



**SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CRISTIANE DOS SANTOS MACHADO

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DE UM PRÉ-NATAL TARDIO

TERESINA

2018

CRISTIANE DOS SANTOS MACHADO

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DE UM PRÉ-NATAL TARDIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP, como requisito para conclusão de graduação em Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Kleiton Richard da Siva Araujo

TERESINA

2018

M144c Machado, Cristiane dos Santos

Principais complicações de um pré-natal tardio /
Cristiane dos Santos Machado. – 2018.

33 f.

Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade
do Médio Parnaíba, Teresina, 2018.

Orientação :Prof. Esp. Kleiton Richard da Siva Araujo.

1.Enfermagem 2. Pré - natal

CDD 610.73

CRISTIANE DOS SANTOS MACHADO

Principais complicações de um pré-natal tardio

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP, como requisito para conclusão de graduação em Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Kleiton Richard da Siva Araujo

Monografia aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador

Prof. (a) 1º examinador

Prof. (a) 2º examinador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu Deus “Aquele que habita no esconderijo do Altíssimo, á sombra do Onipotente descansará. Direi do Senhor: Ele é o meu refugio, a minha fortaleza, e nele confio. SL(91:1,2).

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, por esta benção especial na minha vida.

A todos que me ajudaram de alguma forma, para concretização dos meus objetivos.

Aos mestres que ao longo desses anos contribuíram para aquisição de conhecimentos que serão imprescindíveis à minha atuação como enfermeira.

A meus amigos que fui conquistando no decorrer da minha caminhada em especial (Conceição e Marianne), que jamais os esquecerei e espero encontrar com eles durante a minha nova jornada como enfermeira.

A minha mãe (Kátia) as minhas irmãs (Cristiele, Crisiene) e ao meu sobrinho (Pedro Arthur) que sempre torceram para que eu conseguisse conquistar minha vitória.

Ao meu esposo (Crisnairon), que me compreendendo me dava forças e me ajudava sempre, para que eu conseguisse vencer as dificuldades que foram muitas.

RESUMO

O pré-natal consiste no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizagem para a mulher e sua família e permite, ainda, detectar anormalidades com a mãe e a criança. Nesse contexto, o enfermeiro surge como um profissional habilitado para acompanhar a gestação de baixo risco. Os objetivos deste trabalho são caracterizar as principais complicações de um pré-natal tardio, identificar as principais razões para determinar o início tardio do pré-natal, analisar a atuação do enfermeiro na solução das principais complicações de um pré-natal tardio. Para tanto, foi realizada revisão de literatura, através de livros, dados do Ministério da Saúde e artigos científicos dos últimos dez anos, foram encontrados 55 publicações nas bases de dados, dos quais 32 foram utilizados e 23 foram descartados devido não obedecerem aos critérios de inclusão da pesquisa, verificando-se a real importância do acompanhamento pré-natal e constatando-se que o enfermeiro tem respaldo e habilidades técnicas/científicas para realização do mesmo. Conclui-se que o pré-natal é de extrema importância para a mãe e o bebê, e o enfermeiro tem total capacidade de conduzir as consultas e que as altas taxas de mortalidade materna e infantil ainda é um desafio a se vencer, por isso a gravidez deve ser diagnosticada o mais precoce possível para que se inicie o pré-natal, com condutas e procedimentos preconizados pelo o ministério da saúde.

Palavras chave: Gestação, Pré-natal tardio, Enfermagem.

ABSTRACT

The prenatal care consists of the follow-up of the pregnant woman, serving as a learning moment for the woman and her family, also allowing the detection of abnormalities with the mother and the child. Thereby, the nurse appears as a qualified professional to follow the gestation with low risk. The objectives of this study are to characterize the main complications of a late prenatal care, to identify the main reasons that settle the late start of a prenatal care, and to analyze the nurse's practice in solving the main complications of a late prenatal care. For that, literature reviews were made through books, data from the Ministry of Health, and scientific articles of the last ten years. There were found 55 publications, of which 32 were used and 23 discarded, for failing to obey the search patterns. It was checked the importance of prenatal care and was verified that nurses have technical and scientific skills to perform it. It is concluded that prenatal care is extremely important for the mother and the baby, and that nurses have full capacity to lead consultations and that high rates of maternal mortality are still a challenge to be overcome, so the pregnancy should be diagnosed as early as possible to start the prenatal care, with conduct and procedures recommended by the Ministry of Health.

Key words: Gestation, Late prenatal, Nursing.

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1: Caracterização com os artigos selecionados

20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 objetivo geral.....	12
2.2 objetivo específico.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1 alterações fisiológicas da gestação.....	13
3.2 o programa de atenção integral a saúde da mulher.....	15
3.3 o pré-natal.....	16
4 METODOLOGIA.....	18
5 FLUXOGRAMA DE APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS	19
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
6.1 caracterização com os artigos selecionados.....	20
6.2 principais razões para início do pré-natal.....	23
6.3 atuação do enfermeiro.....	25
7 CONCLUSÃO.....	27
REFERENCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Em 2000, foi implantado no Brasil, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) que criou um protocolo mínimo de ações recomendadas para diminuir a mortalidade materna e perinatal. A meta com a instituição desse programa era melhorar as condições da atenção pré-natal, promovendo um atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde. Desde então, os municípios brasileiros têm como desafio atender as recomendações mínimas, entre elas, favorecer e promover o início precoce do cuidado pré-natal, estabelecer a cobertura universal, garantir a periodicidade das consultas, implementar ações preventivas e curativas por meio de uma rede de saúde integrada e efetuar, no mínimo, seis consultas, além da realização de procedimentos clínico-laboratoriais e a promoção de atividades educativas (BRASIL, 2012).

Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início da sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, e dar assistência em todas as suas necessidades. Deve-se lembrar que este período é vivenciado por cada mulher de forma distinta (BRASIL, 2000).

É preciso salientar, também que a gestante é o foco principal desse processo, mas junto com ela é necessário e possível incluir a família para interagir nesse momento, trazendo, mais segurança para a gestante. Pode-se dizer ainda que o pré-natal consiste em um conjunto de fatores e ações que interagem, e o principal deles seria a humanização, ou seja, o respeito pela mulher (COSTA et al., 2009).

De acordo com a Lei do exercício Profissional de Enfermagem 7.498/86 no Brasil o enfermeiro é legalmente competente para realizar consultas de enfermagem a mulher durante a gestação, solicitar exames de rotinas e complementares e prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública em rotina aprovada pela instituição de saúde (COREN, 2001).

O pré-natal consiste no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizagem para a mulher e sua família e permitindo ainda detectar anomalias com a mãe e a criança. Participando do programa a gestante aumenta a possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila.

A assistência pré-natal deve ser iniciada precocemente no primeiro trimestre de gestação, com consultas agendadas mensalmente para proporcionar cobertura

universal, de modo planejado, permitindo o acompanhamento efetivo. O Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, não esquecendo também é claro da imunização da gestante que deve ser atualizada durante o período (BRASIL, 2012).

O presente tema foi escolhido com a tentativa de mostrar as principais complicações de um pré-natal tardio e que seu início imediato é um fator determinante na redução de mortalidade materna e perinatal, tendo em vista que muitas patologias no período gravídico-puerperal podem ser tratadas ou controladas, evitando-se efeitos danosos, já que o pré-natal bem realizado, certamente orientara no sentido de evitar problemas específicos do parto ou mesmo nos cuidados imediatos ao recém-nascido, além do período puerperal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar as principais complicações de um pré-natal tardio.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as principais razões para determinar o início tardio do pré-natal;
- b) Analisar a atuação do enfermeiro na solução das principais complicações de um pré-natal tardio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Alterações fisiológicas da gestação

A gestação é um fenômeno fisiológico normal que traz inúmeras modificações ao organismo materno que se inicia na primeira semana de gestação (FERREIRA, 2001). Essas alterações ocorrem de intensas transformações como resposta as ações dessa fase. Durante esse período, a mulher sofre com uma série de desconfortos expressados por sinais e sintomas de acordo com a tolerância de cada mulher (ROBERTE, 2005).

Entre os sintomas que podem ser indicados pelas gestantes são náuseas, vômitos e tonturas, pirose, eructação / plenitude gástrica, sialorreia, fraqueza e desmaios, dor abdominal, cólicas, flatulências e obstipação intestinal, queixa urinária, falta de ar, mastalgia, dor lombar e edema entre outros (AGUIAR et al., 2011).

A gravidez induz o organismo materno a uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e a pressão mecânica decorrente do aumento do útero e outros tecidos. Os ajustes a essas alterações são necessárias para que inicialmente, o embrião e depois o feto tenham um desenvolvimento dentro dos padrões de normalidade e para que a mulher se adapte ao evento da gravidez. Assim durante as 42 semanas de gestação o organismo feminino passa por profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em quase todos os órgãos e sistemas, as quais têm como finalidade a adaptação, manutenção e o desenvolvimento harmônico da gestação (BARROS, 2006, p. 19).

O crescimento do útero no primeiro trimestre é estimulado pelos os altos níveis de estrógeno e progesterona. Fisiologicamente, o útero inicia suas alterações após a concepção e, imediatamente depois da implantação ovular, sofre intensas modificações em sua consistência, volume, peso, forma, posição e coloração (BARROS, 2006, p. 21)

Fora do ciclo gravídico-puerperal o útero tem formato piriforme e localização intrapélvica. Por volta da décima semana de gestação já é possível fazer a palpação acima da sínfise púbica, dependendo do panículo adiposo e da musculatura da parede abdominal da gestante. O crescimento pode então ser assistido mensalmente com a delimitação do fundo e a medida de sua altura em relação à sínfise púbica. Do formato piriforme, avança para a forma globosa e desta para a cilíndrica, que tem

com característica o alongamento das fibras musculares com melhor fluxo sanguíneo, facilitando o crescimento e o desenvolvimento do feto (BRASIL, 2000; BRESSAN FILHO, 2000).

Ocorre o aumento do tamanho dos ovários e das trompas devido à embebição do aumento da vascularização, porém de forma discreta. Novos folículos derivado dos ovários têm sua evolução inibida e a maturação da gestação nas primeiras semanas. Por motivo do crescimento do útero, os ovários e as trompas são elevados, sofrendo assim alterações na posição (BRESSAN FILHO, 2000; ZIEGEL, 1980).

Suas alterações são resultados sobre tudo do aumento da vascularização. Esse aumento causa mudanças na tonalidade para arroxeada, que pode avançar para o períneo e ser perceptível a partir da sexta semana de gravidez. Durante a gestação, o pH ácido da vagina e resultado do aumento da produção de ácido láctico no epitélio vaginal, provavelmente causado pelo o nível estrogênico aumentado. A gestante fica vulnerável a infecções vaginais, sobretudo a infecções por leveduras. (LOWDERMILK, 2000).

Contudo a vagina ainda sofre os efeitos da hipertrofia da musculatura lisa, os afrouxamentos do tecido dilatam o tamanho das paredes vaginais, tornando as mais espessas e preparando a vagina para o trabalho de parto (BRESSAN, 2000).

O crescimento das mamas na gestação esta sob o controle hormonal (estrógeno, progesterona, somatotropina, prolactina) (LOWDERMILK, 2000). Com a finalidade de preparar as mamas para o aleitamento materno, os mamilos e as aréolas ficam maiores, mais proeminentes e com coloração escurecida, produzindo assim a rede venosa de Hellen. As aréolas têm glândulas sebáceas hipertrofiadas e protuberantes, conhecidas por tubérculos de Monte Gomery, as glândulas na qual desempenham papel de proteção mantendo os mamilos lubrificados para a amamentação (ZIEGEL, 1980).

No interior do tecido mamário, ocorrem o crescimento do tecido glandular e a diferenciação das células alveolares, que se transformam em secretoras. Os alvéolos e os lóbulos desenvolvem-se e no final do segundo trimestre há presença de colostro, secretados pelos ductos (ZIEGEL, 1980).

3.2 O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao puerpério. Estes programas eram voltados apenas para a visão da mulher como mãe e doméstica e sua especificidade biológica (BRASIL, 2009).

No conjunto de vários textos legais que procuravam dar sustentação a essas transformações, destaca-se o Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado em 2004 e vigente até os dias atuais. Em suas diretrizes, essa política se propõe a atingir mulheres em todos os ciclos de vida (GOMES, 2011).

Com uma abordagem diferente o PAISM preconiza e destaca o atendimento com qualidade em relação à saúde reprodutiva das mulheres, de forma holística e integral, com vistas ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério. Além de ações educativas, de diagnóstico e prevenção, como também no tratamento e recuperação de agravos, assistência no climatério, planejamento familiar, Doença Sexualmente Transmissível, câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2009)

O PAISM incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção tendo como objetivo atender a mulher em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características individuais, tendo como área de maior relevância e prioridade o ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES, 2011).

No ano 2000 foi criada uma nova estratégia de ação do Ministério da saúde do Brasil o programa nacional de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) que busca concentrar esforços no sentido de redução das elevadas taxas de morbimortalidades vigentes, seu objetivo é definir o cumprimento de ações básicas para o período do pré-natal: realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação, realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, a realização de alguns exames na primeira consulta (tipagem sanguínea, hemoglobina, e hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, urina rotina, oferta de teste de HIV, sorologia de hepatite B e toxoplasmose) e outros realizados novamente próximo a trigésima semana gestacional (glicemia de jejum, VDRL, urina rotina) (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005; SER-RUYA et al.,2004; SILVA et al.,2005).

O programa oferta ainda aplicação da vacina antitetânica e para o período puerperal, uma consulta até as 42 dias após o nascimento. Todas essas ações ainda são incrementadas com investimento financeiro para a realização da capacitação e especialização dos profissionais de saúde ligados a área além do pagamento diferenciado ao tratamento e manutenção da gestante de alto risco e incentivo para as unidades de atenção primária e secundária (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005; SERRUYA et al.,2004; SILVA et al.,2005).

3.3 O Pré-natal

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e garantia do bem-estar materno e neonatal”. Não esquecendo e claro que a gestante e o foco principal do processo, mas junto com ela se possível incluir a família para interagir nesse momento, assim trazendo mais segurança para a gestante.

É importante ressaltar que o pré - natal de baixo risco tem como objetivo e expectativa reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, aumentar o acesso ao serviço de saúde e estabelecer critérios para qualificar as consultas. Este deve promover ainda a ligação entre a assistência ao paciente e ao parto, bem como orientações mínimas e essenciais sobre procedimentos (ALVES, 2013).

A assistência ao pré-natal é de fundamental importância quando se trata de prevenção e diagnóstico precoce de possíveis patologias, tanto maternas como fetais, permitindo o acompanhamento saudável do bebê e diminuindo os riscos para a gestante. A troca de informações entre a gestante e o profissional da saúde é essencial para promover o processo da gestação, podendo identificar possíveis doenças presentes no organismo da gestante, que poderiam evoluir de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemias, sífilis entre outras, reduzindo assim os prejuízos para o binômio, mãe e filho (BRASIL, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu uma nova série de recomendações, para melhorar a qualidade da atenção pré-natal, com o objetivo de reduzir o risco de natimortos e complicações na gravidez, além de proporcionar as mulheres uma experiência positiva da gestação. Estima-se que, em 2015, 303 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez; 2,7 milhões de bebês morreram du-

rante os 28 primeiros dias de vida; 2,6 milhões eram natimortos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

No contexto histórico do pré-natal a história mostra que por muitas décadas, a experiência da gestação e do parto era de propriedade exclusiva das mulheres. O parto como um fenômeno feminino tinha com auxiliares somente as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres com experiência da família (PERROT, 2003).

Em meados dos anos 80 o governo brasileiro pressionado por vários grupos, entre eles profissionais da saúde e movimentos de mulheres, iniciou várias mudanças no que se refere à forma de atendimento a mulher, que reconheciam a maior participação, informação, e consciência dos direitos, contribuindo para o empoderamento e cidadania (HALBE, 2000).

À medida que foi sendo organizada a atenção a saúde da mulher, ocorreu à criação de políticas prioritárias e de manuais para a padronização de condutas dos profissionais de saúde. Em 2000 o MS instituiu o PHPN até então nesse momento não existia modelo que normatizasse a assistência as gestantes no Brasil (BRASIL, 2000).

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura com abordagem descritiva qualitativa, de natureza transversal.

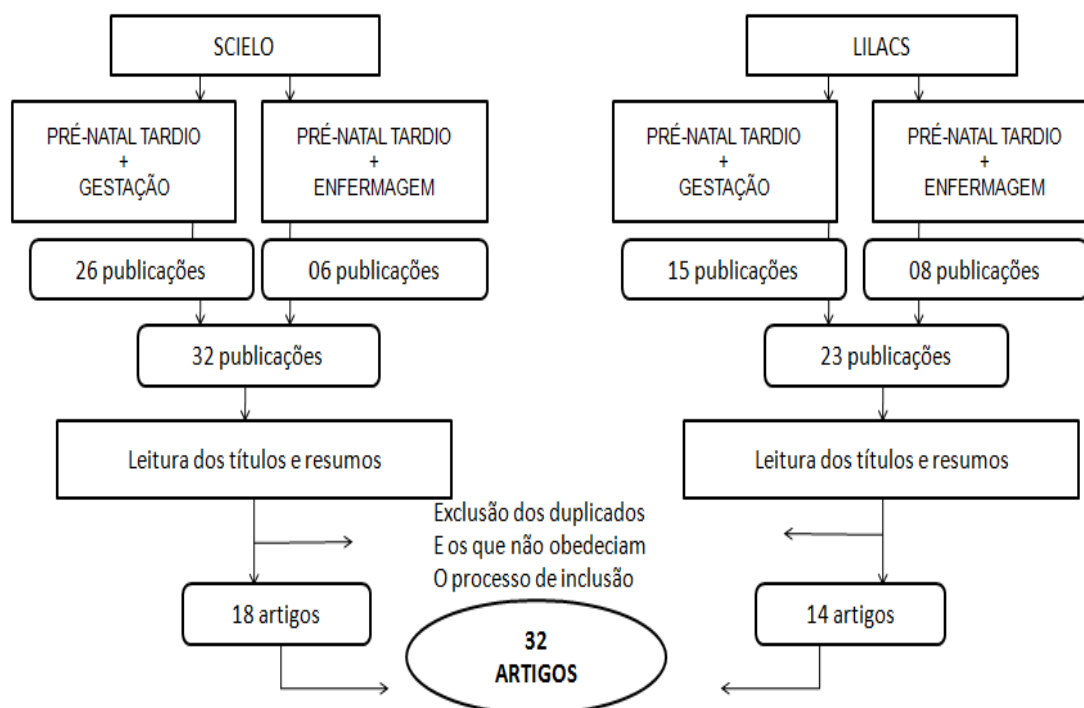
A Revisão de literatura também é denominada de Revisão bibliográfica ou Referencial teórico. A revisão de literatura é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico (SANTOS; CANDELORO, 2006, p.43).

A Pesquisa foi realizada através de livros, base de dados do Ministério da Saúde (MS) que são os cadernos de atenção básica a saúde da mulher e assistência ao pré-natal, em idioma português, disponíveis nos sites do ministério da saúde, publicados entre 2008 a 2018.

Artigos científicos sobre a temática foram acessados nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILASC), e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), publicados nos últimos 10 anos. Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios: leitura de títulos e resumo; artigos publicados em português nos últimos oito anos. Descritores utilizados foram: gestação, pré-natal tardio, enfermagem.

Foram encontradas 55 publicações nas bases de dados Lilacs e Scielo, dos quais 32 foram utilizados e 23 foram descartados, pois não obedeciam aos critérios de inclusão da pesquisa ou estarem duplicados.

5 Fluxograma de apresentação dos artigos selecionados



6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas 55 publicações nas bases de dados Lilacs e Scielo, dos quais 32 foram utilizados e 23 foram descartados pois não seguiam aos critério de inclusão.

Quadro1- Caracterização dos artigos selecionados nas bases de dados Lilacs e Scielo

Autor	Ano	Local	Revista	Título do periódico
SANTIAGO et al.	2015	Fortaleza	Revista latina americana enfermagem	Associação entre excesso de peso e características de adultos jovens escolares: subsídio ao cuidado de enfermagem.
SILVA et al.	2014	Rio grande do sul	Revista brasileira de enfermagem	Conhecimento de púerperas sobre amamentação exclusiva.
SILVA, Eveline Franco de.	2014	Porto alegre	Tese de doutorado	Condições de nascimento de recém-nascidos pré- termo tardio.
GAÍVA et al.	2013	Cuiabá	Revista gaucha enfermagem	Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém nascidos.
COSTA et al.	2013	Goiânia	Revista eletrônica enfermagem	Características de atendimento pré-natal na rede básica de saúde.
CASTRO et al.	2010	Pará	Revista rene	Qualidade de assistência pré-natal em perspectiva das puerperas egressas.
VIEIRA et al	2010	Goiânia	Escola Anna Nery revista enfermagem	Diagnostico de enfermagem da Nanda no período pós-parto imediato e tardio.
GOMES, et al	2018	São Paulo	Nursing	Fatores de risco para defeitos de fechamento do tubo neural: caracterização de uma população.
CARNEIRO	2016	Recife	Revista brasileira	Violência física pelo o parceiro

et al.			epidemiol	intima e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do nordeste.
NONATO et,al.	2015	Minas gerais	Epidemiol	Sífilis na gestação e fatores associados a sífilis congênita em belo horizonte –MG, 2010 - 2013.
SOARES et al.	2013	Rio de janeiro	Ciência saúde coletiva	Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puerperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto.
DOMINGUES et al.	2012	Rio de janeiro	Revista brasileira de saúde materno infantil	Avaliação das ações da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do rio de janeiro.
SANTOS et al	2012	Rio de janeiro	Revista brasileira de epidemiol	Estado nutricional pré-gestacional de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puerperas adolescentes.
SCHMEING, Lilian Mara Basílio.	2012	Mato grosso do sul	Tese de mestrado	Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambaí, MS: conhecimento e prática dos profissionais.
NAIDON et al	2017	Rio grande do sul	Texto e contexto enfermagem	Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascido em terapia intensiva neonatal:relato de caso.
PITILIN et al	2017	Paraná	Texto e contexto	Internações sensíveis a atenção primária em gestantes: fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal.
MARTINS et	2014	Portugal	Revista brasileira de	O programa de assistência pré-

al			enfermagem	natal nos cuidados de saúde primária em Portugal - uma reflexão.
SILVA et al	2014	Rio grande do sul	Revista brasileira de enfermagem	Conhecimento de puerperas sobre amamentação exclusiva.
GAIVA et al	2013	Cuiabá	Revista gaucha de enfermagem	Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém nascidos.
SOUTO et al	2017	Brasil	Ciência e saúde coletiva	Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento.
TRIAGO et al	2015	São Paulo	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	Talassemia beta maior e gestação na adolescência: relato de dois casos.
MELO et al	2014	Minas gerais	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo HIV.
RIBEIRO et al	2014	Paraná	Revista paulista de pediatria	Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009.
JORGE et al	2014	São Paulo	Epidemiologia e serviços de saúde	Características das gestação de adolescentes internadas em maternidade do estado de São Paulo.
DOMINGUES et al	2013	Rio de janeiro	Revista brasileira de epidemiologia	Acesso a utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do rio de janeiro, Brasil.
DOMINGUES et al	2013	Rio de janeiro	Revista de saúde pública	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.
MARTINS et	2011	Maranhão	Revista brasileira de	Associação de gravidez na ado-

al			ginecologia e obstetrícia	lescência e prematuridade.
NORMURA et al	2011	São Paulo	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	Resultados maternos e perinatais em gestantes portadoras de leucemia.
BARBOSA et al	2009	São Paulo	Revista paulista de pediatria	Fatores associados ao desmame em lactantes matriculados em creche.
SANTOS et al	2009	Maranhão	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto.
ARRUDA et al	2008	São Paulo	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso.
SANTOS et al	2008	Maranhão	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	Gravidez na adolescência e fatores associados com o baixo peso ao nascer.

6.2 Principais razões para início do pré-natal

O pré-natal é um conjunto de medidas preventivas e curativas que tem como finalidade, avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, garantindo o bem-estar físicos-psíquico e social, identificar fatores de risco e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade que assegurem o tratamento precoce das condições anormais, favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências e instrumentalizar em relação aos cuidados neste período.

As altas taxas de morbimortalidade materna ainda, é um desafio a se vencer a atenção ao pré-natal pode reduzir significativamente essas taxas e viabilizar uma maternidade segura e atenção adequada no decorrer da gestação podendo evitar complicações obstétricas, retardo no crescimento uterino, baixo peso ao nascer e prematuridade (CUNHA, et al 2009).

Diante desta circunstância, surge à necessidade de se acompanhar a mulher grávida o mais precocemente possível para que se possa prevenir ou atenuar possíveis complicações.

Após a confirmação de gravidez dar se início ao acompanhamento da gestante com o seu cadastramento no SISPRENATAL, Sistema de monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento. Contribui ainda para identificação de fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e possibilita a prevenção das complicações identificadas como principais causas de e mortalidade materna e perinatal (sisprenatal, 2016).

A partir desse momento a gestante devera receber a orientações necessárias como seqüência das consultas, visitas domiciliares deveram ser fornecidas cartão da gestante com identificação preenchida, o hospital de referencia para o parto, orientações sobre calendário vacinal, solicitações de exames, e orientações sobre a participação nas atividades educativas (BRASIL, 2012).

A assistência ao pré-natal consiste em cuidados, condutas e procedimentos em beneficio da mulher grávida e do concepto. Esta atenção caracteriza-se a partir da concepção ate o inicio do trabalho de parto, de modo preventivo com o propósito de identificar, tratar ou controlar patologias, prevenir complicações para ambos, garantir uma boa saúde materna e proporcionando um bom desenvolvimento fetal, assim reduzindo os índices de morbimortalidade materna e fetal (CARVALHO, 2004).

O acompanhamento do pré-natal envolve uma equipe multidisciplinar, pois a gestante merece toda a atenção possível de diferentes profissionais, como orientações por parte da equipe de enfermagem, profissionais de nutrição, apoio na assistência psicológica, além de consulta de odontologia, incluindo a participação do neonatologista (VASQUES, 2006).

De acordo com o MS não existe alta do pré-natal, seu inicio deve ser precoce para a adequada assistência, o numero de consultas deve ser no mínimo seis, as consultas deveram ser mensais ate à 28ª semana e quinzenais entre a 28ª e 36ª semanas e semanais ate o parto. Quando o parto não ocorrer até a 41ª semanas, e necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem estar fetal, com a análise do liquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2012).

O MS da saúde (BRASIL, 2006) preconiza ainda, uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebe e a consulta puerperal ate 42 dias, para que seja feita a avaliação das condições da mulher e da criança como também registrar alterações, avaliar e registrar dados da amamentação, verificar o retorno da mens-

truação e da atividade sexual, promover ações educativas e conduzir intercorrências caso ocorram.

6.3 Atuação do enfermeiro

O enfermeiro desenvolve posição de destaque na equipe que compõe a assistência pré-natal sua ação deve ser efetiva no cuidado humanizado, criando vínculo com cada mulher de maneira a compreender suas reais necessidades, trazendo lhe bem estar e garantia de saúde (FELIX, 2017).

O processo de enfermagem (PE) na consulta a gestante possibilita o levantamento e o registro de informações que facilitam o diagnóstico de enfermagem que é de fundamental importância para o planejamento e implementação do cuidado, bem como a avaliação dos resultados que foram prestados (BARROS, 2015).

A gestante nem sempre procura o serviço de pré-natal com firme propósito de acompanhar sua gestação, pois a maioria desconhece ou tem pouco conhecimento da importância. A falta de assistência e de procedimentos frequentes a gestante pode acarretar a mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer sem a assistência apropriada, o processo de estados patológicos pode levar a gestação para uma condição de alto risco para a mãe e o feto (PRIMO et al; 2008).

O enfermeiro busca a todo o momento qualquer sinal que indique alguma complicação, sempre oferecendo orientações para que a gestante se sinta segura. Esse plano determina pontos essenciais para as orientações de enfermagem, como alimentação correta na gestação, a importância de exames a serem realizados nesse período e os encaminhamentos a outros serviços promovendo a interdisciplinaridade das ações (BARBOSA et al; 2011).

Dessa forma se faz necessário que a enfermeira conquiste a confiança e simpatia da gestante, acolhendo-a de maneira atenciosa, para que se estabeleça um vínculo de confiança, o que auxilia no sucesso e continuidade da assistência. A assistência de enfermagem deve ser realizada através de consultas individualizadas, visto que o período da gravidez é cheio de mudanças físicas e emocionais, vivenciadas de forma distinta para cada mulher.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar as principais complicações do pré-natal tardio, analisar a atuação do enfermeiro a fim de atingir a meta principal que é garantir uma gestação saudável, segura e sem complicações.

Sabe-se que o pré-natal é de extrema importância, pois é por meio dele que é possível acompanhar a gestação e detectar problemas se presentes, mas também é um momento de aprendizado para a mulher, que tem a chance de aprender sobre as mudanças que ocorrerão no seu corpo e o preparo para um novo integrante na família, o qual lhe exigirá muita dedicação e amor.

Quanto à realização do pré-natal, o enfermeiro tem respaldo técnico – científico para abordar a mulher e por ter uma visão holística, criando vínculo com a mulher e não olhando a gestação somente como um processo natural de procriação, mas vendo 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 com o componente principal que é a gestante.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.A.B.; ARAÚJO, C.; M.A. AGUIAR, N. Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Rev. Cogitare Enfermagem**. V. 18, n. 3, p.527-531, jul/set 2013. Disponível em: ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33567. Acessado em: 10/09/2018.

ALVES, C.N., RESSEL, L.B., SANFELICE, C, BISOGNIN, P. et al. Pregnant women-profile assisted in nursing's prenatal consultations at a basic health unit. **J. res.: fundam. care. online**. v. 5, n. 3, jul/set 2013, pág. 132-141. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2052/pdf_830. Acessado em 08/10/2018.

ARRUDA, M, S. et al. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 30 n. 10 maio/2008.

BARBOSA, M, B. et al. Fatores associados ao desmame precoce e ao período de desmame de lactantes matriculados em creche. **Revista paulista pediatra**. V. 27.n. 3 p. 271-281. Dez/2009.

BARBOSA, T.L.A; GOMES L.M.X; DIAS O.V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: satisfação das gestantes. **Cogitare enfermagem**. 2011; 16(1) Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21108/13934>. Acessado em 08/09/2018.

BARROS, S. M. O. D. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. 1ª. ed. São Paulo: Manole, 2006. 19,21 p.

_____, S. M. O. D. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. 2ª. ed. São Paulo: Roca, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**, Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**, Brasília, n. 3ª, 2000.

_____. **Importância do pré-natal**. Biblioteca Virtual em Saúde, out. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html>. Acesso em: 08 out. 2018.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/ Ministério da Saúde, Brasília, n. Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318. -(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). BRESSAN FILHO, P. N. Modificações gravídicas locais. In: NEME B. **Obstetrícia básica**. 2ª. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

CARVALHO, G.M; FOLCO, G.D; BARROS, L.M.R; MERIGHI, M.A.B. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **Rev Min Enferm**. 2004: 8(4):449-53. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/704>. Acessado em 08/09/2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Documentos Básicos de Enfermagem**: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros. Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2001.

COSTA, C.S.C; VILA, V.S.C; RODRIGUES, F.M; MARTINS, C.A; PINHO, L.M.O. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2013. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2018.

COSTA, G.D; COTTA, R.M.M; REIS, J.R; SIQUEIRA-BATISTA, R. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1ª, 2009.

COSTA, C. S. C. et al . Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**. V.15, n. 2. p 522, jun/2013.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2009. Disponível:

http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2920/art_MAMEDE_Assistencia_pre-na-tal_competencias_essenciais_desempenhadas_por_enfermeiros_2009.pdf?sequencia=1&isAllowed=y. Acessado em 08/09/2018.

CARNEIRO. J, F. et al Violência física pelo o parceiro intimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do nordeste do Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**. V..19 n. 2 p. 243-255. Jun/2016.

CASTRO.M, E. et al. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista Rene**. V. 11 p. 72-81. Dez/2010.

DOMINGUES.R, M, S, M. et al. Acesso a utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro Brasil. **Revista brasileira epidemiológica**. V. 16 n. 4 p 953-965. Dez/2013.

DOMINGUES.R, M, S, M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista saúde publica**. V. 47 n.1 p.147-157. Fev/2013.

SANTOS. M, M,A. et al. Estado nutricional ,pre-gestacional, ganho de peso, condições da assistência pré-natal e desfecho perinatais adversos entre puerperas adolescentes. **Revista brasileira epidemiológica**. V. 15 n.1 p.143-154. Mar/2012.

DOMINGUES. R, M S, M. et al. Avaliação de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede publica do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista brasileira materno infantil**. V.12 n. 3 p. 269-280 set/2012.

FÉLIX, R.S; FRANÇA, D.J; NUNES, J.T; CUNHA, I.C.B.C; DAVIM, R.M.B; PEREIRA, J.B. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL ÀS MULHERES EM SISTEMA CARCERÁRIO, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15187/24357>>. Acesso em: 11 set. 2018.

FERREIRA, C.H.J; NAKANO, A.M.S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. **Rev.Latino-Am. Enfermagem** 2001; 9(3). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000300015>. Acessado em: 08/09/2018.

GOMES. V; ABRAHAO. A, R. Fatores de risco para defeito de fechamento de tubo neural: caracterização de uma população. **Nursing**. V.21 n. 236 p 2014-2020. Jan/2018.

GOMES, R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.1,ano 16, 2011.Disponível

em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018749001>>ISSN 1413-8123. Acesso em 10/09/2018.

GAIVA. M, A. et al. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Revista gaucha de enfermagem**. V. 34 n. 4 p. 91-97. Dez/ 2013.

HALBE HW. **Tratado de Ginecologia**. 3ª. ed. São Paulo: Rocca, 2000.

JORGE. M, H, P, M. et al. Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades de São Paulo 2011. **Revista epidemiologia e serviços de saúde**. V.23 n.2 p.305-316 jun/2014.

LOWDERMILK, D.L. Anatomia e fisiologia da gestação. In: LOWDERMILK, D.L; PERRY, E.S. & BOBAK, I.M. O Cuidado em enfermagem materna. 5 .ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MELO. V, H et al. Uso de drogas ilícitas por gestantes infectadas pelo o HIV. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.36 n.12 p.556-561.

MARTINS. M, F, S, V. et al. O programa de assistência pré-natal nos cuidados de saúde primários em Portugal- uma reflexão. **Revista brasileira de enfermagem**. V. 67 n. 6 dez/ 2014.

NAIDON. A, M. et al. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascido em terapia intensiva neonatal: relato de caso. **Texto e contexto-enfermagem**. V.27 n.2 jun/2018.

NOMURA. R, M, Y et al. Resultados maternos e perinatais em gestantes portadoras de leucemia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 33 n. 8 p. 174-181. Ago/2011.

NONATO. S, M. et al. Sífilis na gestação e fatores associados a sífilis congênita em Belo Horizonte- MG, 2010-2013. **Epidemiologia e serviços de enfermagem**. V. 24 n. 4 p.681-694. Dez/2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS. **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**, 7 nov. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820>. Acesso em: 08 out. 2018.

PRIMO, C.C; BOM, M; SILVA, P.C. Atuação do Enfermeiro no Atendimento à Mulher no Programa Saúde da Família. **Rev. Enf UERJ** Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 76-82, jan-mar, 2008.

PERROT M. Os silêncios do Corpo da Mulher. In: MATOS, M. L. **O Corpo Feminino em Debate**. 1ª. ed. São Paulo: UNESP, 2003.

PITILIN. E.B; PELLOSO. S. M. Internações sensíveis a atenção primária e gestantes: fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal. **Texto e contexto-enfermagem**. V.26 n.2 jul/2017.

REBERTE LM, HOGA LAK. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enferm**. 2005;14(2). Disponível:<http://dx.doi.org/10.1590/S01040707200500020000>. Acessado em 10/09/2018.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.do.; ARAUJO,A. **Protocolo na assistência pré-natal**: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia 49 de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 5,ano.2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09/10/2018.

RIBEIRO. F, D. et al. Extremos da idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. **Revista paulista de pediatria**. V. 32 n. 4 p. 381-388. Dez/2014.

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos Acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006. p.43.

SERRUYA, J.L; LAGO, T.G; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde materno-infantil**, v.4, n.3: p. 269-279, jul./set.2004b.

SILVA, J.L; CECATTI, J.G; SERRUYA, S.J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.27, n.3: p. 103-105, 2005.

SOUTO. R, M, C, V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implementação na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciência e saúde coletiva**. V.22 n.9 p.2909-2918 set-2017.

SANTOS. G, H, N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.31 n. 7 p.326-334. Ju/2009.

SANTOS. G, H, N. et al. Gravidez na adolescência e fatores associados co baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.30 n.5 p.224-231. Maio/2008.

SILVA. N, M. et al. Conhecimento de puerperas sobre amamentação exclusiva. **Revista brasileira de enfermagem**. V. 67 n. 2 p. 1008-1012. Dez/2014.

SILVA. E, F. et al. Condições de nascimento de recém-nascidos pré-termo tardios. **Tese de doutorado**. Porto Alegre; s, n: 2014.56p.

SANTIAGO. J, C, S. et al. Associação entre excesso de peso e caracterização de adultos jovens escolares: subsidio aos cuidados de enfermagem. **Revista latina americana enfermagem**. V. 23 n. 2 p.250-258. Abril/2015.

SOARES. M, L. et al. Preditores do conhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido de HIV na internação para o parto. **Ciência e saúde coletiva**. V.47 n.1 p.147-157. mar/2013.

SCHMEING. L, M, B. et al. Sífilis e pré-natal na rede publica de saúde e na área indígena de Amambaí, MS: conhecimento e pratica de profissionais. **Tese de mestrado**. Set/2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, **SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA. SISPRENATAL WEB**. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/suis/sisprenatal-web/>>. Acessado em 09/10/2018.

TRIGO. L, A, M, C. et al. Telassemia beta maior e gestação na adolescência: relato de dois casos.**Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.37 n. 6 p. 291-296 ago/2016.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal um enfoque multiprofissional**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

VIEIRA. F. et al. Diagnostico de enfermagem da manda no período pós-parto e tardio. **Escola Ana Nery**. V. 14 n. 1 p. 83-89. Mar/2010.

ZIEGEL, E.E. **Enfermagem obstétrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.