



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**LURIANE DOS SANTOS GUTERRES**

**ADESÃO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DA  
FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Uruguaiana  
2016**

**LURIANE DOS SANTOS GUTERRES**

**ADESÃO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DA  
FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Pro<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Jussara Mendes Lipinski

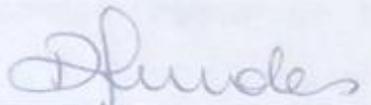
**Uruguaiana  
2016**

ADESÃO DE GESTANTES AO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DA  
FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Enfermagem da Universidade  
Federal do Pampa, como requisito  
parcial para obtenção do Título de  
Bacharel em Enfermagem.

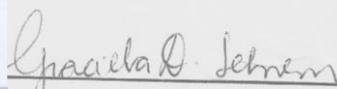
Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 29 de novembro  
de 2016.

Banca examinadora:



---

Prof. Dra. Jussara Mendes Lipinski  
Orientador  
UNIPAMPA



---

Prof. Dra. Graciela Dutra Sehnem  
UNIPAMPA



---

Prof. Dra. Cenir Gonçalves Tier  
UNIPAMPA

## AGRADECIMENTO

Enfim chega o momento de agradecer, muitas são as pessoas que merecem um agradecimento especial, pois de uma forma ou de outra, contribuíram ao longo de minha caminhada.

Primeiramente a Deus, por ter estado presentes em todos os momentos bons e ruins, iluminando o meu caminho e guiando os meus passos.

Aos meus pais, Gilvane e Clerio Luis, pelos ensinamentos, pelo amor incondicional, apoio, incentivo, perseverança, serei eternamente grata por tudo que vocês fizeram por mim e nunca fraquejaram apesar de todas as dificuldades que nos foram impostos. Sem vocês eu não seria nada.

Ao meu querido amado companheiro de vida André por todo apoio, incentivo, por entender meus momentos estressantes, ausências e falhas.

A minha amada orientadora Profa. Dra. Jussara Mendes Lipinski, por sua imensa paciência, amizade, apoio, disponibilidade, por abraçar este trabalho juntamente comigo, apesar do pouco tempo, mas com muita colaboração.

Aos meus mestres, que ao longo desta jornada contribuíram com peças fundamentais na composição de meu aprendizado, caráter e profissionalismo.

Às minhas colegas e amigas, que se tornaram minha segunda família em Uruguaiana, obrigada por fazerem parte da minha vida e principalmente por permanecerem presentes apesar de distantes neste momento. Obrigada por todo apoio, conselho, brigas, ajuda para continuarmos nesta caminhada nada fácil.

Obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse concluído e por me ajudaram na realização deste sonho.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

## RESUMO

Com os objetivos de conhecer o número de pré-natais realizados nas Estratégias de Saúde da Família no município, identificar o número de pré-natais realizados por categoria profissional, verificar o número de consultas realizado por cada gestante e por profissional e identificar quantas gestantes completou o mínimo de seis consultas durante o pré-natal. Este estudo teve caráter exploratório e descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, desenvolvido nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no período de agosto a outubro de 2016. A população do estudo foi constituída por prontuários de gestantes cadastrados no ano de 2013 de um município da fronteira oeste do RS, tomando como base o último senso fornecido pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). De acordo com as informações constantes nos prontuários as gestantes atendidas tinham idades que variaram de 14 a 37 anos de idade e entre três a onze anos de estudo. Cerca de 39% das gestantes eram primigestas, 35% apresentavam duas gestações, 13% quatro gestações, 12% com três gestações e 1% cinco gestações. Em relação ao desfecho de parto, observou-se, que 41% das gestantes realizaram parto cesariana, 19% parto normal e 40% dos prontuários analisados não havia informações sobre desfechos em relação ao parto. Em relação ao número de consultas pré-natal 54,05% das gestantes realizaram o número mínimo de 6 ou mais consultas, atingindo o preconizado. Gestantes que efetuaram de uma a três consultas foram 31%, e 14% realizaram de 4 a 5 consultas de pré-natal, dados estes que indicam a possibilidade de aumento de risco para o desfecho da gestação. Ainda que se identifiquem lacunas na assistência pré-natal nas unidades estudadas há uma forte implicação da gestão em saúde no intuito de organizar a assistência à gestante no âmbito da atenção básica municipal.

Palavras-Chave: Enfermeiros, pré-natal, gestantes.

## ABSTRACT

With the purpose of knowing the number of antenatal visits carried out in the Family Health Strategies in the municipality, identify the number of antenatal visits performed by professional category, verify the number of consultations performed by each pregnant woman and each professional, and identify how many pregnant women completed The minimum of six visits during prenatal care. This study was an exploratory and descriptive, retrospective study with a quantitative approach, developed in the Family Health Strategies (FHS) from August to October 2016. The study population consisted of records of pregnant women registered in the year 2013 of a municipality Of the RS border, based on the last sense provided by the Live Birth Information System (SINASC). According to the information in the medical records, the pregnant women attended had ages ranging from 14 to 37 years of age and between three to eleven years of study. About 39% of the pregnant women were primigravida, 35% had two pregnancies, 13% four pregnancies, 12% with three pregnancies and 1% five pregnancies. Regarding the outcome of delivery, it was observed that 41% of the pregnant women underwent cesarean delivery, 19% normal delivery and 40% of the charts analyzed there was no information on outcomes regarding delivery. Regarding the number of prenatal consultations, 54.05% of the pregnant women performed the minimum number of 6 or more visits, reaching the recommended level. Pregnant women who had one to three consultations were 31%, and 14% performed 4 to 5 prenatal consultations, which indicate the possibility of increased risk for the outcome of pregnancy. Although gaps in prenatal care are identified in the units studied, there is a strong implication of health management in order to organize assistance to pregnant women within the scope of municipal primary care.

Keywords:Nurses, antenatal, pregnant women.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos 1 - Percentual de gestantes por consultas .....	19
Gráfico 2 – Número de gestantes por consulta de pré-natal por profissional .....	20

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1–Demonstrativo do número total de gestantes cadastradas no ano de 2016 .....	16
--------------------------------------------------------------------------------------	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>16</b>
<b>4.CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O pré-natal é o acompanhamento da mulher grávida, desde o início da gestação que em 90% das mulheres é diagnosticada pela ausência de menstruação e sintomas clássicos como enjoos e vômitos matinais, visando manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Assim, durante toda a gravidez deverão ser realizados exames e avaliações complementares com vistas a identificar e tratar precocemente as situações de risco que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança (VIERA et al., 2011; DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado no início dos anos 80, no Brasil, pelo Ministério da Saúde e as Secretárias estaduais e municipais, deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros programas (DUARTE et al., 2014).

Uma das principais mudanças implementadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no Brasil está relacionada à ampliação do conceito de saúde da mulher a partir da incorporação de questões como, por exemplo, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004).

Há algumas décadas, a assistência e o atendimento à mulher restringiam-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Com o avanço dos debates em torno dos direitos das mulheres, a PNAISM também passou a considerar a desigualdade de gênero como fator e grande impacto sobre as condições da saúde da mulher e que, portanto, precisa ser considerada, tanto na análise das ações no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) como dentro das diretrizes e princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para esta parcela da população (BRASIL, 2004).

A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, para incluir outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, tais como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina, entre outros (BRASIL, 2004).

Como forma de melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio, foi uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira (ANDREUCCI, 2011).

As normas de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência a gestante a normatização de procedimentos e condutas a serem realizadas em toda consulta pré-natal, podendo o pré-natal de baixo risco ser atendido pelos enfermeiros na atenção básica (BRASIL, 2000).

Para que tenha qualidade, é necessário detectar os riscos aos quais cada gestante está exposta. É indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta. Segundo o Ministério da Saúde (2012), a classificação de risco segmenta-se conforme a idade menor do que 15 e maior do que 35 anos, se a gestante realiza esforço físico excessivo, exposição a agentes físicos, químicos ou biológicos, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, três ou mais cesarianas, ganho ponderal inadequado, infecção urinária e anemia (BRASIL, 2012).

Já o pré-natal de alto risco demanda uma atenção especial a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal, algumas condições prévias levam a essa classificação tal como, cardiopatias, pneumopatias graves, nefropatias graves, hipertensão arterial, doenças neurológicas ou qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado (BRASIL, 2012).

São incluídas também nesta categoria a morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, abortamento habitual, restrição do crescimento intrauterino, polidrâmnio ou oligodrâmnio, gemelaridade, anemia grave, diabetes mellitus gestacional, obesidade mórbida entre outros fatores que necessitam de um olhar diferenciado (BRASIL, 2012).

As situações de urgência/emergência obstétrica tais como síndromes hemorrágicas, suspeita de pré-eclâmpsia, crise hipertensiva, amniorrexe prematura, isoimunização Rh, trabalho de parto prematuro, hipertermia, vômitos inexplicáveis no terceiro trimestre, oligodrâmnio, caso ocorram durante a gestação dependem de uma avaliação mais minuciosa e de dispositivos avançados para seu tratamento (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que as atribuições dos profissionais da atenção básica são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros) (BRASIL, 2012).

Os profissionais atuantes na atenção básica devem realizar ações de atenção integral e de Promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos. O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais habilitados para atender as

gestantes durante o pré-natal são médicos obstetras, médicos generalistas juntamente com uma enfermeira obstetra e enfermeiras generalistas que em conjunto com o médico obstetra é apta a realizar consultas intercaladas (BRASIL, 2012).

O enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde (2000) e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2000), tendo em vista que a consulta de enfermagem por sua vez é uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente caracterizando, dessa forma, sua autonomia profissional. Essa atividade, por ser privativa do (a) enfermeiro (a), fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, servindo, como meio para melhor assistir o paciente/cliente e documentar sua prática (MARQUES, 2004).

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, deve-se 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 (BRASIL, 2012).

Ainda que o Ministério da Saúde (MS) venha implementando ações que propõe melhorias para atenção a gestante nos últimos anos, o cotidiano nos hospitais aponta para um número crescente de mulheres que ainda chegam ao parto sem o número mínimo seis consultas orientadas pelo MS o que em muitos casos pode ocasionar, complicações na gestação e parto (BRASIL, 2012 P, 62).

Com esse estudo, espera-se contribuir com informações que auxiliem a Secretaria Municipal de saúde do município na reorganização do atendimento a

gestantes, visando aumentar a adesão destas ao pré-natal, assim como, contribuir com a equipe de enfermagem, a fim de melhorar a qualidade do serviço prestado. Com os objetivos de conhecer o número de consultas de pré-natais realizadas nas Estratégias de Saúde da Família no município, verificar o número de consultas realizado por cada gestante e por profissional e identificar quantas gestantes completou o mínimo de seis consultas durante o pré-natal.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo teve caráter exploratório e descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, desenvolvido nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no período de agosto a outubro de 2016. Foram utilizados prontuários de gestantes cadastrados no ano de 2013 de um município da fronteira oeste do RS, tomando como base o último senso fornecido pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), tendo em vista que neste ano estavam cadastradas 935 gestantes no pré-natal.

Tabela 1- Demonstrativo do número total de gestantes cadastradas no ano de 2013.

Nenhuma	De 1 a 3 consultas	De 4 a 6 consultas	De 7 ou mais consultas	Total
11	30	126	768	935

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A amostra considerada representativa seria composta por cerca de 195 prontuários, resultado obtido através do cálculo amostral, com erro de 5% e nível de confiança de 95% aplicados a fórmula (SANTOS 2014). Devido à transição do sistema manual para o E - Cidade muitos prontuários foram extraviados, assim foi possível encontrar 76 prontuários de gestantes, cujos dados foram obtidos por meio de um roteiro estruturado e analisados por frequência relativa

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos prontuários que foram encontrados, muitos apresentavam dados incompletos o que prejudicou o procedimento de coleta de dados. Segundo estes prontuários as gestantes atendidas tinham idades que variaram de 14 a 37 anos, e tinham entre três a onze anos de estudo. Cerca de 39% das gestantes eram primigestas, 35% apresentavam duas gestações, 13% quatro gestações, 12% com três gestações e 1% cinco gestações. Em relação ao

desfecho de parto, observam-se, que 41% das gestantes realizaram parto cesariana, 19% parto normal e 40% dos prontuários analisados não havia informações sobre desfechos em relação ao parto.

### **3.1-Número de pré-natais realizados nas estratégias de saúde da família**

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

No ano de 2013 houve o cadastro de 935 gestantes no SINASC, comparando com os cinco anos anteriores, percebemos que há uma constância nas gestantes cadastradas, mas ainda não se atingiu 100%, vemos então que há necessidade de renovar as estratégias para melhorar a adesão ao pré-natal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o pré-natal é eficaz quando há humanização no atendimento à gestante e captação precoce da gestante para iniciar o pré-natal preferencialmente no primeiro trimestre da gestação. O vínculo entre profissional da saúde e gestante e o atendimento qualificado por meio de técnicas excelentes é fundamental para que a confiança seja estabelecida e para que essa gestante continue a utilizar o serviço por todo o período completando o número mínimo de 6 consultas durante toda a gestação (BRASIL, 2006).

Além disso, deve haver acompanhamento contínuo da gestante com classificação do risco gestacional na primeira e nas subsequentes consultas, e garantia de orientações e esclarecimentos por meio de práticas educativas (AMARAL, 2011).

É essencial que a gestante realize o pré-natal, pois através dele é possível prevenir e detectar precocemente patologias maternas e fetais, garantindo um desenvolvimento saudável para a criança, e a redução de possíveis riscos para a gestante (CARDOSO et al.; 2007). Além disso, é possível reconhecer patologias desenvolvidas durante a gravidez, ou aquelas pré-existentes de evolução silenciosa como a diabetes, hipertensão arterial, anemia e sífilis (CARDOSO et al.; 2007). O diagnóstico precoce garantido pelo pré-natal permite a implantação de um tratamento eficaz que previne os riscos graves à saúde do concepto e da gestante que podem interferir na gestação e ao longo da vida (NEUMANN et.al.; 2003).

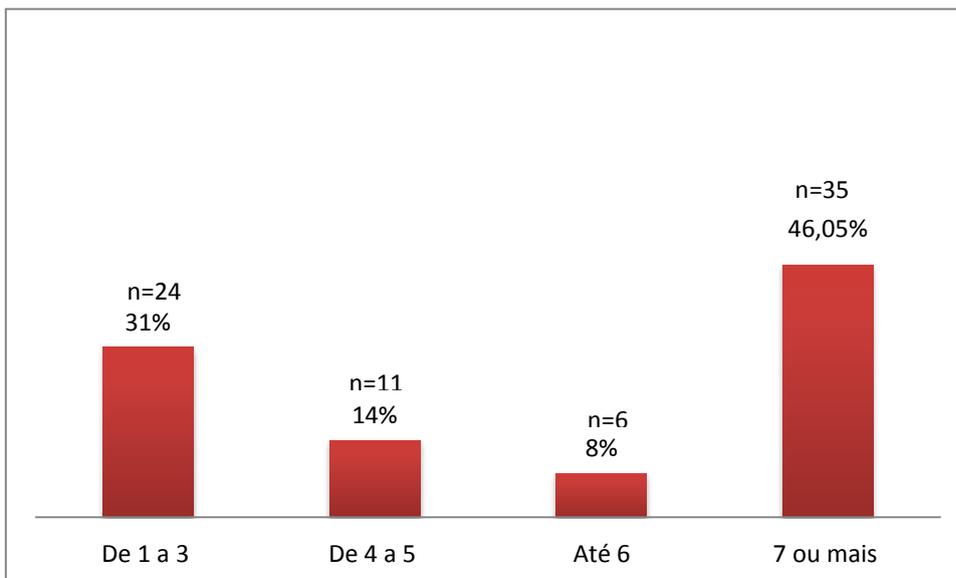
### **3.2-Gestantes que completaram o mínimo de consultas preconizadas no pré-natal**

O MS orienta que o pré-natal, seja iniciado precocemente, ainda no primeiro trimestre, devendo ser regular e completo (Brasil, 2006). Dentre os dados analisados, podemos observar no gráfico 1 que 54,05% das gestantes realizaram o número mínimo de 6 ou mais consultas de pré-natal, atingindo o preconizado.

Notamos que 31% das gestantes efetuaram apenas 01 a 03 consultas e cerca de 14% realizaram de 4 a 5 consultas de pré-natal, o que pode aumentar os riscos para o desfecho gestacional podendo elevar as taxas de mortalidade materna e perinatal que são influenciadas pelas condições da assistência pré-natal (DOMINGUES, 2012).

Assegurar disponibilidade e acesso a serviços de qualidade é uma medida importante na redução das mortes maternas, sendo também relevante avaliar o processo de atendimento, englobando os diferentes componentes para traçar metas que visem a garantir uma assistência de qualidade.

Gráfico 1- Percentual de gestantes por consultas,2016.



Fonte: Fronteira oeste do Rio Grande do Su,2016.

### 3.3-Pré-natal: quem realiza na esf

A atenção pré-natal qualificada ocorre através da incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, de serviços de saúde de qualidade e de fácil acesso ao usuário, que conta com ações em todos os níveis de atenção voltados desde a gestante ao recém-nascido, do mais básico ao mais complexo, com a disponibilidade de profissionais treinados (BRASIL, 2006).

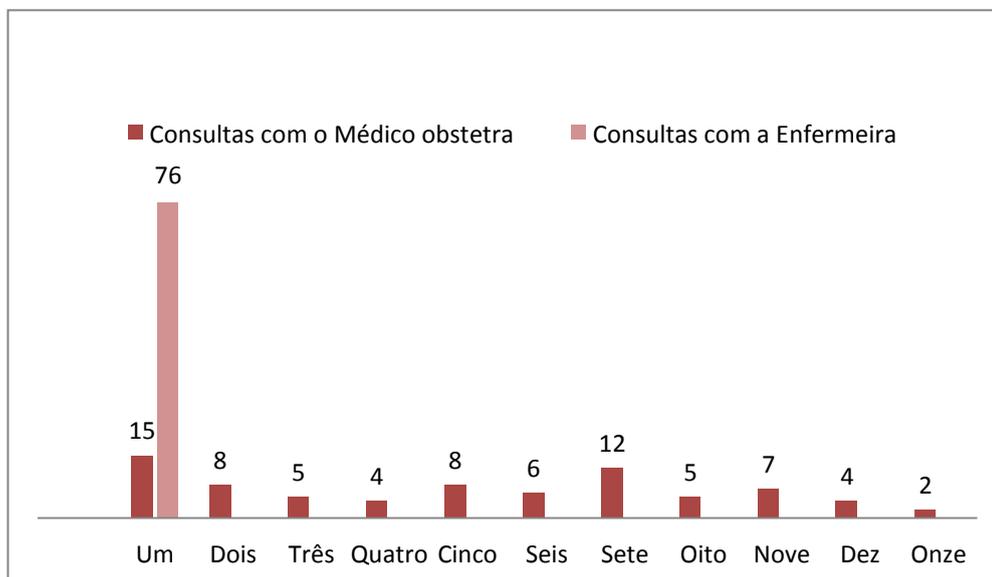
O MS preconiza uma série de recursos necessários para a organização de rotinas e procedimentos do pré-natal, são eles: disponibilidade de recursos humanos, com profissionais habilitados, médicos obstetras, médicos generalistas, enfermeira obstetra e enfermeiras generalistas que em conjunto com o médico obstetra é apta a realizar consultas intercaladas (BRASIL, 2012).

Como descrito na Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, diz que cabe à enfermeira realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; como integrante da equipe de saúde; prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de ISSN 2446 8401 Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à

gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde (BRASIL; 2006).

Ressalta-se que é fundamental que toda a equipe de saúde desenvolva ações preventivas e educativas através do contato frequente e planejado das gestantes com o serviço de saúde, a fim de promover segurança à mãe e ao pai, prevenir complicações e preservar a saúde do feto e da gestante (RIOS; VIEIRA, 2007; BRITO et al.; 2008).

Gráfico 2- Número de gestantes por consulta de pré-natal por profissional



Fonte: Fronteira oeste do Rio Grande do Sul, 2016.

Analisando o gráfico 2, a primeira consulta pré-natal é uma designação do enfermeiro pela Secretaria Municipal de Saúde em todas as unidades de saúde do município e o restante das consultas com o médico obstetra.

O enfermeiro em sua formação acadêmica é preparado para atuar no SUS, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (DCNs), o que facilita sua inserção nas atividades desenvolvidas nos três níveis de atenção à saúde (MEDEIROS; PERES, 2011), e por ele ter uma visão holística, cria vínculos com a mulher não olhando a gestação apenas como um processo natural de procriação, mas visualizando a mulher e mãe que tem seus desejos, medos e dúvidas.

Essa habilidade de criar vínculo com a mulher torna a consulta de enfermagem diferente, pois não está centrada apenas em procedimentos técnicos, mas existe o diálogo como peça fundamental.

No Brasil o pré-natal é considerado de baixa eficácia e as deficiências encontradas revelam um importante problema de saúde pública, sendo relacionadas aos altos índices de mortalidade materna no país (BRASIL, 2012). Afirma também que a ação da enfermagem não pode e não deve ser desenvolvida isoladamente sem conexão exata, fixa e permanente com todos os outros profissionais necessários no decorrer do processo.

O trabalho em equipe é o resultado da articulação das ações e interação dos profissionais. Uma equipe integrada possui um conjunto de características, que consistem em: flexibilizar a divisão do trabalho; questionar a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhos especializados; exercer autonomia profissional, tomando em consideração a interdependência das diversas áreas profissionais; descentralizar a tomada de decisão na equipe do serviço; e construir um projeto assistencial comum (GRANGEIRO, 2008).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sabe-se que o pré-natal é de extrema importância, pois através dele é possível acompanhar a gestação e detectar problemas existentes mas também é um momento em que a mulher tem a possibilidade de aprender sobre si e sobre seu filho.

Apesar da cobertura ser ampla, o número de profissionais capacitados da rede de saúde é muito inferior ao ideal, tornando difícil a realização de um atendimento eficiente e de boa qualidade no pré-natal. A consulta de enfermagem no pré-natal tem como objetivo a redução da mortalidade infantil, do baixo peso ao nascer, o aumento da cobertura vacinal, o incentivo ao

aleitamento materno, o aumento da cobertura e qualidade do pré-natal e a reorganização do serviço de saúde, garantindo acesso, acolhimento, equidade e resolutividade. Os dados demonstram a importância da consulta de enfermagem como um processo educativo em que a participação do enfermeiro interagindo com as usuárias, pode mudar a realidade através da educação em saúde.

Ainda que se identifiquem lacunas na assistência pré-natal nas unidades estudadas há uma forte implicação da gestão em saúde no intuito de organizar a assistência à gestante no âmbito da atenção básica municipal.

## REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, C.B, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2011;27(6):1053-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. 3ª ed. Brasília: (DF); 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, p.30, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.

BRASIL. Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:

< <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico; Brasília. 2006.

BRITO, A. Et al.; Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2008.

CARDOSO, A. M. R. et al.; O pré-natal e atenção à saúde da mulher na gestação. Revista Diálogos Possíveis. Salvador, v.6, n. 1, p. 140-159, jan./jun., 2007.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. Rev. LatinoAm. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692006000500007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000500007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 21 mar. 2016

DOMINGUES, RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2012; 28:425-37.

DUARTE SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Mato Grosso do Sul, vol. 04, n.01, 2014 MARQUES, RG, Prado SRLA. Consulta de enfermagem no pré-natal. RevEnferm UNISA 2004; 5: 33-6.

GRANGEIRO GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE, segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1): 105-11.

MARQUES, R. G.; PRADO. S. R. L. A. Consulta de enfermagem no pré-natal. Revista de Enfermagem UNISA, 2004

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, MCS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 31ª ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2012.

MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2016

RIBEIRO, a.p; Souza, e.r; atie, s; Souza, a.c; Schilithz, a.o. The influence of falls on the quality of life of the aged. Ciênc. Saúde coletiva, v.13, n.4, p.1265-1273, 2008.

RIOS. C. T. F.; Vieira, n. f. c. Ações educativas o pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr., 2007.

VIEIRA, Sônia Maria et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000500032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mar. 2016.