e quarto trimestre da gestação, devido a fatores hormonais, alimentação inadequada, feto, placenta, líquido amniótico, útero, mamas, volumes sanguíneos. Quando a gestação ocorre

em mulheres com índice de massa corporal (IMC) elevado a chance de complicações como hipertensão específica da gestação e diabetes mellitus é de 2 a 6 vezes maior do que em mulheres que evoluíram para o sobre peso na gestação <sup>17</sup>.

Entre algumas das complicações mais frequentes durante o processo gestacional está a síndrome hipertensiva, que é responsável também por óbitos perinatais e sequelas em neonatos, por ser uma doença que apresenta vários fatores. Sua manifestação se dá com a hipertensão e perda de proteína na urina, ocorrendo a partir da vigésima semana, evolui para uma complicação chamada pré-eclâmpsia. Nesta fase mais grave, ocorre uma irritação do sistema nervoso causando convulsões e a cliente pode apresentar edema, que é um indicativo da patologia que neste momento recebe a denominação de eclâmpsia <sup>18</sup>.

Mesmo com toda sua relevância na saúde pública a hipertensão gestacional tem sua causa desconhecida, sabendo-se que para classificá-la é necessária a presença da placenta onde ocorre uma invasão trofoblástica (gravidez molar). Não se tem conhecimento se a mesma se apresenta por fatores ambientais, genéticos ou imunológicos, mas se apresenta em mulheres com idade maior que 35 anos e menor que 15, primeira gestação, raça negra, mais de quatro gestações, história familiar de pré-eclâmpsia. Vários sistemas como sanguíneo, cerebrais e hepáticos podem ser atingidos pela síndrome hipertensiva devido ao quadro de convulsões. Já para o feto ocorrem infartos placentários, deslocamento prematuro da placenta e retardo do crescimento intrauterino <sup>18</sup>.

Em muitas situações a hipertensão também pode ser acompanhada de níveis de intolerância ao carboidrato, definido como diabetes mellitus, onde ocorre o aumento da glicose no sangue durante o período da gestação. Este aumento pode ser explicado pelos níveis elevados dos contrarreguladores da insulina (hormônios), que se elevam devido a fatores predeterminantes, como ambientais, genéticos e estressores gerados pela gravidez. Outros hormônios como prolactina, cortisol, progesterona e estrógeno também são hiperglicemiantes, porém o mais importante é o lactogênio placentário <sup>19</sup>.

Durante a primeira consulta é importante avaliar os níveis glicêmicos levando-se em conta os fatores de risco pré-existente como obesidade e história familiar sendo necessário realizar o teste de glicemia capilar em jejum. Caso o valor

apresentado seja  $\geq 85\text{mg/dl}$  com estas características se faz necessário um rastreamento mais detalhado, com exames laboratoriais. São possíveis em alguns casos controlar com dieta e outros medicamentos <sup>19</sup>.

Devido à intolerância à glicose durante a gestação é possível que a gestante permaneça com os níveis elevados após o parto e como consequência perinatais pode ocorrer um crescimento exagerado (bebê macrossômico) ou óbito fetal. O primeiro caso de diabetes gestacional ocorreu em 1823 levando a estudos para melhor conhecimento da doença e estabelecendo um rastreamento no início da gestação na primeira consulta e com 24 e 28 semanas, a fim de evitar tais complicações, sem deixar de lado as anemias ferroprivas e infecções urinárias, frequentes nas gestantes <sup>20</sup>.

Entre tantas complicações que pode ocorrer durante a gravidez uma em especial vem se sobressaindo nos últimos tempos e está relacionada com a sífilis. Uma patologia sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum* que durante a gestação podem implicar em consequências para o feto. A sífilis foi descoberta em 1906 e houve um declínio na década de 40. Atualmente ela voltou a ser um caso de saúde pública. A sífilis é uma patologia sistêmica de variável evolução podendo ser prevenida com preservativos e práticas sexuais seguras, sendo importante um diagnóstico precoce e mais zelo nas gestantes, com o intuito de evitar uma sífilis congênita. Para garantir este cuidado é importante um pré-natal de qualidade, um bom rastreamento, acompanhamento e tratamento do parceiro <sup>15</sup>.

Quando uma gestante é contaminada por esta bactéria e não se trata ou realiza o tratamento de forma inadequada a patologia é transmitida para o feto (sífilis congênita), podendo ser transmitida em qualquer fase da gestação ou de forma tardia durante o parto. O teste rápido ou *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) é muito importante para se detectar de forma precoce a contaminação pela sífilis, sendo realizado na gestante em sua primeira consulta e repetido com 28 semanas de gestação. Assim, a gestante e seu parceiro tem a oportunidade de se tratar, evitando que o conceito se contamine <sup>21</sup>.

Como consequências para o feto, temos baixo peso, prematuridade ou óbito neonatal. No ano 2000 tornou-se obrigatória a notificação no sistema nacional de agravos de notificação (SINAN) juntamente com o pacto pela vida, que visa reduzir a

mortalidade materno-infantil. O SINAN trouxe melhoras na qualidade e disponibilidade das informações, entretanto a subnotificação é frequente <sup>22</sup>.

No Brasil nos últimos cinco anos um aumento nos casos de sífilis gestacional, adquirida e congênita. Este fato pode ser observado pela cobertura dos testes rápidos, redução do uso de preservativo e no alto índice de casos notificados no SINAN. Por ano um milhão de gestantes é afetada pela sífilis. A taxa de morte neonatal e fetal é de 300 mil, sendo 200 mil bebês colocados em risco de prematuridade. Mesmo com a alta taxa epidemiológica de sífilis o Brasil ainda não tem uma estratégia para eliminar a contaminação vertical <sup>23</sup>.

“No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita- entre eles, 185 óbitos - no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observadas as taxas, individualmente para cada estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis em gestantes encontradas no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Em relação à sífilis congênita os três primeiros estados supracitados permanecem em evidência, ao lado do estado de Pernambuco [...]” <sup>23</sup>.

#### **4. IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

O enfermeiro da ESF tem algumas atribuições como administrativas, gerenciais, planejamento do trabalho da equipe, organização dos insumos e ações educativas para a equipe e comunidade. Na parte assistencial são realizados atendimento em grupos, individuais e familiares, geralmente em espaços comunitários. O enfermeiro é o principal multiplicador de situações voltadas para a saúde, atuando na prevenção e promoção, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população <sup>24</sup>.

“Seu trabalho contribui nas ações epidemiológicas, fortalecendo o modelo assistencial, sendo apto há realizar consultas à gestante de baixo risco com autonomia de encaminhar para outros setores se necessário, solicitar exames, prepara-la para a hora do parto, cuidados com a vacinação, amamentação e com o recém-nascido” <sup>25</sup>.

Cada integrante da equipe multiprofissional de saúde deve conduzir a assistência ao pré-natal de acordo com sua habilitação, conforme os protocolos instituídos pelo MS. Por seu impacto na melhoria da assistência pré-natal e na redução da mortalidade materna, a atuação qualificada da Enfermagem obstétrica é um dos pilares da Portaria nº 1.459/2010 do MS, que cria a Rede Cegonha, promovendo atenção humanizada e segura <sup>26</sup>.

A ESF vem se destacando em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e tudo isso se dá pela dedicação da enfermagem com o trabalho. O enfermeiro é o principal norteador na atenção básica por sua capacidade de cuidar da população, levando em consideração as ações preventivas e curativas. Compartilhando seu conhecimento científico com os saberes populares, o enfermeiro que atua na parte obstétrica tem que ter um olhar diferenciado para trabalhar com as crenças e as políticas de atenção integral à mulher, visto que a educação em saúde no período gravídico puerperal minimiza possíveis dificuldades e traz confiança para o papel materno <sup>25, 27</sup>.

O pré-natal é um dos métodos mais importantes da saúde pública, por reduzir situações que levam ao risco da mortalidade neonatal. Nos últimos anos houve um aumento da cobertura de consultas de pré-natal no país, mas a qualidade das consultas não acompanhou esse desenvolvimento. Esta observação é possível pois algumas causas que levam a prematuridade e mortalidade estão relacionadas com fatores socioeconômico, demográficos, emocionais, pré-natal inadequado e patologias evitáveis que afetam as mulheres no período da gestação, sendo importante que a mulher tenha um acompanhamento com profissionais capacitados <sup>28</sup>.

O enfermeiro é um elo fundamental na promoção e prevenção a saúde e é de suma importância que este profissional persista, mesmo com todas as dificuldades nas ações educativas, visando uma qualidade no pré-natal. A educação em saúde é uma estratégia para controle e prevenção da transmissão de patologias, sendo executadas pelos enfermeiros da ESF nas escolas, salas de espera, espaços comunitários e nos grupos já existentes nas unidades, caracterizando uma conduta para conscientização e prevenção <sup>4</sup>.

É importante que a gestante perceba o conhecimento do enfermeiro nas ações prestadas para que se sinta segura e acolhida. Quando a consulta de pré-natal não transmite confiança para a gestante há uma redução do vínculo paciente-profissional e conseqüentemente a redução do interesse pelas consultas, surgindo complicações no parto, prematuridade, aumento de infecções e até mesmo casos mais graves <sup>29</sup>.

A gravidez pode trazer uma felicidade enorme, mas também pode vir acompanhada de tristeza como: gestação indesejada, saúde comprometida por alguma comorbidade, situação financeira, histórico de aborto espontâneo que causa

na mulher uma ansiedade, podendo levar a sangramentos e evoluir para um aborto. Para o feto pode ocasionar baixo peso, prematuridade e até mesmo atraso no desenvolvimento da criança <sup>30</sup>.

O profissional deve ser capaz de observar e prevenir a depressão, principalmente a pós-parto, ficando atento aos sinais e sintomas apresentados como tristeza, ansiedade, variação no humor e isolamento. Muitas vezes estes sintomas não são levados a sério por serem confundidos com o desamino gerado pela gestação. A depressão no período puerperal pode causar consequência para o binômio mãe e filho, principalmente para a criança, que perde o vínculo materno e é necessário o encaminhamento precoce ao profissional responsável <sup>30</sup>.

O enfermeiro deve promover grupos educativos voltados para os adolescentes a fim de orientar esse público sobre vida sexual ativa. Uma das atuações de extrema importância do enfermeiro são os cuidados com as adolescentes no seu período gestacional, uma vez que é considerado um problema de saúde pública mundial, para orientar quanto aos cuidados durante o pré-natal e período puerperal, mostrando para elas a realidade de ser mãe é como cuidar do recém-nascido. Na maioria das vezes além da gravidez indesejada há o fator sócio-econômico que dificulta ainda mais a vida dessas garotas, sendo o profissional de enfermagem um orientador fundamental, que ao longo dos grupos vão esclarecendo os mitos e medos, deixando-as mais seguras. E auxiliando no seu precoce desenvolvimento para se tornar mãe <sup>31</sup>.

Dentre as atividades incluem-se também estratégias para adolescentes grávidas que sofrem violências. Com a execução de projetos que visando atender a adolescentes e os familiares, sendo possível reconhecer os casos mais aprofundadamente, realizando as notificações, entrando em contato com a rede de apoio e equipe multidisciplinar, fortalecendo o trabalho da equipe e fazendo de cada estratégia individual um laço forte e bem estruturado para lidar com a situação da violência em uma fase tão importante da vida <sup>32</sup>.

Nos últimos dez anos, houve um aumento da contaminação pelo vírus HIV no Brasil, aumentando a transmissão vertical que ocorre durante o parto, mas com as devidas intervenções precocemente as taxas de contaminação podem chegar a zero, cabe ao enfermeiro promover a prevenção de doenças de risco afim de evitar as contaminações <sup>33</sup>.

Quando já se tem o conhecimento da contaminação da mulher o cuidado deve se iniciar no pré-natal para prevenir a transmissão vertical, seguindo no pós-parto, onde cabe ao enfermeiro orientar o não aleitamento materno, orientando os preparos e administração das fórmulas alimentares. Em todo o processo gravídico a mulher deve receber orientações para que seja ativa no processo de cuidar. Esses mesmos cuidados são necessários às mulheres com sífilis <sup>33</sup>.

Além das consultas de pré-natal realizadas na ESF pelo enfermeiro, ele também deve se preocupar com o puerpério, orientado a mãe quanto a importância da puericultura, que avalia o desenvolvimento da criança, vacinação e amamentação. Ele deve resolver as dificuldades e prevenir situações adversas tanto para a mãe quanto para o filho. Com relação ao aleitamento materno o enfermeiro deve ficar atento para que não ocorra o desmame precoce e para que a mãe ofereça ao recém-nascido um aleitamento saudável <sup>34</sup>.

Para isso é essencial que o enfermeiro tenha conhecimento da fisiologia e anatomia da sucção, lactação e sobretudo saber orientar de forma clara para a lactante a forma correta da pega e extração manual para oferecer o leite. Amamentar pode ter vários significados, mas no fim um dos mais bonitos é o elo estabelecido entre mãe e bebê <sup>34</sup>.

O aleitamento deve ser exclusivo até os seis meses. Para isso o enfermeiro deve estar atento aos sinais que podem atrapalhar sua atuação, principalmente no início, onde ocorre insegurança materna, desconforto e dor, sendo de responsabilidade do profissional inserir a puérpera em grupos educativos sobre amamentação <sup>35</sup>.

Outra atribuição dada ao enfermeiro em sua consulta domiciliar é o teste do pezinho, que tem por finalidade detectar patologias genéticas e infecciosas. É um exame com a capacidade de diagnosticar e posteriormente de prevenir e tratar agravos relacionados às doenças, evitando a deficiência intelectual e sequelas para a criança, sendo realizado entre o terceiro e sétimo dia de nascimento não sendo preconizada sua realização antes de 48 horas ou não após 30 dias de vida <sup>36</sup>.

O enfermeiro realiza grupos mensais de hipertensão e diabetes mellitus, onde os pacientes recebem orientações e trocam suas vivências. A enfermagem tem a responsabilidade de trazer este paciente para aderir ao tratamento, pois se trata de uma alteração crônica, que após diagnóstico necessita de visitas para controle das

mesmas, além de modificações na alimentação e adesão a métodos não farmacológicos. Esses cuidados são redobrados em gestantes <sup>37</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de todos os protocolos a serem seguidos para a realização de um pré-natal adequado, ainda hoje dentro das ESF o enfermeiro encontra grandes obstáculos, isso porque os programas voltados para a saúde da mulher apresentam grandes falhas que dificultam que o trabalho seja desenvolvido com excelência, deixando o enfermeiro limitado em determinadas ações, isso porque várias demandas não competem ao enfermeiro, como autorização de exames de alto custo.

No entanto o pré-natal desenvolvido na ESF conta com a intervenção das enfermeiras de forma efetiva, através de grupos de gestantes, onde são abordados temas relevantes sobre a importância da alimentação, do cuidado do coto umbilical, amamentação e o teste do pezinho para diagnóstico de possíveis patologias. Além disso, a palestra é uma roda de conversa que todas as gestantes podem tirar as dúvidas e dar sugestões sobre qual tema será abordado no próximo encontro.

Uma grande evolução também é a facilidade de marcação de consulta para essa gestante que é marcado mensalmente na unidade. O enfermeiro além de promover atividade de promoção à saúde desse público, atuando de forma humanizada na escuta das queixas e desconforto dessas gestantes, uma vez que o índice de adolescentes grávidas e de vulnerabilidade social aumento de forma significativa. O pré-natal é a forma de garantir um cuidado especializado e integral às gestantes, principalmente as de risco. A atuação do enfermeiro da ESF na realização do pré-natal é eficiente, uma vez que minimiza possíveis complicações no período gestacional e no puerpério.

## **Referências**

- 1) MOTTA, L.C.S.; BATISTA, R.S. Estratégia de Saúde da Família: clínica e crítica. Revista Brasileira de Educação Médica, 39(2): 196-207, 2015.
- 2) HEIDEMANN, I. T. S. B.; CYPRIANO, C. C.; GASTALDO, D.; JACKSON, S.; ROCHA, C. G. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na promoção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. Caderno de Saúde Pública, 34(4): 214-516, 2018.

- 3) SILVA, M. A. P.; DEMITTO, M.; AGNOLO, C.; TORRES, M.; CARVALHO, M.; PELLOSO, S. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 18(8), 2017b.
- 4) RODRIGUES, A. R. M.; SILVA, M. A. M.; CAVALCANTE, A. E. S.; MOREIRA, C. A.; NETTO, J. J. M.; GOYANNA, N. F. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. Revista de enfermagem UFPE.10(4): 1247-55, 2016.
- 5) BARRIQUELLO, C. A.; CORREIO, J. M. S. As conformações contemporâneas para a garantia do acesso ao direito fundamental à saúde: dimensões preventiva e promocional. Caderno Ibero-americano de Direito Sanitário, 7(1): 83-95, 2018.
- 6) SOARES, D. A. M.; MARTINS, A. M. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental, 41(2): 508-523, 2017. Revista Baiana de Saúde Pública.
- 7) LIMA, S. S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia de Saúde da Família,13(2):261-269. Chía – Colômbia. 2013.
- 8) SPERONI, K. S.; FRUET, I. M. A.; DALMOLIN, G. L.; LIMA, S. B. S. Percepção dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. Revista Cuidar-te, 7(2): 1325-37, 2016.
- 9) PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. Revista Enfermagem - UFSM, 4(4):761-770, 2014.
- 10) BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção do pré-natal de baixo risco, 1.ed. Editora do Ministério da Saúde, Brasil, 2013.
- 11) BRASIL, Ministério de Saúde. Calendário de Vacinação. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunização, 2018.
- 12) VASCONCELOS, M. F. F.; NICOLOTTI, C.A.; SILVA, J.F.; PEREIRA, S.M.L.R. Entre políticas: EPS - educação permanente em saúde e PNH - Política Nacional de Humanização; por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde. Revista Interface comunicação Saúde Educação. 20(59): 981-91, 2016.

- 13) ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. Escola de Enfermagem Anna Nery, 19(1): 181-186, 2015.
- 14) MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 19(3): 853-863, 2014.
- 15) SILVA, D. A. R.; ALVES, I. G. F. G.; BARROS, M. T.; DORNELES, F. V. Prevalência de sífilis em mulheres. Enfermagem em Foco; 8 (3): 61-64 2017
- 16) PEREIRA, D. O.; FERREIRA, T. L. S.; ARAUJO, D. V.; MELO, K. D. F.; ANDRADE, F. B. Avaliação das consultas de pré-natal: Adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. Revista Ciência Plural, 3(3): 2-15, 2017.
- 17) OLIVEIRA, A. C; ALMEIDA. I. B.; LUCCA, A. A.; NASCIMENTO, V. Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva específica na gestação. Curso De Nutrição Da Universidade Paulista, São Paulo, 34(4): 231-9, 2016.
- 18) OLIVEIRA, S. G.; PAIXÃO, G. P. N.; FRAGA, C. D. S.; SANTOS, M. K. R; SANTOS, M. A.; Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. Revista Cuidar-te, 8 (2): 1561-72, 2017.
- 19) VIEIRA, N. F. A.; CRISOSTOMOS.V. I.; CASTRO, R. C. M. B.; PESSOAL, S. M. F.; ARAGÃO, M. M. S.; CALOU, C. G. P. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 15(5): 823-31, 2014.
- 20) BARROS, G. M. Fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem “risco de glicemia instável em gestantes” - instrumento de classificação. Dissertação (mestrado profissional enfermagem assistencial) Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, 2017.
- 21) MOREIRA, K. F. A.; OLIVEIRA, D. M.; ALENCAR, L. N.; CAVALCANTE, D. F. B.; PINHEIRO, A. S.; ORFÃO, N. H. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. Revista Cogitare Enfermagem., 2(22): 48-949, 2017.
- 22) AZEVEDO, A. C.; DRUMOND, E. F.; GONÇALVES, R. V.; MACHADO, C. J. Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de

sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. Caderno de saúde coletiva, 3(25): 259-267, 2017.

23) BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de vigilância em saúde, 48.ed. Editora do Ministério da Saúde, Brasil. 2017.

24) SOBRAL, J. P. C. P.; ROZENDO, C. A.; MELO, P. O. C. Formação do enfermeiro para atuar na atenção básica: percepção dos discentes de uma instituição pública, Revista de enfermagem UFPE online, Recife – PE. 11(9): 3672-5, 2017.

25) DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, E. P. O papel do enfermeiro do programa de saúde da família no atendimento pré-natal. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 4(1): 1029-1035, 2014.

26) BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Nota de esclarecimento sobre a atuação do enfermeiro no pré-natal. p.1. 2018b

27) GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Revista Brasileira de enfermagem, 67(1): 13-21, 2014.

28) VETTORE, M. V.; DIAS, M.; LEAL, M. C. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no sistema único de saúde no rio de janeiro. Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 13(2): 89-100, 2013.

29) ANDRADE, F. M.; CASTRO, J. F. L.; SILVA, A. V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. Revista de enfermagem centro oeste de mineiro, 6 (3): 2377-2388, 2016.

30) SILVA, M. M. J.; NOGUEIRA, D. A.; CLAPIS, M. J.; LEITE, E, P. R. C. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. Revista da Escola de Enfermagem, 51: 32-53, 2017c.

31) QUEIROZA, M. V. O.; MENEZES, G. M.; SILVA, T. J. P.; BRASIL, E. G. M.; SILVA, R. M. Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. Revista Gaúcha de Enfermagem, 37: 2016-29, 2016.

- 32) MACEDO, C. M.; MIURA, P. O.; BARRIENTOS, D. M. S.; LOPES, G. A.; EGRY, E. Y. Estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra adolescentes grávidas: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71: 741-7, 2018
- 33) LIMA, A. C. M. A. C. C.; SOUSA, D. M. N.; MENDES, I. C.; OLIVEIRA, L. L.; ORIÁ, O. B.; PINHEIRO, P. N. C. Transmissão vertical do HIV: reflexão para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem. *Revista Avance em enfermagem*, 35(2), 2017.
- 34) AZEVEDO, A. R. R.; ALVES, V. H.; SOUZA, R. M. P.; RODRIGUES, D. P.; BRANCO, M. B. L. R. C.; RUZ, A. F. N. O. Manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(3): 439-445. 2015
- 35) MONTESCHIO, C. A. C.; GAIVA, M. A. M.; MOREIRA, M. D. S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5): 587-93, 2015.
- 36) GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. S. Níveis pressóricos de pacientes acompanhados pelo programa HIPERDIA. *Arquivos Brasileiros de Ciências em Saúde*, 43(2):91-96.2018