UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

DANIELA BERJAN PECORARI

A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA-SP: UM ENFOQUE NA DINÂMICA DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp, para a obtenção do título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Daniela Berjan Pecorari, e orientada pelo Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

---

Assinatura do Orientador

PIRACICABA 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

P33o

Pecorari, Daniela Berjan, 1976-
A organização do serviço de pré-natal no município de Piracicaba - SP: um enfoque na dinâmica de trabalho das enfermeiras nas Unidades de Saúde da Família / Daniela Berjan Pecorari. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Enfermagem. 2. Normas. 3. Classificação. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: The organization of pre-natal service in the city of Piracicaba-SP: a focus on the dynamics of nurses work in the family health

Palavras-chave em Inglês:

Nursing

Standards

Classification

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Karine Laura Cortellazzi

Luciane Zanin

Data da defesa: 29-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 29 de Julho de 2011, considerou a candidata DANIELA BERJAN PECORARI aprovada.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

Profa. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas Professor Dr. Fernando Ferreira Costa;

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, representada por seu Diretor professor Dr. Jacks Jorge Jr;

À Prof.ª Drª. Renata Cunha Matheus Rodrigues Garcia ,Coordenadora Geral da Pós-Graduação da FOP/UNICAMP, pela competente administração;

À Profª. Drª. Cínthia Pereira Machado Tabchoury, Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Odontologia, pela contínua dedicação;

Aos Professores das disciplinas do Mestrado Profissionalizante e aos Professores convidados, pelo conhecimento transmitido ao longo do curso;

Aos professores da banca de Qualificação, Profª. Drª. Karine Laura Cortellazzi, Prof.Dr. Antônio Carlos Pereira e da banca da Defesa Profª. Drª. Luciane Zanin, Profª. Drª. Karine Laura Cortelazzi e Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim;

À funcionária Eliana Aparecida M. Nogueira ,pela disponibilidade em ajudar sempre;

Às secretárias da Pós-Graduação Érika. A.P.Sinhoreti e Raquel Q.M.Cesar Sacchi ,pelo carinho e pela ajuda em todas as fases administrativas;

A bibliotecária Marilene Girello,por todos os esclarecimentos;

Ao Secretário Municipal de Saúde ,Fernando Ernesto Cárdenas, por ter autorizado esta pesquisa;

À Coordenadora do Programa de Saúde da Família de Piracicaba-SP, a enfermeira Adriana de Aquino e Saglietti Lemes e à Drª.Fabíola Maria Stolses Bergamo Machado, pelo estímulo aos estudos, em busca de conhecimentos para nossa área de atuação;

Aos meus irmãos, Fernanda e Ricardo, agradeço pelo convívio e pelo compartilhamento de nossas diferenças, fazendo- nos conhecer o novo;

A toda a minha família e amigos, pela compreensão nos momentos de minha ausência física e mental;

As minhas sobrinhas Eduarda e Camila, que, mesmo sem saber, me motivam a ir sempre adiante a vocês, meu carinho e meu eterno amor;

A Deus, pelo dom da vida e pela sua onipresença e onipotência em minha vida, agradeço as incontáveis graças que recebi e recebo diariamente;

Aos meus colegas de mestrado, pela companhia e pela rica troca de experiências durante as aulas;

À minha amiga, e companheira de trabalho Drª. Lélia Calipso Achon de Albuquerque, uma pessoa iluminada e, responsável, pela amizade, paciência e pelo estímulo;

Às enfermeiras das Unidades de Saúde da Família, sem vocês, a pesquisa não existiria; em especial à Marcela pela colaboração, nas trocas das experiências vividas;

Ao pessoal da equipe de Saúde da Família do Jardim Gilda, Dr° Yuri, Andréa, Marcela, Denise, Fernanda, Selma, Telma, Vanessa, Viviane e Hilda: sem a colaboração de vocês, este estudo não aconteceria;

A todas as pessoas que ,diretamente e indiretamente, colaboraram com a pesquisa; às gestantes de Piracicaba- SP que, indiretamente, participaram da pesquisa.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Roberto e Martha Berjan, obrigada por nunca terem poupado esforços e estímulos para minha formação; e pelo apoio e pelo amor incondicional em todos os momentos da minha vida. Amo vocês! ;

Ao meu marido Paulo, pelo apoio, pela compreensão e pelo estímulo nesta caminhada, sempre me proporcionando oportunidades de transformação, na busca por um sentimento;

Ao meu pequenino Giovani, que, mesmo silenciosamente, compreendeu minha ausência e meus momentos de irritação É muito bom ter você em minha vida! ;

Ao professor Dr. Marcelo de Castro Meneghim, exemplo de pessoa e de profissional, pela paciência e pela competência; obrigada, por aceitar o desafio de orientar-me, mesmo sendo profissional de outra área da Saúde.

RESUMO

A atenção qualificada ao pré-natal constitui uma estratégia fundamental para tornar as gestações e os partos mais seguros, contribuindo, significativamente, para reduzir o número de óbitos maternos. O pré-natal pode ser conduzido, durante a atenção básica, pelo enfermeiro respaldado na Lei do Exercício Profissional, que o considera competente para o exercício qualificado do processo. O objetivo deste estudo foi avaliar a utilização do protocolo pelos enfermeiros, durante a assistência ao pré-natal, nas unidades Saúde da Família. Coletaram-se os dados por meio de um questionário, elaborado pela pesquisadora, com base no Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal, do Ministério da Saúde. A população participante do estudo compôs-se 34 enfermeiros, todos atuantes nas Unidades de Saúde da Família. O município em estudo não possui protocolo, específico para enfermeiros no sentido da assistência ao pré-natal Os dados, após submeterem-se à análise descritiva, foram apresentados na forma de frequência absoluta e percentual, com a aplicação do teste do qui-quadrado,com vistas a avaliar as associações entre dados. Quando relacionado às associações da utilização ou não de protocolo constamos que os profissionais que participaram de algum treinamento/capacitação ou curso em pré-natal, utilizavam mais o protocolo (p 0,04). Com relação às atividades realizadas com maior frequência na assistência ao pré-natal foi observada a solicitação de exames laboratoriais e os procedimentos clínicos – obstétricos. O estudo também constatou que a enfermagem atuante na assistência ao pré-natal procede conforme as recomendações do Manual Técnico do Ministério da Saúde, embora alguns profissionais em estudo não tenha consciência dessa influência.

Palavras - chave: enfermeira, atenção qualificada, enfermagem obstétrica, competência profissional.

ABSTRACT

Qualified attention to prenatal care is a key strategy for safer pregnancy and childbirth, leading to a significant reduction in risk factors for maternal deaths. Prenatal care can be conducted in primary care by nurses, deemed competent and well qualified to provide such care, backed by the Professional Practice Act. The aim of this study was to evaluate the use of use of the protocol by nurses during the prenatal care in family health units. It was used for data collection a questionnaire prepared by the researcher based on the Technical Assistance Manual Prenatal Ministry of Health; the study participant population consisted of 34 nurses working in family health units. The municipality does not have the study protocol, specific to nurses towards prenatal care. The data were analyzed descriptively and presented as absolute frequency and percentage by applying the chi-square test to evaluate the associations between data. When associations related to the use or not of the Protocol is that the professionals who participated in some training / training or course in prenatal protocol used more (p 0.004). With respect to activities performed more frequently in pre-natal care was observed at the request of laboratory tests and clinical procedures - obstetric. It was noted that the study by providing nursing assistance to the pre - natal use the Technical Manual of the Ministry of Health, even though he is not remembered by most professionals in the study, this being verified by the procedures which the nurses carried out in your query in prenatal care. The study also found that nursing active in prenatal care proceeds according to the recommendations of the Technical Manual of the Ministry of Health, although some professionals in the study is not aware of this influence

Keywords: nurse, skilled care, obstetric nursing, professional competence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição entre curso/treinamento/capacitação em Pré-Natal e a realização de palestras na unidade 22

Tabela 02- Associação do uso, ou não, do protocolo às demais variáveis 22

Tabela 03- Distribuição das frequências dos procedimentos realizados pelos enfermeiros das USFs, do município de Piracicaba-SP,durante a consulta de Pré-Natal, segundo o Manual do Ministério da Saúde 25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABENFO	Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras
ABO-Rh	Tipagem Sanguínea
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AU	Altura Uterina
Aux Enf	Auxiliar de Enfermagem
BCF	Batimento Cardio-Fetal
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CID	Classificação Internacional de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
CO	Citologia Oncótica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde
DPP	Data Provável do Parto
DUM	Data da Última Menstruação

EEUS	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ENF	Enfermeiro
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCC	Fundação Carlos Chagas
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HB/HT	Hemoglobina /Hematócrito
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
ICM	International Confederation of Midwives/Confederação Internacional de Parteiras
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPPLAP	Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba
MMII	Membros Inferiores
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PN	Pré-Natal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RN	Recém-Nascido
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
USG	Ultrassonografia
USF	Unidade Saúde da Família
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory - Teste para averiguar a doença sífilis
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2- REVISÃO DE LITERATURA	05
3- PROPOSIÇÕES	15
4- METODOLOGIA	16
5- RESULTADOS	21
6- DISCUSSÃO	29
7-CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	47

1- INTRODUÇÃO

Na história da Saúde Pública, a atenção materno-infantil configura-se tradicionalmente, como área prioritária, já que se volta aos cuidados à gestante, ou seja, à mulher enquanto reprodutora. A assistência pré-natal nasce associada à ideia de puericultura intra-útero e ao conceito de saúde materno-infantil, pois, hoje, não se considera mais a mulher como mero invólucro/continente do bebê, com a obrigação de fazê-lo nascer saudável e sobreviver (Ferreira, 1994).

Segundo Peret, (2000) a assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e de procedimentos que visam a preservar a saúde, tanto da gestante quanto do concepto, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação, bem como o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Também deve incluir orientações sobre os hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, bem como sobre o preparo da gestante para o parto e o puerpério.

O acompanhamento ao pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal, desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devam ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados. A atenção pré-natal tem, como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez, preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais e identificar, o mais rápido possível, as situações de risco (Brasil, 2005a).

A gravidez marca um processo de intensas transformações na vida da mulher, em sua preparação para a maternidade. Apesar de tratar-se de um fenômeno biológico, cada mulher lida com as mudanças advindas da gestação de uma forma muito particular. Em razão desse processo intenso de transformações internas e externas, faz-se necessária, a presença de um profissional de saúde, como portador de apoio e de acolhida à gestante e à família dela (Vido 2006).

Assim, Rosas (1998) ressalta que o trabalho do profissional enfermeiro é relevante nas consultas de pré-natal, pois o profissional consegue compreender e respeitar o modo de vida, os hábitos e a cultura da gestante, contribuindo para amenizar as ansiedades e as expectativas, geradas no ciclo gravido-puerperal.

A consulta de enfermagem instalou-se em nosso país, na década de1960 e sua legalização ocorreu em 25 de junho de 1986, através da Lei 7.498, que regulamentou o exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro. Também permitiu: a) a prescrição de medicamentos institucionalizados pelo Ministério da Saúde (MS), desde que estabelecidos pelas instituições da Saúde Pública, em protocolos aprovados por Conselhos Federais da categoria profissional; b) a solicitação de exames de rotina e complementares, segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n° 195/1997,e c) os de encaminhamentos de referência para outros profissionais. (COFEN, 1997).

A consulta de enfermagem, na assistência ao pré-natal apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois sua finalidade é garantir a extensão da cobertura e a melhoria da qualidade do pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais às gestantes (Rios, 2007).

Anualmente, contabilizam-se aproximadamente, 120 milhões de gravidezes em todo o mundo. Desse grupo 50 milhões apresentam algum tipo de complicação, relacionada à hemorragia, a transtornos hipertensivos e a infecções, em geral relacionadas à precária assistência durante o período de pré-natal. (Macdonald&Starrs,2003).No Brasil, contabilizamos em média 3 milhões de gravidezes ao ano, entre os quais 215 mil apresentam algum tipo de complicação(RIPSA,2008).

O uso de protocolos clínicos na assistência à saúde da mulher visa, exatamente, a organizar e a qualificar a assistência prestada.Com o sentido de detectar os casos de gestação de alto risco e encaminhá-lo ao nível apropriado de acompanhamento, também funcionam como facilitadores no levantamento do histórico clínico, contendo sugestões de roteiro para a anamnese, soluções para possíveis problemas encontrados, diagnósticos frequentes e possíveis condutas a tomar. Ainda servem a oficializar a possibilidade de os enfermeiros prescreverem medicamentos, dentro de suas competências. Desse modo esses protocolos contribuem para respaldar a atuação dos profissionais, fornecendo-lhes informações necessárias sobre o assunto e auxiliando-os em caso de dúvidas, no sentido de uniformizar e padronizar assistência prestada (Ataka&Oliveira, 2007).

É competência do Ministério da Saúde (MS) estabelecer políticas e normas para a oferta do pré-natal com boa qualidade, além de providenciar os equipamentos e o instrumental para realizar as consultas e os exames necessários ao processo. O MS deve, também, verificar a capacitação adequada das pessoas que atendem à mulher em seu percurso pela unidade de Saúde (Brasil, 2000). Essa norma foi elaborada com o propósito de oferecer parâmetros para a oferta desses serviços e deverá ser adaptada às condições locais, garantindo-se, no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promover o parto normal sem complicações e prevenir as principais afecções perinatais (Brasil, 2000a).

O Ministério da Saúde em seu Manual Técnico de Assistência ao Pré – Natal (2000) estabelece a normatização desse atendimento elencando os passos a seguir. No referido manual encontram-se com dois roteiros de realização da consulta de enfermagem para a gestante, o primeiro para a consulta inicial, enquanto o segundo para as demais. Nesse contexto, faz-se ressaltar que a consulta de enfermagem no pré-natal se realiza de forma sistematizada, com uma

metodologia própria, e visa atender à necessidade da gestante, bem como sensibilizá-la a participar desse processo assistencial, de modo a desenvolver-se para a construção de uma maternidade segura. Nesse contexto, a consulta de enfermagem constitui um instrumento que consolida o exercício profissional, norteando ações, e definindo condutas de forma autônoma, na assistência à gestante (Lima, 2005).

2-REVISÃO DA LITERATURA

Ainda no século XX, algumas iniciativas de atenção à saúde começaram a desenvolver-se no Brasil, entre elas, a assistência pré-natal, estabelecida como um processo de "puericultura intra uterina", e não como proteção à infância. Recomendava-se a abertura de maternidades e de creches, além da severa vigilância ao aleitamento materno, como forma de controlar a taxa de mortalidade infantil no país. Nesse contexto equivocado, expandiu-se que se expandiu, no Brasil, a assistência pré-natal, perpetuando essa forma até muito recentemente (Brasil, 2001a).

Em 1994, após a 10ª revisão da classificação internacional de doenças (CID), a OMS introduziu o conceito de morte materna, como "a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação", e o de morte materna tardia que engloba "a morte de uma mulher, por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas entre 42 dias e um ano após término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas, tomadas em relação a ela, porém não acidentais ou incidentais" (OMS, 1996).

A Organização Pan- Americana de Saúde (2004) afirma que a prevenção de mortes na gravidez, no parto e no puerpério configura-se nos dias de hoje, prioridade mundial e só será alcançada quando conseguirmos que as mulheres recebam atenção eficaz e de boa qualidade, durante o ciclo-gravídico-puerperal.

Quando se fala em prevenção à morte materna, falamos da assistência ao pré-natal como ferramenta central. Para assegurar a qualidade dessa assistência, a OMS recomenda importantes intervenções, embasadas em evidências, incluindo o diagnóstico precoce, o tratamento ou encaminhamento das

complicações detectadas que poderão alterar e favorecer o prognóstico materno (OPAS, 2004).

Dados da OPAS e da OMS apontam que, aproximadamente, 600.000 mulheres, entre 15 e 49 anos, morrem anualmente no mundo, durante a gravidez ou o parto; mais de 50 milhões de mulheres sofrem enfermidades sérias causadas no processo de gestação, de parto e de puerpério, que afetam o resto de suas vidas. E pelo menos três milhões de crianças nascem mortas e outras quatro milhões morrem nas primeiras semanas de vida (OPAS, 2004).

Várias instâncias internacionais têm fixado metas, visando à redução da mortalidade materna. No Brasil, ocorreram algumas iniciativas e políticas voltadas a essa direção, a partir da década de19 70(Tyrrel&Carvalho,1994).

Desde então, incrementou-se, no Brasil, a discussão sobre a interdependência da saúde da mulher e sua inserção social. As buscas femininas pelo reconhecimento da relação entre a luta pela saúde e o resgate do papel de sujeito das mulheres exerceu marcante influência na elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicada pelo MS em 1984,admitindo,já nessa época, que a assistência prestada viesse a restringir-se quase exclusivamente ao ciclo gravídico-puerperal (Aguiar, 1996).

Em 1984, aqui no Brasil o PAISM foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem, que propunha o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, reconhecendo o pré-natal como um importante componente do processo, devido a seu impacto e à transcendência das atividades destinadas a esse grupo (Osis, 1998).

O PAISM foi elaborado com base em experiência desenvolvida no Estado de São Paulo, por um grupo de trabalho, composto de representantes do movimento feminista, da Pastoral da Família, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e

da Fundação Carlos Chagas(FCC). Essa experiência inicial foi influenciada pelas cobranças do movimento de mulheres, das usuárias dos serviços, dos profissionais de saúde e das promessas de campanha do governador eleito André Franco Montoro (Silver, 1999).

O PAISM propôs uma nova racionalidade de trabalho, comprometida com a melhoria da qualidade de vida das mulheres em todas as fases da vida, numa abordagem multidisciplinar dos problemas. Preconizou atividades educativas em grupos, que buscassem romper o histórico isolamento das mulheres, no âmbito das tarefas domésticas. Isso porque a mudança no modelo assistencial é intrínseca à proposta de transformação nas relações entre os profissionais e as usuárias e consonante com a necessidade de que a reformulação no sistema de Saúde brasileiro, referendada na Constituição de 1988, supere a mera reorganização administrativa (Aguiar, 1996).

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e do puerpério. Ainda devia voltar-se à abordagem dos problemas, desde a adolescência até a terceira idade, ao controle de doenças sexualmente transmitidas, bem como do câncer cérvico-uterino e mamário, e à assistência para a concepção e a contracepção. Entretanto, como as ações relativas ao pré-natal já se encontravam incorporadas ao atendimento da rede de Saúde, o início da implementação poderia ocorrer pelo investimento na melhoria dessas ações (Osis, 1998).

A cobertura do pré-natal constitui um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS, envolvendo a assistência prestada toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica. Dessa forma, o seu funcionamento reflete aspectos da atuação de outros programas e evidencia a sua importância expressando–se no conjunto de

normas que regem a operacionalização do SUS. O impacto sobre a prevenção da prematuridade e do baixo peso das crianças, ao nascer tem sido amplamente documentado (Ribeiro et al, 2004).

A atenção pré-natal configura-se, na verdade, com um dos quatros pilares da Maternidade Segura, juntamente com o planejamento familiar, o parto limpo e seguro e a assistência obstétrica essencial, como formulou o Programa Saúde Materna e Maternidade Segura da Divisão de Saúde Familiar da Organização Mundial de Saúde (OMS). O programa vem funcionando como mecanismo para assegurar, às mulheres, a gravidez e os partos seguros e bebês saudáveis; em outras palavras, a fim de evitar os resultados temidos: as mortes maternas, perinatal e infantil (WHO, 2004).

O planejamento da assistência pré-natal e a utilização de normas e de protocolos também é prescrita para guiar e respaldar a qualidade da assistência prestada à mulher, no processo reprodutivo, e reflete-se nos índices de morbi-mortalidade materna (Calderon&Cecatti&Vega, 2006).

As condições necessárias ao atendimento de qualidade na assistência pré-natal, em nível de atenção básica, são relativamente simples, pois dependem quase que exclusivamente da capacitação técnica continuada das equipes de Saúde e do apoio laboratorial de baixa complexidade, além do comprometimento com as necessidades da população assistida. Em geral, a consulta pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de Saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante, transmitindo, nesse momento, o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir, com mais autonomia, a gestação e o parto (Calderon&Cecatti&Vega,2006). O Ministério da Saúde preconiza em (Brasil 2005a) que a atenção pré-natal e puerperal deva ser prestada por equipe multiprofissional de Saúde, assumindo

que as consultas possam ser realizadas pelo profissional médico, ou de enfermagem.

No Brasil, o número de consultas de pré-natal a mulheres que realizaram o parto no SUS vem aumentando, de 1,2 consulta por parto, em 1995, para 5,1 por parto, em 2003. Apesar desse aumento, os índices elevados de óbito materno persistem, pondo em pauta a qualidade das consultas do pré-natal, realizadas pelos profissionais da Saúde (Brasil, 2003).

O Ministério da Saúde instituiu, em primeiro de junho de 2000, através da Portaria GM/MS n° 569/GM 2002, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), que apresenta, em sua formulação, os objetivos de reduzir as altas taxas de morbidade e de mortalidade materna e perinatal, de ampliar a qualidade do acesso ao pré-natal, de estabelecer critérios para qualificar as consultas e de agir para capacitar profissionais (Brasil, 2000b).

O Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

Toda gestante tem o direito de acesso ao atendimento digno e de qualidade, no decorrer da gestação, do parto e do puerpério; tem o direito de ter assegurado, o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; tem o direito à assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e as condições estabelecidos na pratica médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal humanizada e segura.

Segundo o programa, os municípios têm de adequa-se as seguintes exigências:

- Realizar a primeira consulta de pré – natal no ato da descoberta da gestação até o quarto mês de gestação;

- Realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal e uma consulta no puerpério;
- Realizar os seguintes exames laboratoriais; ABO-Rh (1x);VDRL(2x);Urina (2X);Glicemia(2X);Hb/Ht (1x);Anti HIV (1X)
- Aplicar vacina antitetânica;
- Realizar atividades educativas;
-Classificar o risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subsequentes garantindo às gestantes classificadas como de risco, o atendimento ou o acesso à unidade de referência, para o atendimento ambulatorial e/ ou hospitalar à gestação de alto risco.

Essa proposta fez que cada município retomasse a discussão sobre a atenção à gestação, ao parto e ao puerpério em seu território, detectando diversas lacunas na capacidade instalada, marcadamente com relação à oferta dos exames laboratoriais, ao atendimento especializado para as gestantes de risco e à referência para o parto. (Sabino 2007).

Assim, o programa integra três componentes:

I- Incentivo à Assistência Pré-Natal, estimulando o município a realizar o acompanhamento e o cadastramento das gestantes, de acordo com os princípios e os critérios estabelecidos;

II- Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, objetivando o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e a regulação da assistência.

III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto, elevando a remuneração dos procedimentos dos hospitais que prestam assistência às gestantes do Programa.

Essas condições constituem um desafio para a melhoria da qualidade do pré-natal pelos profissionais que assistem as gestantes, sendo um deles, o

enfermeiro. Assim, é desejável que o atendimento dessas gestantes se faça por enfermeiros qualificados (Sabino, 2007).

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) estabeleceu competências essenciais em obstetrícia para o profissional- enfermeiro. Para tanto buscou um consenso internacional sobre os domínios e as competências esperados para os profissionais que ofereçam uma atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, e a seu neonato. Em 2002, esse documento foi apresentado com seis competências, as quais foram testadas e aprovadas por diversos profissionais de diferentes países (Duarte, 2007).

O documento com as seis competências apresenta os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que o profissional necessita dominar para o desempenho de sua atividade na assistência à mulher. Transcrevem-se abaixo as competências arroladas;

Competência 01: As parteiras profissionais têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, da saúde publica e da ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para mulheres, recém-nascidos e famílias, no período reprodutivo;

Competência 02: As parteiras fornecem educação para a saúde de alta qualidade e, culturalmente sensíveis proporcionam serviços para toda a comunidade, a fim de promover uma vida familiar saudável, por meio de gestações planejadas e da maternidade/paternidade positiva;

Competência 03: As parteiras proporcionam cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em aperfeiçoar a saúde da mulher durante a gravidez, incluindo a detecção precoce, o tratamento ou o encaminhamento de complicações;

Competência 04: As parteiras proporcionam, durante o parto, cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem partos higiênicos e seguros e

manejam situações de emergência, para aperfeiçoar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos;

Competência 05: As parteiras oferecem, à mulher, cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto;

Competência 06: As parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade, para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade. (International Confederation of Midwives, 2002).

Para alguns autores como Backes et,al.(2007) definem competência como a capacidade de lidar, com eficazmente, em diferentes tipos de situações, levando, em conta os conhecimentos necessários para a atuação eficiente .A qualificação profissional constitui, por isso, um processo contínuo, fazendo –se necessário que as competências, adquiridas na graduação, sejam complementadas por meio de especializações e pós -graduações.

A Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstétricos (ABENFO) adotou, em 2007 as competências essenciais da ICM. Como, uma das propostas para o desenvolvimento dessas competências é a atenção ao pré-natal, tema deste estudo, iremos discutir alguns conhecimentos requeridos ao profissional- enfermeiro, como: o conhecimento da anatomia e da fisiologia do corpo humano; o conhecimento do ciclo menstrual, do processo de concepção e dos sinais de gravidez; o conhecimento dos métodos para o diagnóstico da gravidez; o conhecimento do cálculo da idade gestacional; a avaliação do bem-estar fetal; a avaliação das condições nutricionais da gestante; a oferta de educação em saúde; a orientação ao aleitamento materno; a realização de intervenções em situações de risco, entre outras habilidades(Duarte, 2007).

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes, de modo a garantir que, mãe e feto cheguem a termo em boas condições de saúde, por meio da utilização de conhecimentos técnico-

científicos e de recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisa voltar-se para a cobertura de toda a população- alvo da área de abrangência da Unidade de Saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (Sabino, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de Saúde. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico, ou de enfermagem.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, decreto 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

No pré-natal, a consulta de enfermagem é estruturada com base nas normas de atendimento à gestante, instituídas pela OPAS/OMS e adaptadas à realidade de cada país; no Brasil, a referida consulta segue as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com as normas do Manual de Atenção ao Pré-natal (Brasil, 2000b), a consulta de enfermagem tem como objetivo, *"Proporcionar o acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal, de maneira periódica e sistemática; solicitar os exames de rotina;, avaliar esses exames; orientar quanto ao processo de evolução da gestação, ao parto e ao puerpério, à lactação; ao aleitamento materno, e à prevenção de intercorrências relacionadas à mama e à amamentação; orientar quanto aos cuidados com o recém-nascido; orientar quanto ao auto cuidado; encaminha as pacientes para outros profissionais; orientar a gestante na prevenção do tétano neonatal e encaminha- lá para a vacina antitetânica, além de, orientar a coleta do exame citopatológico".*

A participação das enfermeiras na Saúde da Mulher foi limitada por condições históricas, que impediram sua expansão e seu fortalecimento, pois segundo Tyrrel (1997), desde o primeiro programa materno-infantil, a enfermagem foi caracterizada como executora de tarefas, pré-definindo desde o local onde se realizam os cuidados até a indicação do que deve ser feito, descrevendo-lhes os procedimentos tradicionais na assistência à mãe e à criança.

Diante dessa situação, estagnada, faz-se necessário esforço de vários setores governamentais e não governamentais, no sentido de elevar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerperal em todo país, incluindo ações de promoção e de prevenção da saúde para a área da Saúde da Mulher.

3 – PROPOSIÇÃO

Avaliar a utilização do Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal do Ministério da Saúde pelos enfermeiros durante a assistência ao pré-natal, nas Unidades Saúde da Família, no município de Piracicaba - SP.

.

4 – METODOLOGIA

4.1 - ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP conforme o protocolo 121/2010(AnexoII).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

4.2.1 Aspectos Gerais do Município

Este estudo foi desenvolvido no município de Piracicaba - SP,a 160 km da Capital, composto por 368.298/habitantes, sendo 185.600 mulheres, das quais 120.000 se encontram em idade reprodutiva, entre 15 e 45 anos (IBGE, 2011).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM marcou 0,836 em 2000, caracterizado como “alto desenvolvimento”, segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD, acima da média do estado de São Paulo, que, no mesmo período registrou 0,814(IPPLAP, 2003).

4.2.2 Rede Pública de Saúde do Município

A rede pública de Saúde do município de Piracicaba compõe-se por 62 postos de serviços: 34 Unidades de Saúde da Família e 23 Unidades Básicas de Saúde; 01 Centro de Especialidades Médicas; 02 Centro de Especialidades Odontológicas; 04 Unidades de Pronto atendimento médico e 01 unidade de pronto atendimento odontológico, além de 02 hospitais de referência e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SEADE, 2011).

A assistência pré-natal é oferecida por toda a rede de atenção básica do município.

As estatísticas vitais de Saúde do município evidenciam que em 2009, a frequência de mães que tiveram sete ou mais consultas de Pré-Natal foi 80,52%, maior que a média do Estado de São Paulo, 76,61 %(SEADE,2011).A taxa de mortalidade infantil ficou em 10,2 %, na média entre os anos de 2006 a 2010.

4.2.3- Caracterização das Unidades de Saúde em Estudo

As Unidades de Saúde da Família que fizeram parte do estudo possuem equipes multiprofissionais, sendo composto por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, farmacêutico, contando com o apoio de outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas.

Quanto à estrutura física, algumas estão instaladas em casas readaptadas para os serviços de Saúde e outras, em módulos, com planta física semelhante, para todas essas unidades no município, três consultórios, um para o médico, outro para o enfermeiro, e o terceiro para o dentista; salas de vacina, de curativo, de reunião e de grupos educativos; banheiro para deficientes, para os funcionário e para a população assistida; sala de recepção, sala para a farmácia e, cozinha. Das 34 unidades, treze possuem a equipe de saúde bucal e duas farmácias. Todas realizam coleta de exames laboratoriais para a análise de exames, os quais são enviados, por transportes especiais para a análise no laboratório municipal.

Cada unidade possui sua área adstrita, atendendo, em média, de 850 a 1120 famílias, com uma população estimada em torno de 3500 a 5000 pessoas por USF. O fluxo de atendimento ocorre das segundas às sextas-feiras, no horário de 07h às 17 realizando-se o Pré-Natal em ambos os horários nas unidades.

4.2.4-Instrumento Utilizado na Análise.

Foi utilizado, como base para a análise, o Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal do Ministério da Saúde, o instrumento adotado pelo MS para as ações de cuidado com o pré-natal. O documento arrola as seguintes competências, que o profissional de enfermagem deve adotar e desenvolver:

1-Orientar as mulheres e sua família sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação, e do, preparo para o parto;

2-Realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;

3-Solicitar exames de rotina e orientar o tratamento, conforme o protocolo do serviço;

4-Encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico;

5-Realizar atividades com grupos de gestantes;

6-Grupos de sala de espera;

7-Fornecer o cartão de gestante, devidamente atualizado a cada consulta;

8-Realizar a coleta para o exame citopatológico.

Constituem os objetivos da primeira consulta de enfermagem no Pré-Natal;

1-Histórico da gestante (anamnese);

2-História da gravidez atual, antecedentes familiares, obstétricos, e fornecimento do cartão da gestante;

3 Cálculo da idade gestacional (em semanas);

4-Cálculo da data provável do parto (DPP);

5-Medida da Altura Uterina;

6- Ausculta do Batimento Cardiofetal;

7- Avaliação Nutricional;

8- Controle de Pressão Arterial;

9-Orientações gerais e específicas, quanto às dúvidas da própria gestante ou de sua família;
10-Solicitação de exames laboratoriais;
11-Verificação da carteira vacinal.

O roteiro para o exame físico geral, sugerido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), é: determinação do peso e da altura; inspeção geral; medida da pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades); exame do abdômen; exame dos membros inferiores, avaliando a presença de edema (face, tronco, membros).

4.3 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo observacional transversal, realizado para interpretar o atual processo de trabalho das enfermeiras, na assistência ao Pré-Natal do município de Piracicaba- SP, segundo a utilização do Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal do Ministério da Saúde.

4.4 - SUJEITO DO ESTUDO

Participaram, deste estudo**,** profissionais de enfermagem com formação universitária e que atuam com assistência ao Pré-Natal nas 34 Unidades de Saúde da Família de Piracicaba- SP que, até a data do estudo, se encontravam cadastradas pelo Ministério da Saúde.

Todos se disponibilizaram a participar do estudo, não havendo nenhum critério de exclusão, sendo que no decorrer do estudo poderiam desistir de participar.

4.5 - COLETA DE DADOS.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário (Anexo I), ao longo dos meses de novembro de 2010 a janeiro de 2011, nas unidades de Saúdes da Família (USF) da cidade de Piracicaba.

O questionário foi elaborado com 22 questões e 03 quadros cujas tabelas registravam os procedimentos que o sujeito da pesquisa realizava em sua consulta de enfermagem, conforme os itens contidos no Manual Técnico de Pré-Natal, do Ministério da Saúde (2000) já as 22 questões continham dados sócio-demográficos, além da dinâmica de trabalho com assistência ao Pré-Natal da unidade. O próprio participante da pesquisa respondeu ao questionário, sem a intervenção do pesquisador em seu local de trabalho.

4.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, utilizou-se o programa do Office Excel for Windows da Microsoft, versão 2003, para tabular a estatística e apresentar os dados. O teste estatístico adotado foi o Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi 5%.

Foi considerada, na análise, como variável dependente, a “utilização do protocolo”. Assim, as outras variáveis foram dicotomizadas pela mediana e associadas à variável dependente.

5- RESULTADOS

A apresentação dos resultados tem como referência a utilização ou não do Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde (protocolo), e a sua associação com as variáveis sócio- demográficas e a dinâmica de trabalho com assistência ao Pré-Natal .A pesquisa foi realizada com 34 enfermeiros, representando cada uma das equipes de saúde da família cadastradas no município de Piracicaba - SP.

Abordado quanto à relação à existência de um protocolo na Unidade, 73,5% responderam Sim, enquanto outras 26,5% responderam Não. Das afirmações da utilização do protocolo, 24% citaram utilizar o protocolo do Ministério da Saúde e ou da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.

Os voluntários participantes desta pesquisa encontravam-se na faixa etária de 25 a 55 anos; 33 do gênero feminino; todos trabalham com a dinâmica de Pré-Natal na unidade de saúde; o tempo de trabalho na instituição pública municipal variou entre 03 a 168 meses, com a mediana de 21 meses; 92,1% trabalham exclusivamente no serviço público; 70,6% têm atividade exclusiva na Unidade de Saúde da Família; 38,2% estão graduadas em torno de cinco anos.

Quanto à formação acadêmica, constatou-se que, das voluntárias, 16 tiveram uma formação acadêmica em universidade privada e 17 pública; 88,2% não possuem especialização modalidade Obstetrícia/Pré-Natal e, apenas uma profissional possuía mestrado na área da saúde da mulher; 61,8% fizeram um curso/treinamento/capacitação/aprimoramento na área de assistência ao Pré-Natal em sua formação profissional; a participação em eventos também não é frequente entre os estudados apenas 14,7% têm participado após sua formação de graduação, de eventos científicos na área da Saúde da Mulher.

Ocorreu uma associação significativa entre os indivíduos que tinham feito algum curso de atualização/ capacitação/ treinamento em Pré-natal, e a realização de em ministrar palestras na unidade (tabela01).

Tabela 1– Associação entre a participação em Cursos/treinamento/capacitação em Pré-Natal e a realização de palestras na unidade					P
		Palestras		**Total**	**0,004**
		Não	**Sim**		
Curso /atualização/capacitação em Pré-Natal	**Não**	07	06	13	
	Sim	02	19	21	
Total		09	25	34	

χ^2= 8,104; p=0,004

Tabela 02- Associação entre a utilização ou não do protocolo (Manual Técnico de assistência Pré-Natal)e as variáveis sócio demográficas.

	Protocolo						
	SIM		NÃO		**Total**		
Idade mediana 34	N	%	N	%	n	%	P
<34	14	82,4	03	17,6	17	100,0	0,381
>34	07	63,6	04	36,4	11	100,0	
Não Responderam 06	04		02				
Tempo de instituição Pública Municipal mediana: (21 meses)							
<21	10	76,9	03	23,1	13	100,0	0,892
>21	15	78,9	04	21,1	19	100,0	

Não Responderam 02	00		02		02		
Tempo que trabalha na Unidade da pesquisa (mediana: 17 meses)							
<17	15	75,0	05	25,0	20	100,0	1,000
>17	09	75,0	03	25,0	12	100,0	
NR 02	01		01		02		
Tempo que trabalha com Assistência ao Pré-Natal (mediana 20meses)							
<20	08	24,2	03	9,1	11	100,0	1,000
>20	16	48,5	06	28,2	22	100,0	
NR 01	01		00		01		
Ano de Conclusão da Graduação (mediana ano de 2000)							
<2000	08	33,3	04	66,7	12	100,0	0,503
>2000	17	77,3	05	22,7	22	100,0	
Tipo de Universidade que realizou a graduação							
Privada	12	75,0%	04	25,0%	16	100,0	0,855
Pública	13	72,2	05	27,8%	18	100,0	
Possui especialização na modalidade Obstetrícia							
Sim	03	75,0%	01	25,0%	04	100,0	0,943

Continuação

Não	22	73,3%	08	26,7%	30	100,0	
Possui especialização em PSF							
Sim	04	50,0%	04	50,0%	100,0		
Não	21	80,8%	05	19,2%	26	100,0	0,085
Participou de treinamento/capacitação ou curso em pré-natal							
Sim	19	90,5	02	9,5	21	100,0	0,004
Não	06	46,2	07	53,8	13	100,0	
Realiza educação em saúde na unidade							
Sim	20	74,1	07	25,9	27	100,0	0,888
Não	05	71,4	02	28,6	07	100,0	
Trabalha com a ficha B-gest							
Sim	22	71,0	09	29,0	31	100,0	0,276
Não	03	100,0	00	0,0	03	100,0	
Avalia a ficha B mensalmente							
Sim	23	74,2	08	25,8	31	100,0	0,409
Não	02	100,0	00	0,0	02	100,0	
Não Responderam 01	00		01		01		

Quanto ao questionamento sobre a participação de outros profissionais a assistência ao Pré-Natal nas Unidades Saúde da Família, os voluntários relataram que 100% dos profissionais médicos participam dessa dinâmica enquanto 50% indicaram também o envolvimento de um Auxiliar de Enfermagem, 44%, assinalaram ACS, 14,7% dentista.

Abordados quanto à rotina da unidade, em relação ao Pré-Natal, os voluntários relataram que as mulheres com atraso menstrual chegam à unidade por demanda espontânea, e/ou referenciadas pelo agente comunitário em sua visita domiciliar, em busca da solicitação de exames para diagnosticar a possível gravidez.

Já quanto ao questionamento sobre os profissionais que realizam a abertura do Sisprenatal, relatam que 5,9% dos profissionais médicos abrem o Sisprenatal, enquanto 100% do voluntariado realizam esse procedimento, havendo 8,8% citado também o profissional auxiliar de enfermagem.

Com relação à consulta de enfermagem a assistência ao pré-natal foi constatada que os resultados dos procedimentos que o profissional enfermeiro realiza durante a consulta de pré-natal, preconizado pelo Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal do Ministério da Saúde.

Tabela 03: Distribuição da frequência do conteúdo do Manual Técnico do Ministério da Saúde feita pelos enfermeiros do município de Piracicaba durante a consulta de pré-natal.

Procedimentos do Manual	**Sim**	**%**	**Não**	**%**	**Não respondeu**	**%**

Continuação

Dados Socioeconômicos	32	94,1%	01	2,9%	01	2,9%
Antecedentes Familiares	34	100%	-	-	-	-
Antecedentes Pessoais	34	100%	-	-	-	-
Antecedentes Ginecológicos	34	100%	-	-	-	-
Antecedentes Obstétricos	33	97,1%	-	-	01	2,9%
Peso	32	94,1%	01	2,9%	01	2,9%
Altura	33	97,1%	01	2,9%	-	-
Pressão Arterial	33	97,1%	01	2,9%	-	-
Temperatura	11	32,4%	18	52,9%	05	14,7%
Frequência Cardíaca	22	64,7%	09	26,5%	03	8,8%
Edema em MMII	34	100%	-	-	-	-
Examina as Mamas	32	94,1%	01	2,9%	01	2,9%
BCF	34	100%	-	-	-	-

Continuação

Altura Uterina	34	100%	-	-	-	-
DUM	34	100%	-	-	-	-
DPP	34	100%	-	-	-	-
IG	34	100%	-	-	-	-
CO	27	79,4%	07	20,6%	-	
Exames Laboratoriais	34	100%	-	-	-	-
Vacina Antitetânica	34	100%	-	-	-	-
Exame de USG	31	91,2%	03	8,8%	-	-
Realiza a SAE	30	88,2%	02	5,9%	02	5,9%
Anotação dos dados no cartão da Gestante	34	100%	-	-	-	-
Anotação dos dados no prontuário da gestante	34	100%	-	-	-	-

Continuação

Agenda consulta subsequente do Pré-Natal	34	100%	-	-	-	-
Orienta quanto à amamentação	34	100%	-	-	-	-
Encaminha para o grupo gestante	29	85,3%	05	14,7%	-	-

6- DISCUSSÃO

Os protocolos de práticas clínicas são documentos elaborados, de forma sistemática, para auxiliar e orientar os profissionais de Saúde sobre as decisões apropriadas na assistência ao paciente em condições clínicas específicas, e são resultado da trinomia pesquisa, assistência e ensino. Os protocolos também servem de ferramenta estratégica para a gestão da atividade clínica, e têm, como característica principal, contextualizar a aplicação das diretrizes clínicas, as recomendações técnicas feitas por e para uma categoria profissional, com o objetivo de orientar os profissionais especialistas sobre a forma mais adequada de perceber e de tratar um determinado problema de saúde (Stein&Schneid,2003).

A implementação do protocolo, na prática, demonstra que a sistematização da assistência, embasada em protocolos, melhora a integração entre as equipes técnicas e multiprofissionais, padroniza condutas e cria um importante espaço para buscar melhorias nos serviços. Nesse sentido, é importante que se incorporem novas tecnologias, sempre que as argumentações tenham base em evidências científicas consistentes (Stein&Schneid,2003).Além disso, o envolvimento dos profissionais com a elaboração de protocolos estimula que se atualizem nas suas respectivas áreas de atuação, e proporciona um espaço de reflexão e de discussão sobre as práticas de assistência empregadas. Cabe ressaltar, também, que os protocolos constituem valiosa ferramenta da educação permanente e, embora sirvam de guia para a adoção da melhor conduta, ainda assim preservam a autonomia do profissional da Saúde.

A existência de um protocolo de atendimento é peça fundamental na condução e no respaldo do profissional qualificado a prestar uma assistência qualificada (Macdonald&Starrs2003) .

Os profissionais de enfermagem que atendem à gestante nas Unidades Saúde da Família estudadas em Piracicaba-SP pertencem na grande maioria ao gênero feminino entre elas são jovens. Apesar de a maioria haver concluído o curso de formação acadêmica já há nove anos, pode-se perceber que os profissionais estão em busca de amadurecimento profissional. O fato constitui um fator importante, pois sinaliza uma inquietude por adquirir novos conhecimentos para mais se qualificar o que se acaba construindo no decorrer do tempo. Com efeito, um estudo de Dotto (2006) a respeito de profissionais de maior faixa etária e com maior tempo de formação e de assistência ao pré-natal, concluiu que possuem uma maior bagagem para a orientação e condução mais tranquila e eficientes de um pré-natal, já porque possuem experiências para vivenciá-lo juntamente com as gestantes. Todavia, na contrapartida, entre esses profissionais, evidenciou-se um grau muito menor de busca por qualificação profissional. De qualquer forma nos testes de probabilidade, ficou comprovado que entre os profissionais participantes do estudo, não houve diferença significativa na utilização, ou não, do protocolo, seja no tocante ao tempo de instituição pública municipal e, de assistência ao pré-natal, seja ao tempo de serviço na unidade em estudo.

Anselmi, Duarte,e Angerami (2001) concluíram, em estudo, que o tempo de permanência no emprego constitui elemento relevante no processo de cuidar, porque cria possibilidades efetivas de garantir a qualidade dos serviços ofertados. Vale lembrar que a Estratégia Saúde da Família tem suas diretrizes voltadas para a aproximação, o acolhimento e o vínculo entre os profissionais e a comunidade. Nessa direção a alta rotatividade entre os profissionais de enfermagem, nas unidades, quebra uma das diretrizes da ESF, exatamente o vínculo com a comunidade. Para Campos (1997), *"o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço".*

Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto os profissionais quanto os pacientes. Não há construção de vínculo, sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Campos (1997) afirma que relação humanizada da assistência, que promove a acolhida, ocorre a partir de um duplo enfoque, articulado: dá o do usuário e o do trabalhador.

Em relação à jornada de trabalho, 92,1% possuem apenas um emprego, com carga horária predominante de 8h/dia. Esses dados divergem dos encontrados em estudo realizado por Dotto (2006) e por Cargin (2008). Em ambos, apenas 60% profissionais de enfermagem trabalhavam em só uma instituição. Quanto ao questionamento de outra atividade, dentro da própria instituição, 29,4% dos entrevistados afirmaram realizar atividade extra. Cabe salientar que o enfermeiro, além do cuidar, característica essencial do trabalho na profissão, acumula também as funções gerenciais, administrativas, de liderança e de pesquisa. Há de ressaltar que, quanto maior a sobrecarga de trabalho, pior será a qualidade da assistência oferecida pelos profissionais de enfermagem. Nos testes, podemos verificar que os enfermeiros que não possuem outra atividade utilizam mais o protocolo de que os que exercem outra atividade dentro da instituição pública municipal. Ressalta-se que aqueles com um só emprego também utilizam mais o protocolo.

Em 2001, conduziram-se mudanças nas diretrizes e nas bases curriculares do curso de formação de enfermeiros, inclusive no nível pós-graduação *lato sensu*. Essas modificações tiveram como primeiro objetivo, incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa. Como segundo, estimular práticas de

estudo independentes, visando a uma progressiva autonomia intelectual e profissional. Como terceiro, encorajar o reconhecimento de informações, habilidades e competências, adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referem à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada. Como quarto, fortalecer a articulação entre a teoria e a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão (CNE/CES, 1133/2001).

A ideia é, o profissional, a partir dessas modificações, apresentar um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos desenvolvidos, de acordo com as perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais. A meta é que também desenvolva a capacidade de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, de acordo com as diretrizes do processo de Reforma Sanitária Brasileira. Levando-se os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender,* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garante-se a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização no atendimento prestado aos indivíduos, às famílias e às comunidades (CNE/CES, 1133/2001).

Em 2005, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), com o Ministério da Educação (MEC) e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), inicialmente para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. O objetivo principal do pró-Saúde é programar políticas de inclusão social na área da Saúde e da Educação;

na área de Saúde, por meio da substituição do modelo tradicional de organização do cuidado centrado na doença e no atendimento hospitalar, pela formação holística do aluno, visando ao atendimento centrado no doente /cliente, utilizando os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no curso de graduação (Portaria n° 2.101 de 03 de novembro de 2005).

Quando se analisa a tabela de contingência entre enfermeiras que cursaram universidade pública, ou privada, e a utilização do protocolo, não se observa diferença significativa entre os dois tipos de universidade. Observou-se que 11,8% dos profissionais participantes desta pesquisa possuem especialização em obstetrícia. Isso porque, visando à redução do índice de morbi-mortalidade materna e perinatal e ao aumento do acesso à assistência pela população, além de à melhoria na qualidade assistencial, em maio de 1998, o então ministro da Saúde, José Serra, assinou a Portaria n° 2.815, de 25/5/98, que considera a importância do acompanhamento do trabalho de parto por enfermeiras obstétricas e, como decorrência, a necessidade de pagar e de treinar essas profissionais (Ministério da saúde 2000) a realizarem partos normais em hospitais e em domicílios.

Segundo o PHPN, o destaque dado á categoria da enfermagem significa, na prática, consolidar a participação da enfermeira, preferencialmente especializada em obstetrícia, como profissional-chave na assistência à gestante, com responsabilidade e qualidade (diretamente responsável pelo pré-natal).

Em 1998, a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo desenvolveram, em parceria, um Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, concluído por 19 enfermeiras da Região Metropolitana da Grande São Paulo, da Secretaria de Estado da Saúde Paulista, para constituir e ampliar equipes em integração com os médicos obstetras das maternidades da rede. A realização do referido curso foi

etapa inicial de um processo para o enfrentamento e a superação das dificuldades da inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto nas maternidades da rede.

Segundo o MS o profissional enfermeiro obstétrico, pode realizar o atendimento do pré-natal de baixo risco, assim como conduzir o parto, sendo sua remuneração para o parto a mesma de um médico obstétrico. Assim incentiva-se a profissão em todo pais, devido à sua contribuição na cobertura e na qualidade dos serviços. O próprio MS, com relação ao enfermeiro generalista, reconhece que se trata de um profissional habilitado a atender o pré-natal de baixo risco. No entanto, Benigma, Nascimento e Martins (2004) defendem a especialização em obstetrícia, argumentando que facilita muito o manejo da assistência à gestante pelo profissional de enfermagem. Ainda sobre a qualificação profissional, Onofre (1990) define sua importância e sua necessidade, pois constitui ferramenta para acompanhar os avanços e as transformações tecnológicas visando à melhoria da assistência prestada à clientela. Por isso deve-se aumentar o número de enfermeiras com especializações na área saúde da Mulher, para aumentar a qualidade da assistência prestada.

É importante frisar que o treinamento extra-institucional também é de grande importância, visto que possibilita reciclar e atualizar os conhecimentos científicos adquiridos na graduação ou na instituição, bem como promover trocas de experiências com outros profissionais, tudo em virtude das constantes mudanças tecnológicas e da rápida obsolescência do conhecimento (Urbano 2002).

Quando verificamos os profissionais participantes da dinâmica de assistência ao pré-natal pudemos constatar que houve lembrança, por parte de 100% dos voluntários do profissional médico; 50% indicaram também o envolvimento de um auxiliar de enfermagem; 44% deles assinalaram o ACS,

14,7% o dentista e uma pessoa, ASB. Esses dados mostram que o profissional médico foi lembrado por todos, pois as consultas de pré-natal são intercaladas entre o profissional médico e o enfermeiro. E seu estudo sobre a questão Gardenal et al (2002) verificaram a mesma dinâmica e consideraram a assistência descontinuada como impedimento a que se acompanhe, de forma abrangente, toda a gestação .Já Cunha(2005) em seu estudo comprovou que o pré-natal de baixo risco é acompanhado somente pelo enfermeiro.

Na organização do atendimento pré-natal, não se define previamente um número fixo de consultas, os profissionais têm total autonomia para estabelecê-lo, de acordo com a demanda de cada unidade. Entretanto, o MS preconiza ao menos seis consultas para garantir um pré-natal de qualidade (Ministério da Saúde, 2001) As USFs dispõem de ACS que efetuam uma visita domiciliar mensal a cada família. Nessa Visita eles identificam as grávidas e as encaminham à USF, para iniciar o pré-natal; em casos de gestantes faltosas, os ACS são responsáveis pela recondução delas ao acompanhamento.

Todas as gestantes do município são cadastradas em um sistema federal conhecido como SISPRENATAL, um software, desenvolvido pelo DATASUS, um banco de dados sobre o SUS, a disponibilizar informações, que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação. A finalidade é de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, cujo objetivo é o desenvolver Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal. Na verdade o mecanismo faz parte da estratégia de melhorar o acesso, da cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e a assistência neonatal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, o

acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Esse sistema permite que somente o médico e o enfermeiro estejam capacitados para a manipulação, o que não ocorre com o auxiliar de enfermagem, ainda que se constate que 8,8% desses profissionais realizam essa dinâmica. Já entre os médicos, somente 5,9% realizam esse procedimento, oque nos leva concluir que o acompanhamento acaba sendo realizada, quase exclusivamente, pelo profissional enfermeiro, conclusão corroborada pela evidência de que 100% dos voluntários realizam essa dinâmica em suas unidades. Na literatura, não se encontram trabalhos científicos que verificassem outros profissionais realizar esse tipo de procedimento.

As consultas de pré-natal são agendadas regularmente, e seu início ideal, deve ocorrer logo após a ausência da última menstruação. Isso porque a pretensão é oferecer a oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e de seu bebê, em obediência ao calendário mínimo de consultas, preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005).

As gestantes adolescentes menores de 17 anos, assim como as gestantes com mais de 35 anos, com algum tipo de patologia são encaminhadas a serviços especializados, pois a avaliação e o acompanhamento delas constituem competências do profissional médico. Nessa direção, o município conta com serviço especializado para gestantes adolescentes e referencia a dois serviços especializados para as maiores de 35 anos com algum tipo de patologia.

Na abordagem sobre o trabalho com a ficha B-GEST, preconizada pelo MS,verificou-se ser utilizada pelo ACS para o cadastramento e o acompanhamento mensal do estado de saúde das gestantes, através da visita domiciliar, em busca de informações para atualizar o seu estado de saúde da mulher durante gestação. A cada visita, atualizam-se os dados da gestante nessa ficha, que deve ficar de posse do ACS, e ser discutida mensalmente com o

enfermeiro (Brasil, 2002). Tivemos dados de que três enfermeiros não têm o hábito de solicitar, ao seu ACS, as fichas, embora esses mesmo três profissionais tenham respondido que realizam regularmente essas avaliações. Aqui os dados convergem, pois os mesmos três que não solicitam o preenchimento pelo seu ACS, realizam a sua avaliação.

Considerando-se a Educação em Saúde como um dos componentes das ações básicas de saúde, todos os profissionais que integram a equipe da Unidade de Saúde, devem desenvolver ações educativas, inserindo-as em todas as atividades, em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, a adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e a realizar mudanças,adquirindo novos hábitos para a solução de seus problemas. A realização de ações educativas, no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal, é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa vivenciar o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e o nascimento como momentos únicos para cada mulher e experiências especiais no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerperio.Os profissionais a maioria monitora grupos educativos e tem o hábito de realizarem palestras educativas na área da saúde da mulher e do pré-natal.(Macdonald&Starrs,2003).

O Ministério da Saúde (2000) reforça que as atividades educativas a realizar em grupo ou individualmente, devem expressar-se uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, e sobre alterações fisiológicas e emocionais, inerentes ao período sobre os cuidados com o recém-nascido, a amamentação e o planejamento familiar.

Pode-se constatar que os enfermeiros especialmente os da ESF, desempenham papel essencial no atendimento e na assistência do pré-parto, do parto e do pós-parto por se tratar de profissionais capazes de atender às expectativas e às necessidades das gestantes, nesse período de tantas transformações, sejam elas, físicas, sejam emocionais e sociais. Por se tratar de um período importante especial mesmo na vida da mulher, é importante que o enfermeiro seja capaz de acompanhar, de orientar e de auxiliar a futura mãe desenvolver uma gravidez que promova segurança e o bem-estar (Bezerra, 2009).

Quando confrontamos a recomendação do PHPN com as diretrizes da prática assistencial executada pelos enfermeiros pesquisados, percebemos que os profissionais das unidades participantes do estudo têm cumprido o esperado, no que diz respeito à captação precoce das gestantes e à solicitação de exames laboratoriais. Porém verificamos que a consulta de pré-natal não tem uma padronização, levando os profissionais de algumas unidades a desenvolverem instrumentos próprios para melhorar o atendimento, e ao atendimento fica a critério das unidades.

A Resolução do COFEN- 358/2009 considera a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, como atividade privativa do enfermeiro; ela passou a ser obrigatória nas instituições de saúde privada ou pública, a partir de agosto de 2002. Expõe e explica métodos e estratégias de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando as ações de assistência de enfermagem e contribuir para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Sistematização nomeia a organização da assistência de enfermagem que será oferecida à gestante de baixo risco, durante o período do seu pré-natal, bem como as consultas de enfermagem, as reuniões do grupo de gestantes, as ações educativas, os exames laboratoriais, assim como quaisquer informações que a

gestante queira, ou deve receber a respeito de sua saúde e a dos filhos. Esse instrumento proporciona não apenas melhora na qualidade da assistência prestada aos clientes, mas também ao profissional de enfermagem, uma maior autonomia em suas ações, e respaldo legal através dos registros de enfermagem. Além de promover um maior vínculo entre o enfermeiro e usuário auxilia o desenvolvimento de uma enfermagem com característica mais cientificas.

7- CONCLUSÃO

Consideramos que o objetivo proposto neste estudo foi atingido, uma vez que a investigação culminou na identificação dos profissionais que utilizavam ou não o protocolo, no atendimento à mulher durante o pré-natal nas Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba-SP. Com os resultados pode-se concluir que a maioria dos profissionais de enfermagem que prestam assistência ao pré-natal no município estudado, utiliza como parâmetro o protocolo do Ministério da Saúde na sua consulta de pré-natal.

REFERÊNCIAS[1]

Aguiar AC. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. Rev Baiana de Saúde Pública. 1996; 1(4): 07-18.

Anselmi ML, Duarte GG, Angerami ELS. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. Rev Latino Am de Enf .2001;09(4):13-18.

Ataka T, Oliveira LSS. Utilização dos Protocolos de Enfermagem no Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. Saúde Coletiva. 2007; 13(13):19-24.

Backes VMS, Martins ST, Ferraz F, Schmidt SMS, Prado MJ, Lino MM, et al. Competências dos enfermeiros em problematizar a realidade do serviço de saúde no contexto do sistema único de saúde. Revista texto e contexto enfermagem. 2007; 16(4): 727-36.

Benigna MJC, Nascimento WG, Martins JL. Pré-Natal no Programa de saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. Cogitare Enferm. 2004; 09(2): 23-31.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de saúde da Mulher. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria n.569, de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da União 2000; 2000b ago 18. Seção 1, p.112-4.

[1] De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brasil. Lei n. 7.498,25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 1986; 9273-75. Seção 1.

Brasil. Ministério da Educação/Conselho Nacional da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação de Enfermagem, Nutrição e Medicina. Portaria1133 de 07 de agosto de 2001. Diário Oficial da União2001; 2001b out 03. Seção 1, p.131-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO.Associação Brasileira de Obstretizes e enfermeiros Obstetras –ABENFO.Parto, aborto e puerpério :assistência humanizada à mulher.Brasília .Ministério da Saúde,2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde;2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico: Ministério da Saúde, 2005 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Informática do SUS. (acesso 2010 agosto 22). Disponível em:http//tabnet.datasus.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde.O SUS de A a Z .Brasília; Ministério da Saúde;2005b

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.2815, de 29 de maio de 1998. Inclui o pagamento do parto realizado pela enfermeira. Diário oficial da União1998; 47-48. Seção 1.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva; 2000c.

Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria n.2001, de 03 de novembro de 2005. (acesso 2011 fevereiro 20). disponível em: http//www.saúde.gov.br .

Calderon IM, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol e Obstet.2006; 28(5): 310-315.

Campos GWS. Consideração sobre a arte e a ciência da mudança: a revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO(org).inventando a mudança na saúde.3.ed.são Paulo:Hucitec;1997.p.27-87.

Cargin ERG. Assistência de Enfermagem no ciclo gravídico –puerperal à realidade de Araraquara-SP(dissertação).Ribeirão-Preto:EERP/USP;2008.

Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Decreto N 94.406, de junho de 1987, que regulamenta a lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e de outras providências. Rio de Janeiro, 1997.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e da outras providências. Diário Oficial da União 2009.2009 out 23.Seção 1,p.273-275.

Cunha MA. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco-AC: contribuições para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico-puerperal (tese). Ribeirão-Preto: EERP/USP; 2008.

Dotto LMG. Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco-AC (tese). Ribeirão-Preto: EERP/USP; 2006.

Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência Pré-Natal no Programa Saúde da Família. EEAN. 2006; 10(1): 121-5.

Ferreira S.L. A mulher e os serviços públicos de saúde: Análise do processo de trabalho em unidades básicas de Salvador(BA).(tese).Ribeirão –Preto:EERP/USP;1994.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo: Seade. (acesso 2011abril03) Disponível em:http//www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilmunestado.php.

Gardenal CL. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera em instituições de Sorocaba-SP. Revista Latino Americano de Enfermagem. 2002; 10(4):478-484.

Gay J,Hardee K, Judice N ,Agarwal K, Fleming K.; Hairston A. What works:a policy program guide to evidence on family planning,safe motherhood, and STI/HIV/AIDS interventions.Module1 –Safe motherhood Policy Project.Washington, 2003.Disponível em: http:// www.policyproject.com Acesso em 22 de maio de 2009.

Internacional Confederation of Midwives.New York: ICM. (acesso 2010 junho 25). Disponível em: http://www.internationalmidwives.org.

Instituto Brasileiro de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE. (acesso 2011 março 02). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default. php.

Instituto de Pesquisas e Planejamento de Piracicaba. Piracicaba: IPPLAP. (acesso 2011 março 02). Disponível em :http://www.ipplap.com.br.

Lacava,RM,Barros SM.A prática de enfermagem durante a gravidez. A enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002. v.7.p.116-41.

Lima VV.Competênciais: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface-Comunicação, Saúde e Educação. 2005; 09(17): 369-379.

Macdonald,M.Starrs,A.La atencion calificada durante el pareto.Un caderno informativo para salvar la vida de las mujeresymejorar la slud de los recén nascidos .New York :Family care Internacional,2003.

Ministério da Saúde (BR) Guia prático do Programa Saúde da Família Brasília (DF);2001.

Ministério da Saúde (BR). O SUS de A a Z .Brasília (DF);2005.

Onofre I. A participação do enfermeiro nos cursos de pós-graduação. Enf Cient..1990;10:17-22.

Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de doenças (CID-10). São Paulo: Editora da USP; 1997.

Organização Pan Americana de Saúde OPAS. Perfil dos serviços de obstetrícia/parteria nas Américas. Washington: OPAS; 2004.

Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 1998; 14(1): 25-32.

Peret FJ Ginecologia & Obstetrícia. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RIPSA. Indicadores básicos para a Brasília, Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, OPAS, 2008.

Ribeiro JM, Costa NR,Pinto LFS,SILVA PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. Caderno Saúde pública 2004; 20(2): 534-45.

Rios CTF,Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência &Saúde Coletiva. 2007; 12:477-486.

Rosas AMMTF. A consulta de enfermagem na unidade de saúde: Uma análise compreensiva na perspectiva das enfermeiras (dissertação). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 1998.

Sabino AMNFA. A enfermeira e a atenção pré- natal em São José do Rio Preto – SP. (tese). Ribeirão Preto: EERP/USP; 2007.

Silver LD Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicação para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Giffin K,Costa SH.questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.p.59-71.

Stein A, Schneid S. Protocolos clínicos baseados em evidências: a experiência do GHC.Revista AMRIGS.2003;47(2):104-114.

Trevisan R, Lorenzi DRS, Araujo NM. Perfil da Assistência Pré – Natal entre as Usuárias do Sistema Único de saúde em Caxias do Sul.Rev.Bras.Ginecologia e obstetrícia, v.24n.5,p.293-299, junho 2002.

Tyrrell MA, Carvalho W. Programas Nacionais de Saúde materno – Infantil: impacto político – social e inserção da enfermagem.(tese) .Rio de Janeiro, UFRJ;1994

Tyrrell MAR.Programs nacionais de saúde materno-infantil: impacto social e inserção da enfermagem. Rev de Enfermagem Anna Nery. 1997:119-34.

Urbano, LA. As reformulações na saúde e o novo perfil do profissional requerido. Rev Enf da UERJ. 2002;10(2):142-145.

Vido,M Qualidade de Vida na Gravidez.(dissertação).Guarulhos:UNG;2006.

Worl Health Organization.Who Making Pregnancy Safer: the critical role of skilled attendant a join statementby Who,ICMand FIGO.Geneva:Who,2004..

ANEXOS

Anexo I

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICACAÇÃO:

1- Sexo: ( ) feminino ( ) masculino Idade _____

FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL:

2- Nível de instrução: Enfermeira

Ano de conclusão_____

Escola de formação_____

3-Possui especialização em Obstetrícia/ Pré-Natal?

( ) Sim ( ) Não

Ano de conclusão_____

4-Possui outra especialização?

( ) Sim ( ) Não

Qual_____

5-Possui mestrado?

( ) na área da saúde da mulher ( ) outra área

6-Possui Doutorado?

( ) na área da saúde da mulher ( ) outra área

7-Realizou curso /treinamento de atualização / capacitação/aprimoramento na área de assistência ao pré-natal de sua formação profissional?

( ) Sim ( ) Não

8-Tem participado de eventos científicos (área de saúde da mulher) após a sua formação?

( ) Sim ( ) Não

Se sua resposta for sim Qual?_____

9-Realiza Pré–Natal nesta Unidade?

( ) Se sim , há quanto tempo trabalha na assistência Pré-Natal?_____

( ) Se não Porquê?_____

10- Quais outros profissionais estão envolvidos com o Pré-Natal nesta unidade?_____

11-Qual a rotina, da unidade em relação ao pré- natal? (acolhimento, agendamento,procedimentos,equipamentos):Descreva_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

12- Qual o profissional que abre o SISPRENATAL?

( ) médico ( ) enfermeira ( ) auxiliares ( ) ACS ( ) outros

13-Você trabalha com a Ficha B de Gestante do Ministério?

( ) Sim ( ) Não

14-Você como enfermeira realiza a avaliação mensal da ficha B de gestante?

( ) Sim ( ) Não

15-A unidade possui algum roteiro ou protocolo de atendimento pré-natal?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, como foi sua implantação?_____
_____
_____

16-A unidade oferece cursos de educação em saúde?(gestantes, puérperas, planejamento familiar, etc)

( ) Sim ( ) Não

Como funciona? O que é tratado? Quem realiza?_____

17-Você se sente preparada para realizar suas atividades com o pré- natal?

( ) Sim ( ) Não

Caso sua resposta for não descreva suas dificuldades_____
_____

18- Na unidade à qual pertence realiza palestra para as gestantes?

( ) Sim ( ) Não

Se afirmativa sua resposta, quem realizou e qual o tema abordado?_____

19-Tem mais de 01 emprego?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos?_____

Local/Atividade_____

20-Realiza outra atividade na mesma instituição?( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for afirmativa, qual o local?_____

21-Tempo que trabalha na instituição?_____

22-Tempo que trabalha nesta USF?_____

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Procedimentos Realizados	**SIM**	**NÃO**
Peso		
Altura		
Pressão Arterial		
Temperatura		
Pulso		
Frequência Cardíaca		
Dados Socio-Econômicos		
Antecedentes Familiares		
Antecedentes Pessoais		
Antecedentes Ginecológicos		
Antecedentes Obstétricos		

Na gestação atual é verificado	**SIM**	**NÃO**
Data da Última Menstruação		
Idade Gestacional		
Data Provável do Parto		
Encaminha para o grupo de gestante		
Anota os dados no cartão da gestante		
Anota os dados no prontuário da gestante		
Agenda a consulta subseqüente do Pré-Natal		
Orienta quanto à amamentação		

Avalia/Examina/Solicita	**SIM**	**NÃO**
Edema de MMII		
Mamas		
BCF		
Altura Uterina		
Papanicolau		
Exames laboratoriais		
Vacina antitetânica		
Exame de Ultrassonografia		
Realiza Sistematização de Enfermagem		

ANEXO II

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"A organização do serviço de pré-natal no município de Piracicaba - SP: Um enfoque na dinâmica de trabalho das enfermeiras nas Unidades de Saúde da Família"**, protocolo nº 121/2010, dos pesquisadores Daniela Berjan Pecorari e Marcelo de Castro Meneghim, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 12/11/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"The organization of pre - natal service in the city of Piracicaba - SP: A focus on the dynamics of nurses work in the Family Health Unity"**, register number 121/2010, of Daniela Berjan Pecorari and Marcelo de Castro Meneghim, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 11/12/2010.

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO III

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pela pesquisadora responsável Daniela Berjan Pecorari, objetivando convidá-lo a participar e formar acordo, por escrito, para efeitos éticos e legais, desta pesquisa intitulada **"A Organização do Serviço de Pré – Natal no município de Piracicaba - SP: Um enfoque na dinâmica de trabalho das enfermeiras nas unidades de saúde da família".**

Justificativa: Considerando a prioridade que o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e as ações de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba vêm dando à área de saúde da mulher, entendemos que analisar a dinâmica de trabalho das enfermeiras na assistência à saúde da mulher, mais especificamente sobre o Pré –Natal, nos serviços públicos de saúde, centrados na Estratégia Saúde da Família do Município de Piracicaba- SP, pois assim teremos um melhor conhecimento da forma de trabalho para compreendermos a prática institucional identificando assim estratégias para ampliação da qualificação e participação das profissionais na assistência ao Pré – Natal.

Objetivo: Avaliar o processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família no município de Piracicaba-SP.

Métodos: A pesquisa será realizada com as 34 enfermeiras que atuam nas unidades de saúde da família do município de Piracicaba através de um questionário que será respondido pelas mesmas no local de trabalho em dia pré- estabelecido pela pesquisadora e voluntárias. O questionário possui 22 questões e 03 tabelas, que serão analisados e tabulados estatisticamente.

Possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo: Nesta pesquisa não haverá inclusão de grupo controle ou placebo.

Métodos alternativos existentes para a obtenção da informação desejada: Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso.

Desconfortos e riscos previsíveis: Os procedimentos (aplicação de questionário) não oferecerão riscos previsíveis aos voluntários.

Benefícios esperados: Não há benefício direto ao indivíduo pela participação na pesquisa. Os benefícios desta estarão presentes de forma indireta, pois o aumento do nosso conhecimento da realidade da condição local será de grande importância, servindo como orientação para direcionar o trabalho e focar projetos para a construção e implementação de um protocolo.

Acompanhamento e assistência: A pesquisadora Daniela Berjan Pecorari irá realizar a aplicação dos questionários como, se disporá a esclarecer possíveis dúvidas dos entrevistados. O telefone para

contato é: (19) 81744836 ou pelo e-mail:danielapecorari@fop.unicamp.com, endereço: Av. Limeira, 901 - Caixa Postal 52 - CEP 13414-903 - Piracicaba - SP – Brasil

Atenção: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. "Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP: Av. Limeira 901, FOP – Unicamp, CEP 13414-903, Piracicaba – SP. Fone / Fax 19 – 2106 5349, e-mail: cep@fop.unicamp.br e *webpage* www.fop.unicamp.br/cep".

Garantia de esclarecimentos: Todos os voluntários serão esclarecidos quanto à metodologia e terão direito a informações e esclarecimentos que se fizerem necessários antes, durante e após a pesquisa.

Retirada do consentimento: O voluntário tem toda a liberdade de concordar ou não em participar da pesquisa assim como de sair da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer punição ou prejuízo.

Garantia de sigilo: Apesar dos resultados epidemiológicos serem divulgados publicamente para fins acadêmicos e científicos, será preservada a identidade do indivíduo quanto ao sigilo dos dados confidenciais, e respeitando valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Previsão de ressarcimento de gastos: Não há previsão de ressarcimento, pois a participação na pesquisa não causará despesas ao voluntário.

Previsão de indenização/ Reparação de danos: Não há previsão de indenização, pois não há risco previsível pela participação na pesquisa.

Deste termo de consentimento livre e esclarecido, serão geradas duas vias, sendo uma direcionada ao voluntário e a outra para o pesquisador.

Consentimento Pós-Informação:

O voluntário / responsável _____, de nacionalidade _____, portador do RG _____, CPF_____, residente à _____, na cidade de _____ no estado de _____, telefone_____ concorda com sua participação nesta pesquisa, tendo absoluta consciência dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação, sob as condições acima relacionadas.

_____, ____ de _____ de 20__.

Nome do voluntário: _____

_____

Assinatura do voluntário/ responsável_____

_____

Assinatura da pesquisadora:Daniela Berjan Pecorari