

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CLEUNIR DE FATIMA CANDIDO DE BORTOLI

**LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-
NATAL**

Santa Maria, RS
2015

Cleunir De Fatima Candido De Bortoli

LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Candido De Bortoli, Cleunir de Fátima
LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-
NATAL / Cleunir de Fátima Candido De Bortoli.-2015.
99 p.; 30cm

Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Saúde da Mulher 2. Cuidado pré-natal 3. Atenção
primária à saúde 4. Enfermagem I. Ressel, Lúcia Beatriz
II. Título.

Cleunir de Fátima Candido De Bortoli

LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovada em 14 de dezembro de 2015:

Lúcia Beatriz Ressel, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Graciela Dutra Sehnem, Dra. (UNIPAMPA)

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2015.

Dedicatória

À minha família.

*Em especial aos meus pais, Acedir e Maria Jussara, pelo amor, dedicação e por tudo que
hoje sou.*

*Ao meu esposo, Rudinei Miguel, por toda sua paciência, compreensão e dedicação. Por estar
ao meu lado, compartilhando comigo desta experiência maravilhosa, que a vida me
proporcionou.*

*Aos meus irmãos, Cleusa e Cleber e aos meus sobrinhos Camille e Thales, pelo amor que nos
mantém unidos.*

E ao meu filho Felipe, minha fonte de amor e inspiração, ao finalizar essa caminhada.

Amo todos vocês!

Agradecimentos

Primeiramente à **Deus**, por estar presente em minha vida e em minhas escolhas. Pela oportunidade de vivenciar momentos como este.

À minha amiga **Lívia Rocha Beheregaray**, por acreditar na minha capacidade e me inspirar na busca desta jornada. Obrigada por despertar este sonho.

À minha orientadora, professora **Lúcia Beatriz Ressel**, pela forma como me acolheu, desde o nosso primeiro encontro. Agradeço pela oportunidade, pela sua compreensão e por tudo que contigo aprendi. À ela meu respeito e minha eterna gratidão.

À minha colega e amiga **Priscila Bisognin**, por caminhar ao meu lado nesta jornada. Compartilhando das minhas angústias, incertezas, alegrias e conquistas. Sempre me apoiando e incentivando nesta caminhada.

À minha amiga **Daiane Oliveira**, pela sua amizade e pela sua alegria contagiante. Pessoa maravilhosa, grande presente desta minha jornada.

À **Lisei Alende Prates**, por todos os momentos em que me auxiliou. Aprendi muito contigo, e continuo aprendendo. Mesmo distante, sempre disposta à me auxiliar, em tudo que preciso. Tenho grande admiração por você.

À **Laís Antunes Wilhelm**, pelo apoio incondicional de sempre. Pela acolhida e por todas as vezes que esteve presente. Você foi muito importante nesta caminhada.

À todas as **participantes do grupo de pesquisa**, “Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”, pela oportunidade de trocas de saberes durante nossos encontros.

À todas as **minhas colegas de trabalho**, pelo apoio e incentivo, e principalmente pela compreensão na minha ausência.

À todos os **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal de Santa Maria, pela contribuição de cada um para o meu aprendizado.

À banca examinadora, professora **Graciela Dutra Sehnem**, por aceitar participar da banca. Professoras **Maria de Lourdes Denardin Budó** e **Maria Denise Schimith**, à quem tenho grande admiração. Agradeço às todas pelas suas contribuições para meu estudo e por compartilharem comigo este momento especial.

À todas as **participantes do estudo**, sem elas ele não seria possível. O meu muito obrigada!

E à todos, que de alguma forma, contribuíram para esta conquista.

RESUMO

LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

AUTORA: Cleunir De Fatima Candido De Bortoli

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Lúcia Beatriz Ressel

O período gestacional é um momento singular da vida da mulher, e concebe mudanças significativas, envolvendo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. A atenção pré-natal compreende o conjunto de ações desenvolvidas no acompanhamento gestacional, visando o desenvolvimento da gestação, o parto e o nascimento de formas saudáveis. Várias iniciativas foram implementadas pelo Ministério da Saúde, voltadas à assistência à mulher durante a gestação, buscando assegurar com isso, a redução de agravos relacionados à saúde materna e infantil. Neste contexto de atuação, está inserido o enfermeiro, como membro da equipe da atenção básica. Esta dissertação possui como questão orientadora do estudo: Como são desenvolvidas as práticas de cuidado na atenção pré-natal, por Enfermeiros da Atenção Básica de um município do Estado de Paraná, Brasil? E como objetivo geral, conhecer os limites e as possibilidades das práticas de cuidado do enfermeiro da atenção básica à saúde no pré-natal. E como objetivos específicos: conhecer as contribuições da consulta de enfermagem na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica; conhecer os fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro, no âmbito da atenção básica, na atenção pré-natal; e conhecer as limitações enfrentadas pelo enfermeiro na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica. Na escolha do método, optou-se por um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi composto por seis unidades básicas de saúde, de um município do sudoeste do Estado do Paraná, Brasil. Participaram do estudo sete enfermeiras, envolvidas na atenção pré-natal, na atenção básica. Para coleta de dados, utilizou-se das técnicas de observação participante e entrevista semiestrutura, no período de março à agosto de 2015. A análise e interpretação dos dados foi orientada pela proposta operativa de Minayo. O estudo foi pautado nos aspectos éticos, seguindo a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A presente pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, conforme parecer nº 909.903, sob nº de CAAE: 39437014.4.0000.5346. Os resultados deste estudo contempla três artigos. No primeiro artigo, identificou-se as contribuições da consulta de enfermagem para a atenção pré-natal, com a inserção do profissional, repercutindo na possibilidade de acesso da gestante ao pré-natal e como importante espaço para educação em saúde. No segundo artigo, foram desvelados os fatores que impulsionam a atuação do enfermeiro no cuidado à gestante, perpassando o uso dos protocolos na atenção pré-natal e o acolhimento como estratégia de vínculo, refletindo na adesão das gestantes ao acompanhamento pré-natal. No terceiro artigo, verificou-se que a atuação do enfermeiro ainda enfrenta desafios, retratando limitações nesta prática, como a estrutura física inadequada, a sobrecarga de atribuições e as lacunas assistenciais na rede de atenção à saúde materna e infantil. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para a qualificação da atenção pré-natal no âmbito da atenção básica à saúde e para a consolidação do enfermeiro, na atenção pré-natal.

Descritores: Saúde da mulher. Cuidado pré-natal. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Gestantes.

ABSTRACT

LIMITS AND POSSIBILITIES OF A NURSE IN THE PRENATAL CARE

AUTHOR: Cleunir De Fatima Candido De Bortoli

ADVISER: Professor Lúcia Beatriz Ressel

The gestational period is a singular moment in a woman's life, and conceives significant changes, involving biological, psychological, social and cultural aspects. The prenatal care understands the set of actions developed in the pregnancy monitoring, aiming at the development of pregnancy, childbirth and the birth of healthy forms. Several initiatives have been implemented by the Ministry of Health, focused on care for women during pregnancy, seeking to ensure the reduction of health problems related to maternal and child health. In this context of performing, the nurse is inserted as a member of the basic care team. This research has as guiding question for the study: How are developed care practices in the prenatal care by Nurses of Basic Care from a city of the Paraná State, Brazil? And as a general objective, to know the limits and possibilities of a nurse care practice of basic attention to prenatal health. And as specific objectives: to learn about the contributions of the nursing consultation on prenatal care, within the framework of the basic attention; know the factors that enable the performance of nurses within the framework of primary health care, in prenatal care; and knowing the limitations faced by nurses in prenatal care, within the framework of primary health care. In the method selection, it was decided by a field study, descriptive, qualitative approach. The study setting was composed by six basic health units, from a southwestern city of the Paraná State, Brazil. The participants of this research were seven nurses, involved in prenatal care, in the basic attention. For data collection, it was used a participant observation techniques and a semi structure interview from March up to August 2015. The data analysis and interpretation was guided by the Minayo operative proposal. The study was guided on the ethical aspects, according to Resolution number 466/12 of the National Health Council. This research had approved by the Research Ethics Committee of UFSM, according to the legal opinion number 909 903, under number of CAAE: 39437014.4.0000.5346. The results of this study includes three articles. In the first article, identified contributions of nursing consultation for prenatal care, with the inclusion of professional, reflecting on the possibility of pregnant women access to prenatal care and how important the space is for health education. In the second article, were unveiled the factors which propelled the nurse performing in the pregnant women care, which underlie the use of the protocols in the prenatal care and shelter as bond strategy, reflecting on accession of pregnant women to prenatal monitoring. In the third article, it was found the work of the nurses still faces challenges, portraying limitations on this practice, such as inadequate physical structure, the excessive demand of tasks and gaps assists in the service for attention to the maternal and child health. It is expected that the results of this study contribute to the qualification of prenatal care in the context of basic health care and to the consolidation of the nursing professional in the prenatal care.

Keywords: Women's Health. Prenatal care. Primary health care. Nursing. Pregnant Women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PR – Paraná

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SIE – Sistemas de Informações Educacionais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Parecer consubstanciado do comitê de ética e pesquisa.....	91
--	----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de observação participante.....	95
Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada	96
Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido	97
Apêndice D – Termo de confidencialidade	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL	16
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	18
2.3 INDICADORES QUE REFLETEM A ATENÇÃO PRÉ-NATAL	20
2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	22
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 CENÁRIO DO CAMPO DE PESQUISA	25
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	26
3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA E REGISTRO DE DADOS	27
3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	28
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
4 RESULTADOS	32
ARTIGO 1	35
ARTIGO 2	51
ARTIGO 3	66
5 DISCUSSÃO INTEGRADORA	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	86
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	92
APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	95
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	96
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	97
APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	98

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é um momento complexo e único na vida da mulher, compreende diversas mudanças de caráter biológico, psicológico, social e cultural, sendo por isso necessário que a atenção pré-natal contemple muito além da dimensão biológica (SHIMIZU; LIMA, 2009). Para o Ministério da Saúde (MS), a atenção pré-natal envolve um conjunto de ações, desenvolvidas no acompanhamento durante a gravidez, assegurando o desenvolvimento gestacional e o nascimento saudável. Inclui ações de promoção e de prevenção da saúde, contemplando também o diagnóstico e o tratamento das intercorrências que possam surgir neste período (BRASIL, 2005).

No mundo mais de meio milhão de mulheres morrem por ano, em consequência de complicações ocorridas na gestação ou no parto. No Brasil é possível identificar uma importante redução na mortalidade materna nas últimas décadas. No ano de 1990 o país apresentava uma razão de mortalidade de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e em 2007 reduziu aproximadamente para a metade, com 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Embora seja significativa essa redução, ainda está muito aquém da meta estabelecida pelo país que é 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015 (CUNHA et al., 2009; BRASIL, 2012; BRASIL, 2010).

Assim, também para o MS, para uma atenção pré-natal qualificada é necessário suporte, de recursos disponíveis, organização dos serviços, utilização de procedimentos com benefícios comprovados e sem intervenções desnecessárias. Contudo, propõem que a relação profissional e gestantes, seja amparada pelos princípios éticos, assegurando a autonomia da mulher e garantindo sua tomada de decisão frente às situações (BRASIL, 2005).

Por outro lado, para que a assistência no período gestacional ocorra de forma eficaz, faz-se necessário reconhecer e intervir nas situações de risco e garantir a atenção nos diversos níveis de atenção. Logo, a qualificação da atenção pré-natal vai além de aspectos técnicos, compreende também a humanização da atenção e a garantia dos direitos da gestante (BRASIL, 2012). Isso também é destacado por Zampieri e Erdmann (2010), ao comentarem que o modelo de atenção pré-natal centrado no caráter biomédico e técnico, resulta na fragmentação do indivíduo e seus saberes, na falta de valorização do subjetivo e na evidência do patológico em depreciação do humano.

As relações entre profissionais e usuários, no modelo citado acima, apresentam limitações no processo de comunicação, comprometendo a compreensão da mulher acerca de sua situação de saúde, e reduzindo sua capacidade e possibilidade na tomada de decisão.

Entretanto, para assegurar a saúde como direito, requer abolir o modelo assistencial tecnicista e manter o diálogo e a socialização dos saberes e práticas entre os mesmos (MULLER; ARAÚJO; BONILHA, 2007). Concorde-se que, o cuidado que tem o ser humano como protagonista, potencializa o indivíduo nas suas tomadas de decisões e a direção dos momentos vivenciados, nos diferentes ciclos da vida (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Partindo destes conceitos, entende-se que, para uma atenção diferenciada na atenção pré-natal, é necessário conciliar as crenças, os costumes e o conhecimento popular ao saber acadêmico. Ao agregar o cuidado profissional e o popular, há uma valorização para além dos aspectos físicos, conferindo significado à subjetividade. Sendo assim, é preciso que a atenção prestada nos serviços de saúde seja de acordo com as necessidades da usuária, reconhecendo seus valores, significados, formas de vida, práticas e saberes envolvidos em seu cuidado (MULLER; ARAÚJO; BONILHA, 2007; MARTINS; ALVIM, 2012).

Nesta direção, a evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil aponta, atualmente, para uma atenção pré-natal voltada não apenas para a dimensão biológica e técnica, mas à integralidade da atenção à saúde da mulher. No entanto, até a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, as propostas de atenção à mulher eram voltadas apenas para a dimensão biológica materna e infantil. A implantação do PAISM, teve importante influência do movimento feminista, representando um marco importante e passou a ser embasado no conceito de integralidade à saúde das mulheres. Também significou a abordagem da mulher numa perspectiva de emancipação e fortalecimento da autonomia, para desenvolvimento do cuidado com o seu corpo (SOUTO, 2008).

Em 2002 o MS propôs a reorganização da atenção materna e infantil no bojo de pressupostos da humanização com a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento – (PHPN). A atenção qualificada e humanizada requer a construção de um novo olhar sobre o processo saúde e doença, compreendendo a mulher como um todo, considerando a dimensão social, econômica, cultural e física, na qual ela está inserida. Reforça ainda a necessidade de estabelecer novas relações entre os profissionais e usuárias, embasada nos direitos humanos, valorizando os aspectos subjetivos entre os envolvidos (BRASIL, 2005).

A atenção à saúde da mulher no ano de 2004, passou a ser contemplada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com a proposta de assistir a mulher nos diferentes ciclos de vida. Tal política visa à promoção da atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, apresentando entre suas metas, a ampliação da adesão ao PHPN para 100% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2004).

Já, em 2011 o MS instituiu a Rede Cegonha, constituída como uma rede de cuidados à atenção materna e infantil, tendo como princípios o respeito e a proteção aos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial, à promoção da equidade e ao enfoque de gênero, com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a participação social (BRASIL, 2011a).

Neste cenário, o Estado do Paraná instituiu a Rede Mãe Paranaense, visando a reorganização da rede de atenção à saúde materna e infantil, com a qualificação da atenção e redução da mortalidade materna e infantil (SESA, 2012). Para apoiar os profissionais de saúde que acompanham as gestantes, o MS elaborou em 2012 o caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, no intuito de instrumentalizá-los assegurando uma prática humanizada e integral, buscando a qualidade da atenção e a mudança no modelo de atenção (BRASIL, 2012a).

A pesquisadora ao optar pelo aprofundamento da temática da atenção pré-natal, considerou o contexto em que ela é desenvolvida. O âmbito da Atenção Básica (AB), é reconhecido como a porta de entrada da usuária ao serviço de saúde, e, por isso, o MS estabeleceu condições básicas para a assistência pré-natal. Ademais, o enfermeiro, como membro da equipe de AB, possui suas atribuições definidas neste cenário de atuação, estando diretamente envolvido nas ações na atenção pré-natal.

Nesta linha, o MS define algumas atribuições ao enfermeiro, destaca a realização de teste rápido de gravidez, a realização das consultas pré-natal, a solicitação de exames de acordo com protocolos estabelecidos, a prescrição de medicamentos previstos em protocolos ministeriais e reconhecidos a nível local, a realização de visitas domiciliares, a orientação das gestantes, as atividades educativas, tanto individuais quanto coletivas, os registros no cartão de gestante e quando necessário o encaminhamento da mesma para outros serviços (BRASIL, 2012a).

Ciente que atenção pré-natal qualificada é um elemento fundamental na redução da mortalidade materna, e em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde, publicada pelo MS em 2008, a qual destaca a importância de estudos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, justifica-se a relevância e interesse deste estudo (BRASIL, 2008).

O interesse pela temática, surgiu ainda na graduação quando da afinidade pelo estudo da atenção à saúde da mulher. Com o tempo, foi reforçado pela vivência da pesquisadora, enquanto enfermeira atuando na Secretaria Municipal de Saúde, na área da saúde da mulher, em especial na atenção pré-natal, em uma unidade de referência que integra a rede de atenção à saúde materna e infantil, do município estudado.

Além disso, com a sua participação enquanto mestranda junto ao Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem” na linha “Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida” do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria RS, a partir das discussões e reflexões junto ao grupo, aprimorou o seu interesse pelo tema e reforçou a relevância dos estudos relacionados à essa temática.

Diante disso, a proposta desta dissertação teve como **objeto**: *Os limites e possibilidades do Enfermeiro na atenção pré-natal*. E como **questão de pesquisa**, que orientou essa investigação: *Como são desenvolvidas as práticas de cuidado na atenção pré-natal, por Enfermeiros da Atenção Básica de um município do Estado de Paraná, Brasil?* E como **objetivo**: *Conhecer os limites e possibilidades das práticas de cuidado do enfermeiro da atenção básica à saúde no pré-natal*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta revisão da literatura apresenta em sua contextualização, um resgate sobre a atenção básica à saúde no Brasil; as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e na atenção pré-natal; os indicadores que refletem a atenção pré-natal; e o cuidado de enfermagem na atenção pré-natal.

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

O termo Atenção Primária à Saúde, representa a compreensão de uma atenção ambulatorial não especializada, integrante das atividades de saúde pública e desenvolvidas em unidades de saúde, caracterizada por ações clínicas de baixa densidade tecnológica. Essas unidades, são compreendidas como espaços que representam o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, com a resolutividade da maioria dos problemas de saúde, por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

Contudo, este consenso é relativo e possui concepções distintas acerca do seu significado. Existem países, onde a atenção primária é entendida como oferta reduzida de serviços, direcionada à população de baixa renda. Enquanto outros, como é o caso de alguns países europeus e no Canadá, é concebida como o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, ofertando serviços de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e a organização do sistema (LAVRAS, 2011).

Neste sentido, o Brasil adotou uma terminologia própria designada de Atenção Básica, buscando contrapor à esta proposta de ações e serviços seletivos, destinados à população de baixa renda, visando com isso, resgatar o caráter de universalidade, proposto pela Declaração de Alma-Ata e reforçando o papel na reorientação do modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Porém, vale destacar que, na atualidade o próprio MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), estão utilizando em alguns eventos e documentos, a terminologia reconhecida internacionalmente, Atenção Primária à Saúde (CONASS, 2011). Entretanto, este estudo utilizará a termo atenção básica, mais amplamente aplicada pelo MS.

Na evolução da saúde pública brasileira, a Constituição Federal de 1988, consagrou a saúde como um direito de todos (BRASIL, 1988). Logo, em 1990 a Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), dispõem sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Entre os principais avanços conquistados pelo sistema de saúde brasileiro, está a evolução das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) (SOUZA; COSTA, 2010). O PSF surgiu como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial no Brasil, através da atenção básica. Seu início, foi impulsionado pela experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado pelo MS em 1991, com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil, em especial nas regiões Norte e Nordeste do país (ROSA; LABATE, 2005).

Assim, em 2006 através da portaria nº 48/GM, o MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, e estabeleceu uma revisão das diretrizes e normas para a organização das ações de saúde no âmbito da AB, tanto para PSF quanto para o PACS (BRASIL, 2006). O MS reconhece que as ações de AB devem ser desenvolvidas de forma descentralizada, em locais com maior proximidade da vida dos usuários, ainda, sendo a porta de entrada aos serviços de saúde e o centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Neste contexto, publicou em 2011 uma nova revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, tanto para a Estratégia Saúde da Família (ESF), quanto para o PACS (BRASIL, 2011b).

A atenção básica, é apresentada pelo MS como um conjunto de ações de saúde, desenvolvidas tanto na individualidade quanto na coletividade. Contempla ações de promoção e proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando a manutenção da saúde da população. Desenvolvida de forma descentralizada, voltada à integralidade da atenção, intervindo nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011b).

Para o Ministério da Saúde, a AB no Brasil é apontada como a ordenadora da RAS, elencada como uma das prioridades do governo, definida como um dos eixos estruturantes do SUS. Com sua consolidação, nos últimos anos, ocorreu uma ampliação da oferta de serviços à população brasileira, com estimativa de mais da metade da população com cobertura de ações pelas ESFs, e a cobertura por outros modelos de AB, atingindo entre 20% e 40% da população (BRASIL, 2015a).

De acordo com dados do Datasus, a cobertura populacional por equipes de atenção básica no país, referente ao ano de 2012, correspondia em torno de 58,31% da população. Entretanto, apresentando diferenças regionais significativas, onde, o Estado com maior cobertura foi a Paraíba, com 90,73% e a menor cobertura foi identificada no Distrito Federal, com 32,41% da população (BRASIL, 2015b).

Buscando superar as desigualdades existentes no país, o MS ao publicar a revisão da Política nacional de Atenção Básica, reforça que as ações devem ser desenvolvidas de forma descentralizadas. Definida como o centro de comunicação da RAS, a AB deve atuar orientada pela universalidade às ações e serviços, com garantia de acesso, construção de vínculo, com a continuidade do cuidado, atenção de forma assegurar a integralidade, com humanização do cuidado, equidade e participação social. Destaca ainda, que na busca da integralidade do cuidado, necessita contemplar o sujeito em sua singularidade, considerando o seu contexto sociocultural (BRASIL, 2011b).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A atenção à saúde da mulher no Brasil passou a contemplar programas de saúde específicos no início do século XX. No entanto, nessa época a atenção era reduzida à mulher no período de gestação e parto, limitando-se somente aos aspectos biológicos da mulher. Essas ações eram propostas de forma verticalizada, sem uma avaliação prévia das necessidades de saúde de uma determinada região. Apresentavam-se de forma isolada dos demais programas e visavam proteger grupos populacionais vulneráveis e em situações de risco (BRASIL, 2004).

Além disso, no contexto social deste período, ocorriam no país iniciativas voltadas ao controle de natalidade e controle demográfico. Nesta conjuntura, emergiu a ação do movimento feminista, representando um marco importante na evolução da Atenção à Saúde da Mulher. Este movimento defendia a autonomia da mulher em realizar suas escolhas em relação a sua vida reprodutiva. Ainda, garantia ao casal a decisão em relação à quantidade de filhos (COSTA, 2009).

Neste cenário, em 1984 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que primeiramente foi considerado duvidoso por diversas instâncias sociais, dentre elas, pelos profissionais de saúde e docentes das universidades brasileiras, mas que na sequência foi assumido e defendido pelo movimento feminista. Esse novo modelo de atenção à mulher incluía como proposta programática as ações educativas, preventivas, voltadas para o diagnóstico, tratamento e recuperação da mulher na perspectiva da integralidade do ser (BRASIL, 2004).

O PAISM, foi singular pelo conjunto de princípios de integralidade e universalidade, e representou um marco importante na Política de Atenção à Saúde da Mulher, contemplando os diversos ciclos de vida e diferentes situações de saúde vivenciados pela mulher. Concomitante,

o movimento da Reforma Sanitária e a constituição do SUS, refletiram positivamente na implementação do PAISM, por intermédio das características do novo momento da política de saúde, em especial pela reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Em maio de 2004, o PAISM passou a ser uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), buscando a redução da morbimortalidade na população feminina, com ações de promoção, proteção, assistência e recuperação, nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2004). Este direcionamento amparava a atenção à saúde das mulheres com pressupostos de direitos humanos.

Nesta perspectiva, em 2000 o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 569, instituiu o PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, visando qualificar a assistência à mulher e ao recém-nascido. Entre as prioridades estabelecidas, está a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Aponta também a qualificação do acesso, da atenção ao pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao período neonatal. Ainda amplia as ações na atenção materna, já preconizadas pelo MS, com investimentos na assistência à gestação de alto risco e no incentivo de custeio às ações estratégicas, como: Maternidade Segura, Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além de propor capacitação aos profissionais atuantes na rede de atenção (BRASIL, 2002). O PHPN contempla ações nos diferentes níveis de atenção, em uma perspectiva de garantia dos direitos humanos e de cidadania, da mulher e da criança.

Ao propor um protocolo mínimo de ações na atenção pré-natal, o PHPN representou uma das mais importantes estratégias de atenção na saúde pública do Brasil (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Tais ações compreendem a captação precoce da gestante, um número mínimo de consultas e exames a serem realizados, imunização, atividades educativas e estratificação de risco em todas as consultas de pré-natal (BRASIL, 2002).

Outro programa estabelecido pelo MS para qualificar a atenção pré-natal foi a Rede Cegonha, regulamentada em 2011, pela portaria nº 1.459. Tal portaria visa a ampliação do acesso com realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), com a captação precoce da gestante e atenção qualificada ao pré-natal, com acolhimento às intercorrências e avaliação do risco gestacional e vulnerabilidade da gestante. Prevê a ainda, melhor qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério e atenção à criança nos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2011a).

Ao propor a organização da atenção à saúde, Mendes (2010) descreve o modelo das RAS, que são organizações poliárquicas que compõe os serviços de saúde, interligadas entre si, ofertando atenção contínua e integral a gestante e a criança e coordenada pela atenção básica à saúde. Desta forma, a Rede Cegonha faz parte das RAS e neste contexto, com a proposta de

integração entre os diversos pontos de atenção, ou seja, a integração das ações e serviços, com qualificação da atenção em todos os pontos de atenção, visando a redução da morbimortalidade materna e infantil (CAVALCANTI et al, 2013).

Em consonância com as Políticas Nacionais e visando a reorganização da rede atenção materna e infantil, no ano de 2012 o Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense, que teve sua origem na experiência exitosa do programa Mãe Curitibana. Para tanto, fundamentada nas RAS, é composta por um conjunto de ações na atenção materna e infantil, que envolve a captação precoce da gestante pela equipe de AB, o acompanhamento pré-natal com um número mínimo de consultas, a realização de exames, a estratificação do risco gestacional, as atividades educativas, as visitas domiciliares, a integração e a organização dos pontos de atenção e serviços especializados e a vinculação da gestante à maternidade (SESA, 2012).

Referente a estratificação de risco, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) realizou um estudo no período de 2006 a 2010, buscando conhecer as principais causas de óbitos e fatores de risco para mortalidade materna e infantil. A partir desta análise, estabeleceu a estratificação em: Risco habitual – para as gestantes sem histórico de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravos. Risco Intermediário – aquelas que apresentam características individuais, sociodemográficos e de história reprodutiva anterior. Alto risco – compreendem as gestantes com história clínica preexistente ou intercorrência clínicas no período gestacional (SESA, 2012).

Estudo relatando a experiência do Estado do Paraná, com a implantação da Rede Mãe Paranaense, demonstrou melhorias nos indicadores. Entre eles, destaca-se redução da mortalidade materna em 40%, onde em 2010 registrou 65,11 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e em 2012 39 óbitos para 100 mil nascidos vivos. Neste período, a mortalidade infantil apresentou 10% de queda, sendo registrado em 2010 10,15 óbitos infantis por mil nascidos vivos e 10,94 óbitos por mil nascidos vivos em 2013. Ao avaliar a proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, identificou-se uma cobertura de 80%, em 2013 (HUÇULAK; PETERLINI, 2014).

2.3 INDICADORES QUE REFLETEM A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A mortalidade materna é um importante problema de saúde pública no Brasil, uma das mais graves violações de direitos humanos das mulheres, sendo evitável em 92% dos casos. A redução desse indicador configura-se um grande desafio, tanto para os serviços de saúde quanto para a sociedade como um todo (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde conceitua como morte materna, todo óbito ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente do tempo ou localização da mesma. A razão de mortalidade materna é o número de óbitos maternos para cada cem mil nascimentos (BRASIL, 2007).

De acordo com o Datasus (2015b), no ano de 2011 o Brasil apresentou 64,8 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos. Neste mesmo período, o Estado do Paraná teve uma razão de mortalidade materna de 51,7 e no município de Pato Branco não foi registrado nenhum óbito materno. De acordo com os dados do MS, entre as principais causas de óbitos maternos no Brasil, estão a hipertensão, as hemorragias, as infecções puerperais, os abortos e as doenças do aparelho circulatório, complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2010).

A realidade brasileira ainda está distante do estabelecido pelo país, que é reduzir a mortalidade materna até 2015 para 35 óbitos para cem mil nascidos vivos. Este compromisso faz parte dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio, firmado pelo governo brasileiro junto à Organização das Nações Unidas no ano de 2000. Entre esses objetivos está também a redução da mortalidade infantil, onde a meta definida foi reduzir para até 17,9 óbitos para mil nascidos vivos, até 2015 (BRASIL, 2010).

Neste período a redução da mortalidade infantil foi mais significativa, no ano de 2011 o Brasil registrou 15,3 óbitos para mil nascidos vivos. O Estado do Paraná neste ano, teve 11,8 óbitos para mil nascimentos, enquanto no município de Pato Branco o coeficiente de mortalidade infantil foi de 7,22 para mil nascidos vivos (BRASIL, 2015b).

Concordando com Santos Neto et al (2008) onde ressaltam que a maioria dos óbitos maternos e infantis ocorridos no Brasil são considerados evitáveis, sendo possíveis de prevenção através das melhorias na atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O MS afirma ainda que, embora seja significativa a cobertura da atenção pré-natal, alguns indicadores persistem, como a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica, que é a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Isso demonstra o quanto ainda é preciso para avançar na busca por uma atenção pré-natal qualificada (BRASIL, 2012a).

No que se refere à sífilis, o Ministério da Saúde recomenda que a gestante seja testada no primeiro trimestre de gestação, e que em caso de diagnóstico, a mesma seja tratada imediatamente, assim como o seu parceiro. Em 2011 a taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil foi de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos. Entre as crianças diagnosticadas, 74,5% das mães haviam realizado acompanhamento pré-natal, sendo que entre estas, 86,6% tiveram o diagnóstico na gestação, entretanto, somente 11,5% tiveram suas parcerias sexuais tratadas. No Estado do Paraná, a incidência de sífilis neste mesmo ano, foi de 3,7 casos para cada 1.000

nascidos vivos. No município de Pato Branco, não foi notificado nenhum caso neste referido ano (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Com o intuito de reduzir os casos de sífilis congênita e também reduzir a transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) o Ministério da Saúde publicou em 2012, portaria instituindo a testagem rápida para estes agravos no âmbito da atenção pré-natal (BRASIL, 2012c). Evidências apontam que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV, ocorrem em um período tardio da gravidez e principalmente durante o trabalho de parto e parto. Portanto, a profilaxia com o uso da medicação antirretroviral de forma oportuna e adequada, associada ao parto cesariana, podem diminuir a taxa de transmissão para valores em torno de 2% dos casos (BRASIL, 2012a).

A transmissão vertical do HIV em menores de cinco anos de idade em 2012 no Brasil, foi de 3,4 casos para 100 mil habitantes. Já no Estado do Paraná, esse indicador esteve abaixo da média nacional, com 2,1 casos para cada 100 mil habitantes e em Pato Branco nenhum caso notificado neste mesmo período (BRASIL, 2013).

Para tanto, a atenção pré-natal qualificada, possibilita desfechos favoráveis e permite também, a detecção e o tratamento oportuno de intercorrências e afecções, que possam ocorrer no período gestacional. Além de permitir o controle de fatores de risco, reduzindo as complicações e assegurando a saúde materna e infantil (DOMINGUES et al, 2012).

2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A atenção pré-natal tem por objetivo acolher a mulher no início da gestação, assegurando um nascimento seguro e o bem-estar materno e infantil. A qualificação e a humanização da atenção é possível através de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, com acesso facilitado aos serviços e com integração das ações nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2005).

Para Zampieri e Erdmann (2010), ao adotarmos um modelo biologicista e com intervenções desnecessárias, conseqüentemente torna-se medicalizada a gestação e assim restringimos a autonomia e o protagonismo da mulher e de seus familiares no pré-natal.

Para o MS, a atenção pré-natal compreende todas as ações desenvolvidas no cuidado à gestante, que se inicia com o diagnóstico da gestação, preferencialmente precoce até 12ª semanas de gestação e acolhimento da gestante pela equipe de saúde. Após a confirmação da gravidez, inicia-se o acompanhamento com consultas de pré-natal, visitas domiciliares e ações

educativas. Ainda, a atenção pré-natal deve contemplar a classificação do risco gestacional, realizado em todas as consultas e acolhimento da mulher, reduzindo a morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012a).

No que se refere às atribuições dos profissionais na atenção pré-natal, destaca-se o importante papel do Enfermeiro neste cenário. Com a evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, observa-se também o espaço conquistado pelo profissional no cuidado à mulher.

Para Barbosa, Gomes e Dias (2011), o enfermeiro possui papel fundamental, possibilitando melhorias no acesso e qualidade da atenção ao pré-natal e nascimento. Ressaltam ainda, a necessidade de ações integradas para a melhoria do PHPN. Na legislação do acompanhamento de pré-natal de risco habitual, o Ministério da Saúde ampara o profissional enfermeiro para assistir de forma integral a mulher no período gestacional, no âmbito da rede básica de saúde (BRASIL, 2012a). A assistência de enfermagem à gestante, está regulamentada pela lei do exercício profissional, através do decreto 94.406/87 (BRASIL, 1987).

Em relação à consulta de enfermagem, sabe-se que é uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei do Exercício profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986). Destaca-se que alguns aspectos podem refletir significativamente na consulta de enfermagem, entre eles o acolhimento, o vínculo desenvolvido na relação usuária e profissional, a avaliação clínica e obstétrica, a solicitação de exames, a imunização da gestante, os registros realizados no atendimento e o encaminhamento da usuária à outros profissionais e à outros serviços, nos diferentes níveis de atenção (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

A consulta de enfermagem na atenção pré-natal vem apresentando importante transformação em sua concepção, na forma como é realizada e principalmente na sua inserção nos serviços de saúde. Tal ação pode subsidiar a adoção de medidas que favorecem a abordagem de mudanças voltadas as reais necessidades da mulher (BRABOSA; GOMES; DIAS, 2011). Entretanto, estudo recente mostra que as consultas de pré-natal, na maioria das regiões do país, ainda são realizadas pelo profissional médico, havendo somente nas regiões norte e nordeste uma representatividade igualitária neste acompanhamento (VIELLAS et al., 2014).

Mesmo considerando a consulta de enfermagem como uma importante prática na atenção pré-natal, a atenção à gestante não se limita a ela. O cuidado na atenção pré-natal envolve diversas atividades que, visam a promoção da saúde materna e infantil e o bem estar. Algumas atividades podem ser citadas como: o acolhimento da gestante, a realização de teste rápido para HIV e sífilis, as atividades de educação em saúde, tanto individual quanto coletiva,

a busca ativa da gestante, as visitas domiciliares, o apoio e incentivo ao aleitamento materno, a imunização da gestante, a coleta de citopatológico de colo uterino, o exame clínico de mamas, os registros e disponibilização de cartão de gestante e quando necessário o encaminhamento da mesma para outros serviços (BRASIL, 2012a).

Em estudo realizado com enfermeiras que acompanhavam integralmente gestantes no pré-natal de risco habitual, identificou-se a frequência dos procedimentos realizados no cuidado à gestante durante a consulta pré-natal, sendo comuns a anamnese inicial, o cálculo da data provável de parto e da idade gestacional, a avaliação de membros inferiores, a presença de edema, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a medida da altura uterina e a solicitação de exames laboratoriais (CUNHA et al., 2009). No que se refere as orientações no acompanhamento pré-natal, há uma precariedade em relação à sua prática. As orientações de saúde permitem a promoção da autonomia da mulher, e percebe-se no estudo de Viellas et al. (2014) que ocorrem em baixa frequência, sendo evidenciadas aquelas de caráter biomédico. Isso demonstra que existem ainda, muitos desafios para alcançar a qualidade da atenção pré-natal.

Ressalta-se que ao aliar as práticas educativas ao cuidado, há possibilidade de compartilhamento de saberes. Se este movimento ocorrer de forma horizontal, onde o profissional de saúde desempenha sua função de cuidar e educar compartilhando seu saber e fazer ao mesmo tempo em que se integra e respeita o saber e ao fazer popular, é possível adotar uma postura democrática e acolhedora (PROGIANTI; COSTA, 2012) sendo pertinente à propulsão da autonomia da gestante como protagonista da sua vivência de gestação.

Nesta linha, Alves (2014) salienta que o desenvolvimento das atividades educativas, como os grupos de gestantes, reflete de forma positiva na construção de saberes e práticas de cuidado na saúde das mulheres, pois permite um espaço de diálogo e trocas de experiências. Para tanto, o profissional deve atuar como instrumento que proporcione a construção da autonomia da mulher, aumentando a sua capacidade de escolha e tomada de decisão (RIOS; VIEIRA, 2007).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Apresenta-se neste capítulo a trajetória metodológica da pesquisa. Será abordado o tipo de estudo; cenário de campo da pesquisa; participantes da pesquisa; procedimentos e técnicas de coleta e registro de dados; técnicas de análise e interpretação dos dados e os aspectos éticos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Buscando atender o objetivo proposto, o estudo foi orientado por uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. Para Gil (2008), o estudo de campo focaliza uma comunidade, onde o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente para experienciar diretamente a situação de estudo.

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

A escolha pelo método qualitativo, ocorreu pela sua aplicabilidade em estudos de história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões resultantes das interpretações que os homens fazem do seu próprio modo de viver, suas construções, seus sentimentos e pensamentos. Configura-se dentro de investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados de contextos sociais (MINAYO, 2014).

3.2 CENÁRIO DO CAMPO DE PESQUISA

O cenário da pesquisa foram seis unidades de ESF do município de Pato Branco, Paraná, que desenvolvem ações na atenção pré-natal. O município está localizado na região sudoeste do Estado, de acordo com IBGE(2014) possui uma população de 78.136 habitantes, sendo aproximadamente 24.300 mulheres em idade fértil.

A escolha pela atenção básica como cenário, justifica-se em consonância com a proposta Rede Cegonha, que prevê o acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2011).

A atenção básica (AB) em saúde do município, é composta por 12 unidades de saúde, todas possuem equipes de ESF implantadas, entre elas, cinco possuem duas equipes de ESF, implantadas, totalizando 17 equipes.

A Rede de atenção materna e infantil no município é composta pelas unidades básicas de saúde, uma unidade de referência à gestação de alto risco, denominada de Mãe Patobranquense e um hospital conveniado ao SUS e referência regional para atenção à gestação de alto risco.

A escolha dos cenários do estudo ocorreu por intencionalidade, sendo convidadas aquelas unidades que apresentavam o maior número de gestantes em acompanhamento. Primeiramente, realizou-se contato com a coordenação da atenção básica do município, buscando informações quanto ao número de gestantes em acompanhamento, em cada unidade de saúde. Na sequência, realizou-se o contato pessoalmente com as possíveis participantes, para apresentação da proposta de estudo. Posteriormente, diante da disponibilidade e interesse em fazer parte da pesquisa, foi disponibilizado pela enfermeira, o cronograma das atividades desenvolvidas com as gestantes.

Durante a captação das participantes, apenas uma justificou a inviabilidade de participação no estudo, em virtude da possibilidade de não sentir-se à vontade durante a pesquisa e isto interferir no resultado. Frente a recusa, a pesquisadora continuou seguindo a ordem decrescente do número de gestantes acompanhadas, por equipe, a fim de encontrar novas participantes.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo, sete enfermeiras que atuavam na AB do município, envolvidas na atenção pré-natal. A atuação na atenção pré-natal compreendeu a diferentes ações, como: acolhimento da gestante, consulta de pré-natal, visitas domiciliares, busca ativa das gestantes, atividades educativas individuais e coletivas e demais práticas assistenciais realizadas nesse contexto de atenção.

Como critérios de **inclusão**, compreendeu-se: enfermeiros (as) que desenvolviam ações na atenção pré-natal no âmbito da atenção básica no município de Pato Branco Paraná, independentemente do tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde.

Como critérios de **exclusão** consideraram: profissionais que estavam afastados do serviço no momento da pesquisa, para tratamento de problemas de saúde ou período de licença maternidade.

A delimitação do número de participantes deste estudo, foi baseada em orientações de Fontanella, Ricas e Turato (2008), que apontam o encerramento da pesquisa quando os dados representassem consistência e respondessem ao objeto do estudo.

3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA E REGISTRO DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2015, utilizando-se das técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada.

Sobre a aproximação com o campo de estudo, ressaltamos que a pesquisadora faz parte deste cenário, sendo servidora pública do município e atuando no serviço de referência de atenção à saúde da mulher, no ambulatório de gestação de alto risco. No entanto, a pesquisadora apresentou o estudo e explicou o motivo de estar inserida no campo, os objetivos da pesquisa e sua relevância para a enfermagem. Foi disponibilizada uma cópia do projeto de pesquisa às participantes e colocou-se à disposição para sanar todas as possíveis dúvidas. Foi assegurado as participantes, que o estudo respeitou os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Na sequência ao contato inicial e com a confirmação da participação no estudo, planejou-se em conjunto com a participante, as atividades a serem observadas. A organização das atividades na atenção pré-natal, apresentava agenda diferenciada para cada unidade básica de saúde, o que permitiu que a pesquisadora realizasse a coleta simultaneamente em mais que uma unidade, em dias e horários diferentes.

Após o planejamento inicial, procedeu-se o início da técnica de observação participante, descrita por Minayo (2014), como o processo em que o pesquisador mantém-se presente em uma determinada situação social, para realizar uma investigação científica. Contexto onde o observador está em relação direta com os observados, participando do cotidiano dos mesmos, colhendo os dados da investigação.

A observação participante totalizou 110 horas, com tempo de permanência da pesquisadora em cada unidade, entre um e três meses. Para executar a técnica, utilizou-se de um roteiro de campo (Apêndice A), composto por elementos relacionados ao objeto de estudo, facilitando e orientando a observação no cenário pesquisado. No entanto, sem a necessidade de segui-lo de forma rigorosa. Para o registro dos dados, utilizou-se o diário de campo, onde primeiramente procedeu-se o registro em um bloco de notas, de forma discreta para não constranger as participantes e após transcritos para o diário (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

Para Minayo (2014), no diário de campo devem ser registradas as impressões pessoais, que podem sofrer alterações no decorrer do período, as observações de comportamentos, os resultados de conversas informais, as impressões do pesquisador, entre outros aspectos que podem enriquecer o estudo.

Após a observação, finalizou-se com a entrevista semiestruturada com as enfermeiras observadas, utilizando um instrumento elaborado pela pesquisadora (Apêndice B), a fim de complementar a coleta de dados. A entrevista foi constituída de questões fechadas, relativas à caracterização do grupo em estudo, e questões abertas, orientadas pelo objetivo deste estudo, possibilitando as participantes discorrer amplamente sobre o tema.

De acordo com Fernandes e Moreira (2013), a escolha da técnica de entrevista após a observação, possibilitou um maior aprofundamento em questões que emergiram durante a observação. Ainda, para Minayo (2014) a escolha pela entrevista semiestruturada, permitiu uma maior flexibilidade ao entrevistador em discorrer sobre o tema estudado.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade das participantes. Foram previamente agendadas, sendo realizadas no próprio local de trabalho, em sala reservada. Os dados foram gravados, com a autorização prévia das participantes, seguindo uma orientação proposta por Minayo (2014), a fim de garantir maior fidedignidade das falas. Posteriormente os dados foram transcritos e analisados pela pesquisadora.

Ainda, cabe ao pesquisador controlar e conduzir a entrevista, para ir ao encontro do objeto de estudo. É fundamental manter uma postura de confiança e evitar atitudes inoportunas, como a interrupção de atividades que o pesquisado esteja desenvolvendo, ou forçar que ocorra a entrevista, mesmo quando o participante encontra-se irritado, fatigado ou impaciente. O pesquisador deve desenvolver a habilidade da escuta e possibilitar ao entrevistado, que o mesmo possa discorrer sobre o tema pesquisado (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados foi fundamentada na proposta operativa de Minayo (2014), caracterizada por dois momentos operacionais: fase exploratória e fase interpretativa.

No **primeiro momento operacional fase exploratória**, foram tratadas as determinações fundamentais dos dados construídos, constituindo um mapeamento geral dos dados investigados. Neste momento ocorreu uma busca pela compreensão do contexto sócio histórico do grupo social investigado. Esse momento realizou-se um levantamento da história do grupo, o ambiente onde estavam inseridos, os aspectos políticos e econômicos que refletem na sua prática, o mapeamento da organização dos sistemas de saúde, o perfil dos profissionais participantes, sendo, de uma forma geral, caracterizado o contexto em que o estudo será desenvolvido.

O segundo momento operacional, constituiu a **fase interpretativa**, apontado pela autora como o ponto de partida e de chegada. Buscou-se encontrar nos relatos e nas observações das participantes o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações. A fase interpretativa é apresentada em duas etapas: a **ordenação dos dados e a classificação dos dados**.

A ordenação dos dados envolveu o material das entrevistas e da observação. Incluiu a transcrição do material, a releitura do material, a organização dos relatos e dos dados observados em determinada ordem. Estas ações permitiram suposições e uma classificação inicial. Esta etapa possibilitou a pesquisadora um mapeamento horizontal das descobertas no campo estudado.

Na etapa a seguinte, ocorreu a classificação dos dados, onde a construção do conhecimento se tornou mais complexa, constituída das seguintes partes: **leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório**.

A leitura horizontal e exaustiva dos textos: Iniciou o primeiro contato com o material do campo, através de leituras flutuantes das entrevistas e dos registros das observações. Surgiram as primeiras impressões do pesquisadora, na busca da coerência entre as informações. Permitiu conhecer as ideias centrais.

Leitura transversal: Realizou-se a leitura transversal dos dados, com um recorte do material coletado. Neste processo, houve a classificação dos dados, onde a pesquisadora separou por temas, categorias ou unidades de sentido, colocando as partes semelhantes próximas, buscando as conexões entre as mesmas, e guardando-as em códigos. Depois desse primeiro esforço, o pesquisador fez um enxugamento de suas classificações, reduzindo em unidades de sentido, para compreender e interpretar o que foi exposto de forma representativa pelo grupo. E assim, foram reagrupadas em categorias centrais.

Análise final: Constituiu o aprofundamento do material empírico composto nas etapas de ordenação e classificação e foi considerado o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação; e na redação do relatório, foi exposta a síntese e a comunicação dos dados.

Relatório final: Configurou-se na síntese, na qual o objeto de estudo é mantido como foco central. Neste estudo, o relatório resultou na apresentação dos resultados da pesquisa na forma de dissertação, apresentando para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o estudo foi orientado pela ética, estando assegurados e valorizados os preceitos éticos e legais no desenvolvimento do estudo. Para tanto, os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, foram seguidos durante todo o decorrer da pesquisa (BRASIL, 2012d).

No desenvolvimento do estudo, foi necessário percorrer algumas etapas, relacionadas aos aspectos éticos do estudo, sendo: primeiramente o projeto de estudo foi encaminhado para apreciação, obtendo a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do município de Pato Branco, PR e na sequência, o projeto foi registrado no Sistema de Informações Educacionais (SIE/UFSM). Após a aprovação destas instancias, foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil online, sendo aprovado conforme parecer nº 909.903, sob nº de CAAE: 39437014.4.0000.5346 (Anexo 1).

O anonimato das participantes foi assegurado no decorrer do estudo, sendo as mesmas identificados por um sistema alfanumérico, representada pela letra “O” para os dados de observação, seguido de um numeral. Enquanto os dados da entrevista, foram representados pela letra “E”, seguida de um numeral. Também teve-se o cuidado ao apresentar a caracterização do grupo em estudo, evitando características individuais que possam identificar as participantes.

Ainda de acordo com a resolução, os dados foram coletados após o aceite a assinatura do consentimento livre e esclarecido (TCLE) das participantes (Apêndice C), assegurando a escolha em participar do estudo ou não, e assegurando a liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma ficou de posse da pesquisadora e uma da participante.

Os benefícios deste estudo foram de forma indireta, sendo esclarecido as participantes que não teriam nenhum benefício de forma direta, no entanto a possibilidade da pesquisa contribuir para construção de conhecimento acerca da atenção pré-natal, da qualificação da assistência de enfermagem e a consolidação da categoria neste âmbito de atuação.

A participação neste estudo representou riscos mínimos, que estavam relacionados a situações de desconforto e constrangimento que poderiam ter surgido durante a observação participante ou na entrevista semiestruturada. Para tanto, a pesquisadora teve a preocupação em esclarecer o objetivo do estudo e assegurou a autonomia das participantes em permanecer ou não na pesquisa, durante todo o estudo. Ainda, somente uma participante relatou sentir-se

desconfortável no primeiro dia de observação, sendo proposto para à mesma interromper a sessão, porém ela preferiu continuar, no encontro seguinte, relatou estar tranquila e confortável com a presença da pesquisadora.

O compromisso ético desta pesquisa, implica também no retorno dos resultados à SMS do município e às participantes envolvidas, proporcionando assim, um momento de reflexão e discussão sobre a temática em estudo. Para isso, pretende-se realizar um encontro, para apresentação dos principais resultados da pesquisa.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos propostos no protocolo de pesquisa. Os registros de diário de campo e das gravações transcritas, serão arquivadas e sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, professora Dr^a Lúcia Beatriz Ressel, em forma de CD-ROM, por um período de cinco anos após a apresentação da dissertação, no prédio do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM, na sala 1339. Após este período o material será incinerado. As gravações foram deletadas após a transcrição das mesmas.

E por fim, assegurando o anonimato e sigilo das participantes deste estudo e garantindo que as mesmas não sejam expostas publicamente a qualquer tipo de identificação, tanto durante a pesquisa quanto nas publicações dos resultados, foi assinado o termo de confidencialidade (Apêndice D) pelo pesquisador responsável e pela mestrandia.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados desse estudo envolve dois momentos: primeiramente, a caracterização das participantes e a descrição do cenário estudado, como a forma de organização da atenção pré-natal e as ações desenvolvidas pelas participantes. Em seguida, as categorias do estudo em formato de três artigos, sendo eles: a consulta de enfermagem e suas contribuições na atenção pré-natal; fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal; e limitações vivenciadas pelo enfermeiro na atenção pré-natal.

Caracterização das participantes

As participantes do estudo possuem idade entre 26 e 40 anos, todas mulheres. O tempo de formação esteve entre quatro e onze anos, com período de atuação na atenção pré-natal entre um e dez anos. Quanto à instituição de ensino de sua graduação, quatro tiveram a formação em instituições públicas e três em instituições privadas. Quanto à busca por aperfeiçoamento, todas possuem especialização, sendo uma em Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia; três em Enfermagem em Urgência e Emergência; três em Enfermagem na Saúde do Trabalhador; uma em Docência em Educação Profissionalizante; uma em Saúde Coletiva; e uma em Saúde da Família. Entre as participantes, três possuem dois cursos de especialização. Apenas uma iniciou Residência, cursando um ano e não concluindo o curso.

Caracterização da atenção pré-natal

No cenário estudado, a atenção pré-natal estava organizada da seguinte forma: a primeira consulta de acompanhamento pré-natal era realizada pela enfermeira, sendo que as demais são intercaladas com o médico da equipe. Entre as participantes, cinco reservavam dois períodos por semana para o atendimento na atenção pré-natal, as outras duas participantes não possuíam dia fixo para o atendimento da gestante, sendo flexível o agendamento para qualquer dia da semana. Além das consultas de pré-natal, possuíam em sua programação as ações educativas, como os grupos de gestantes. Duas participantes tinham estabelecido o grupo de gestante a cada 15 dias, três realizavam uma vez ao mês, e duas participantes realizavam eventualmente, sem cronograma preestabelecido.

Quanto à disponibilidade de equipamentos e instrumentais mínimos, preconizados pelo Ministério da Saúde – tais como mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada, mesa

de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, fita métrica flexível e inelástica, espéculos, material para realização do exame colpocitológico, sonar doppler, e gestograma –, estavam disponíveis para todas as participantes. Quanto aos mobiliários, em duas unidades não se apresentava condições adequadas de conservação e conforto.

No que se refere aos medicamentos básicos, como ácido fólico e sulfato ferroso, estavam disponíveis em todas as UBS. Quanto aos imunobiológicos preconizados no calendário da gestante, como vacina antitetânica, vacina contra hepatite, vacina acelular contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa) e a vacina contra a Influenza, estavam disponíveis para todas as unidades.

Os testes rápidos estavam disponibilizados em todos os serviços como: teste rápido de gravidez; teste rápido para triagem de sífilis, hepatite B e hepatite C; teste rápido de diagnóstico para HIV.

Os exames solicitados pelos profissionais enfermeiros na rotina da gestante eram conforme protocolo no município, e constavam de: ultrassonografia obstétrica, com translucência nugal e morfológica; grupo sanguíneo e fator Rh; teste de coombs indireto; glicemia de jejum; teste de tolerância com sobrecarga oral de glicose; dosagem de hemoglobina e hematócrito; VDRL; sorologia para HIV I e II; toxoplasmose IGM e IGG e avidéz para toxoplasmose IGG; HBsAg, Anti Hbs, Anti Hbc IGM e IGG; TSH; Exame sumário de urina e urocultura com antibiograma; exame parasitológico de fezes.

Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na atenção pré-natal

Entre as ações observadas pela pesquisadora estão: a consulta de enfermagem no pré-natal, as atividades educativas, a busca ativa das gestantes faltosas, a alimentação do sistema de informação SISPRENATAL Web e o planejamento e gerenciamento das atividades.

Durante as consultas foram observadas as seguintes atividades: o preenchimento e o registro no cartão de gestante, no prontuário eletrônico e em formulários próprios, utilizados para controle interno da unidade; a solicitação e a avaliação de exames preconizados na rotina da gestante; a prescrição de medicamentos, estabelecidos em protocolos da Secretaria Municipal de Saúde; os encaminhamentos para outros profissionais, como médico, odontólogo, nutricionista e psicólogo, e para unidade hospitalar; a realização de testagem rápida para diagnóstico de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C; a coleta de material para exame citopatológico de colo uterino; a coleta de material para o diagnóstico de hemoglobinopatias em gestantes; a anamnese completa na primeira consulta, investigando dados socioeconômicos,

obstétricos e clínicos da gestante, e anamnese sucinta e direcionada nas consultas subsequentes; o exame físico clínico e obstétrico, com avaliação do estado nutricional, palpação obstétrica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, mobilidade fetal, pesquisa da presença de edema, avaliação das mamas; cálculo da idade gestacional e da data provável de parto.

Quanto às orientações observadas, compreenderam o esclarecimento de dúvidas advindas das gestantes e familiares e de temas como: desenvolvimento gestacional; direitos da gestante; fluxo e rotina de atendimento à gestante; maternidade de referência; cuidados com a higiene; cuidados com a alimentação e ganho de peso; ingesta hídrica; sono e repouso; prática de atividade física; sexualidade na gestação; sinais de alerta na gestação; e incentivo ao aleitamento materno.

Entre as ações de planejamento e gerenciamento observou-se: supervisão da equipe de enfermagem; supervisão e coordenação do trabalho dos agentes comunitários de saúde; previsão de insumos; fechamento de relatórios; e organização das atividades desenvolvidas pela equipe.

Os resultados da análise do material da pesquisa estão apresentados no formato de três artigos originais. Segue, na sequência, o quadro com a organização dos artigos.

Título do artigo	Objetivo	Categoria
A consulta de enfermagem e suas contribuições na atenção pré-natal.	Conhecer as contribuições da consulta de enfermagem na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica.	Contribuições da consulta de enfermagem para a atenção pré-natal.
Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal.	Conhecer os fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro, no âmbito da atenção básica, na atenção pré-natal.	O enfermeiro na atenção pré-natal: fatores que possibilitam suas práticas de cuidado.
Limitações vivenciadas pelo enfermeiro na atenção pré-natal.	Conhecer as limitações enfrentadas pelo enfermeiro na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica.	Limitações da atuação do enfermeiro na atenção pré-natal.

Quadro 1: identificação dos artigos

Fonte: pesquisa

ARTIGO 1

A CONSULTA DE ENFERMAGEM E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

RESUMO

O estudo teve por objetivo conhecer as contribuições da consulta de enfermagem na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica. Caracterizou-se como um estudo com abordagem qualitativa, de campo, descritivo, realizado em um município do sudoeste do Estado do Paraná, Brasil. Participaram do estudo sete enfermeiras, atuantes na atenção pré-natal na rede básica do município. Para coleta de dados, foram utilizadas técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados e interpretados por meio da proposta operativa. O estudo foi conduzido pelas orientações da Resolução 466/2012, aprovado pelo CEP da UFSM, sob CAAE: 39437014.4.0000.5346. Emergiram as seguintes subcategorias: a inserção do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, na atenção pré-natal, que destaca o papel fundamental do profissional no cuidado à gestante; o acesso facilitado na atenção pré-natal, que possibilita a adesão da gestante aos serviços de saúde; e o pré-natal como espaço de educação em saúde. A inserção do enfermeiro na atenção pré-natal por meio da consulta de enfermagem possibilita a implementação de um modelo de atenção, voltado à integralidade da mulher, com a facilidade de acesso aos serviços e a qualificação da atenção.

Descritores: Enfermagem; Saúde da mulher; Cuidado pré-natal; Gestantes.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher no Brasil foi inserida nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, e abordavam apenas as questões relacionadas à gravidez e ao parto (SHIMIZUL; LIMA, 2009). Tinha-se a mulher como sujeito passivo e limitado ao componente biológico de gestar e parir até, aproximadamente, a década de 60, em que os movimentos feministas começaram a dar um tom diferenciado a esse contexto, visibilizando outros aspectos da saúde da mulher. O governo federal propôs, ao longo da história da saúde pública brasileira, diferentes iniciativas, destacando-se, neste estudo, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, com objetivo de assegurar o acesso e a cobertura de qualidade na atenção pré-natal (BRASIL, 2012a).

A evolução das políticas nacionais de atenção à saúde da mulher, aliadas às iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à mulher, representam importante redução na mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2012a). Entretanto, embora sejam significativos esses avanços, os indicadores de mortalidade materna ainda representam um grande desafio para o país (BRASIL, 2010).

No ano de 2011, no intuito de suprir as deficiências dos programas e políticas de saúde vigentes, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha (RC), por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que é uma rede de cuidados fundamentada nos princípios da humanização e da assistência (BRASIL, 2011). Em suas diretrizes há garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, criação do vínculo da gestante com a unidade de referência e transporte seguro, garantia de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de zero a dois anos com resolutividade e a ampliação ao acesso e ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Nessa nova proposta, o MS propõe que o acompanhamento pré-natal seja realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), com a captação precoce da gestante e a qualificação da atenção. E vem complementar o PHPN como uma estratégia para redirecionar, na prática, a rede de cuidados que assegura às mulheres o direito de planejamento de sua vida reprodutiva, a garantia de uma atenção humanizada no ciclo gravídico puerperal, proporcionando às crianças um nascimento seguro e um desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a UBS representa a porta de entrada de referência da gestante no sistema de saúde e a equipe de atenção básica assume a responsabilização pela sua população, iniciando suas ações mesmo antes de a gestante acessar a unidade, proporcionando uma atenção integral e acolhedora, de acordo com as suas necessidades. Para tanto, a atenção pré-natal tem como entendimento, neste estudo, o acompanhamento do desenvolvimento gestacional, assegurando o nascimento saudável, sem complicações à saúde materna. Envolve, ainda, a abordagem dos aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012a).

Nesse âmbito de atenção à saúde da mulher, o enfermeiro desempenha um papel fundamental como membro da equipe e com suas atribuições definidas. O Ministério da Saúde prevê que o acompanhamento integral ao pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde seja realizado pelo enfermeiro. Conforme assegurado pela lei do exercício profissional, regulamentado pelo Decreto nº 94.406/87, a consulta de enfermagem na atenção pré-natal é reconhecida como uma atividade independente, proporcionando melhorias na qualidade de vida e na promoção da saúde da gestante, considerando o contexto no qual ela está inserida, bem como promovendo a sua participação ativa neste processo (BRASIL, 2012a).

Estudos reforçam a contribuição do enfermeiro na atenção pré-natal (SHIMIZUL; LIMA, 2009; NARCHI, 2010), em que a consulta de enfermagem está pautada na promoção da maternidade segura, garantindo aumento da cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal. Porém, para a atenção qualificada, faz-se necessária a articulação de ações de prevenção e

promoção à saúde da gestante. Requer, ainda, que o profissional desempenhe competência técnica, reconhecendo os diferentes contextos de vida e promovendo a escuta qualificada e a ação participativa (SHIMIZUL; LIMA, 2009).

Nessa perspectiva, a qualidade da atenção pré-natal está pautada na relação estabelecida entre o enfermeiro e a gestante, desde o primeiro contato. Além disso, destaca-se que o saber técnico-científico do enfermeiro deve se pautar numa postura e numa atitude de sensibilidade, com escuta das dúvidas e anseios da mulher assistida, possibilitando sua participação e ofertando apoio necessário às suas demandas. Com isso, autores salientam que a qualificação da atenção no pré-natal somente será efetivamente possível, se consideradas as expectativas e as necessidades da gestante (GUERREIRO et al., 2012).

Diante do exposto, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: como a consulta de enfermagem contribui para a atenção pré-natal no âmbito da atenção básica à saúde? Assim, tem-se por objetivo conhecer as contribuições da consulta de enfermagem na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica à saúde.

MÉTODO

Caracterizou-se por um estudo com abordagem qualitativa, de campo e descritivo. Optou-se pelo método qualitativo, pois se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultantes das interpretações que os homens fazem do seu próprio modo de viver, suas construções, seus sentimentos e pensamentos (MINAYO, 2014). O estudo de campo focaliza em um grupo ou uma comunidade, possibilitando ao pesquisador realizar o trabalho, vivenciando diretamente a situação estudada (GIL, 2008). Além do mais, a pesquisa descritiva possui características de registrar, analisar e correlacionar os fatos e fenômenos, sua frequência e sua conexão com os demais (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

O cenário do estudo foi composto por seis UBS, com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), integrantes da rede básica de saúde de um município do sudoeste do Estado do Paraná, Brasil. Em sua organização, três unidades possuem duas equipes implantadas e três somente uma equipe implantada. A escolha dos cenários do estudo ocorreu por intencionalidade, sendo convidadas aquelas unidades com maior número de gestantes em acompanhamento por equipe. Inicialmente, realizou-se contato com a coordenação da atenção básica do município, buscando informações quanto ao número de gestantes em

acompanhamento, em cada unidade de saúde. Na sequência, realizou-se o contato com as possíveis participantes, apresentando-se a elas a proposta de estudo.

Como critérios de inclusão das participantes seguiram-se: enfermeiras(os) que desenvolviam ações na atenção pré-natal no âmbito da atenção básica do município, independentemente do tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde. O número de participantes deste estudo foi baseado em orientações de autores (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008) que apontam o encerramento da pesquisa quando os dados representassem consistência e respondessem ao objetivo do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2015, utilizando as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada. A observação participante consiste em vivenciar pessoalmente o contexto estudado, possibilitando ao pesquisador, através de uma relação direta com os observados, coletar os dados da investigação; e a entrevista semiestruturada é entendida como uma técnica que permite maior flexibilidade, possibilitando ao entrevistado discorrer amplamente sobre o tema (MINAYO, 2014).

A observação participante totalizou 110 horas, sendo que o tempo de permanência em cada unidade oscilou entre um e três meses. Para executar tal técnica utilizou-se um roteiro de campo (Apêndice A) composto por elementos relacionados ao objeto de estudo, facilitando e orientando a observação no cenário pesquisado. Para o registro dos dados foi empregado o diário de campo, em que, primeiramente, procedeu-se ao registro em um bloco de notas, de forma discreta, para não constranger as participantes, e, após, transcritos (FERNANDES; MOREIRA, 2013). No diário de campo foram registradas as impressões pessoais da pesquisadora, comportamentos das participantes, os resultados de conversas informais, entre outros aspectos relevantes (MINAYO, 2014).

Após a finalização da observação realizou-se a entrevista semiestruturada com as enfermeiras observadas, a fim de complementar a coleta de dados. A entrevista foi constituída de questões fechadas, relativas à caracterização do grupo em estudo, e questões abertas, orientadas pelo objetivo deste estudo, possibilitando às participantes discorrer amplamente sobre o tema. Tais entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade das participantes, com horário e data previamente agendadas e realizadas no próprio local de trabalho, em sala reservada. Os dados foram gravados, com a autorização prévia das participantes, buscando, assim, garantir maior fidedignidade das falas (MINAYO, 2014). Posteriormente, os dados foram transcritos e analisados pela pesquisadora.

A análise dos dados foi fundamentada na proposta operativa (MINAYO, 2014), caracterizada por dois momentos operacionais: no primeiro momento, buscou-se a

compreensão do contexto sócio-histórico do grupo investigado, com levantamento da história do grupo e o ambiente no qual estavam inseridos, denominada *fase exploratória*. No segundo momento, descrito como *fase interpretativa*, iniciou-se o encontro com os fatos empíricos possibilitados pelo estudo. Essa fase é descrita pela autora como o ponto de partida e de chegada de qualquer pesquisa.

A fase interpretativa apresenta duas etapas, a ordenação e a classificação dos dados. A primeira inclui a transcrição do material, a releitura do material e a organização dos relatos e fatos observados. Na segunda etapa ocorre a classificação dos dados, com a leitura horizontal e exaustiva dos textos, permitindo conhecer as ideias centrais. Em seguida fez-se a leitura transversal, perscrutando, com um olhar mais seletivo, o material analisado, separando por temas, categorias ou unidades de sentido, colocando as partes semelhantes próximas e buscando as conexões entre elas. Na análise final foram expostas a síntese e a comunicação dos dados, o que resultou no relatório final, apresentado em manuscrito ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

O anonimato das participantes foi assegurado no decorrer do estudo, sendo elas identificados por um sistema alfanumérico, representado pela letra “O” para os dados de observação, seguido de um numeral, enquanto que os dados da entrevista foram representados pela letra “E”, seguida de um numeral.

Todo o estudo foi orientado pela condução ética, estando assegurados os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil Online, conforme parecer nº 909.903, sob nº de CAAE: 39437014.4.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo sete enfermeiras, com idade entre 26 e 33 anos de idade, formadas, na grande maioria, em instituições públicas de ensino, com tempo de atuação na atenção pré-natal entre um e quatro anos. A seguir, apresentam-se os temas da categoria contribuições da consulta de enfermagem para a atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica de saúde: inserção do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, na atenção pré-natal; possibilidade de acesso ao pré-natal e o pré-natal como espaço para educação em saúde.

Inserção do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, na atenção pré-natal

No cenário estudado, o profissional enfermeiro passou a fazer parte efetivamente da atenção pré-natal no ano de 2012, quando a assistência ao pré-natal incidiu como atribuição das equipes de ESF. Até esse momento, o acompanhamento pré-natal era realizado de forma centralizada, em uma única unidade de referência, centrada apenas na figura do profissional médico ginecologista e obstetra.

Essa mudança que ocorreu no município visou atender às diretrizes propostas na Rede Cegonha, a qual prevê a ampliação do acesso, a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência, e a qualificação da atenção pré-natal (BRASIL, 2011). Nessa nova configuração de atenção, o enfermeiro passou a fazer parte da equipe de atenção pré-natal, atuando de forma integral em todas as ações desenvolvidas no cuidado pré-natal.

“No serviço pesquisado, a primeira consulta de pré-natal é realizada exclusivamente pelo enfermeiro, sendo que as consultas subsequentes de retorno são realizadas de forma intercalada, com o médico da equipe. A consulta de enfermagem é composta por diversas etapas: inclui a anamnese, exame físico, preenchimento do cartão de gestante, registro em prontuário eletrônico, alimentação do sistema de informação, testagem rápida para HIV e Sífilis, solicitação de exames preconizados no acompanhamento pré-natal, a prescrição de medicamentos previstos no protocolo e orientações acerca do período gestacional.” (Registro do contexto no diário de campo)

“No momento da primeira consulta de pré-natal, o enfermeiro acolhe a gestante em seu consultório. Inicia a consulta pela anamnese e investiga o histórico obstétrico da gestante. Procede à estratificação do risco gestacional, solicita os exames de rotina no início do pré-natal. Avalia a situação vacinal da gestante e a orienta à atualização do calendário vacinal. O estado nutricional da gestante também é valorizado na consulta inicial, sendo que em situações de risco nutricional a gestante é referenciada para acompanhamento com nutricionista. Agenda retorno para realização da coleta de citopatológico de colo uterino.” (O1)

“No desenvolvimento da consulta, possui um roteiro preestabelecido, visando à completa avaliação da gestante. Como parte da consulta: avalia e calcula a idade gestacional e a data provável de parto, o estado nutricional da gestante e a situação vacinal, encaminha a gestante para atualização da situação vacinal. Ao exame físico, avalia a presença de edema, realiza a palpação obstétrica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e a

mobilidade fetal. Procede aos registros do atendimento no prontuário eletrônico e cartão da gestante. Solicita exames de rotina no terceiro trimestre e agenda retorno, orientando que a próxima consulta será com o profissional médico.” (O2)

“Na primeira consulta existem diversas atividades burocráticas a serem desenvolvidas pelo enfermeiro, que compreendem o preenchimento de vários formulários, como: preenchimento e registro do cartão de gestante, ficha de cadastro do SISPRENATAL, registro em prontuário eletrônico. Todas consideradas atividades essenciais, tanto para comunicação entre os profissionais de saúde da rede de atenção à gestante quanto para registro e alimentação dos sistemas de informação.” (O3)

Os dados representam a complexidade da consulta de enfermagem na atenção pré-natal, a qual requer conhecimento técnico científico para desempenhar sua função, assim como envolvimento e comprometimento por parte do profissional, na busca pela qualificação da atenção no âmbito da atenção básica.

Compreende-se que a consulta de acompanhamento pré-natal é uma das ações mais importantes desenvolvidas na atenção pré-natal. Mediante ela é possível acompanhar o desenvolvimento gestacional, identificando as intercorrências que possam surgir, reduzindo os riscos à saúde materna e infantil e atuando na promoção desse binômio. A consulta de enfermagem na atenção pré-natal representa uma conquista importante para o profissional enfermeiro, como membro da equipe de atenção básica, participando integralmente nessas ações.

Isso corrobora com estudo, que aponta a assistência pré-natal como uma das atividades mais relevantes realizadas pelo enfermeiro, visando à prevenção dos agravos e promovendo a saúde materna no ciclo gravídico puerperal. Reforça, ainda, a importância de as ações na assistência pré-natal apresentarem uma padronização, buscando a organização dos serviços e a qualificação da assistência (STUMM; CARBONELL; RESSEL, 2012).

Nessa perspectiva, o MS destaca a importância do acompanhamento pré-natal ser desenvolvido na UBS e com a participação do enfermeiro na atenção pré-natal. Prevê que a consulta inicial contemple a anamnese e história clínica, exame físico geral e gineco-obstétrico, solicitação dos exames complementares preconizados, entre outras condutas que incluem orientações relacionadas ao período gestacional, assim como a interpretação dos dados encontrados e a prescrição de medicamentos. Nas consultas subsequentes, prevê a realização de anamnese sucinta, exame físico e obstétrico direcionado, avaliação da situação vacinal,

avaliação e interpretação dos resultados dos exames, registro no cartão da gestante, além de destacar atenção aos controles maternos e fetais (BRASIL, 2012a).

Estudando as competências essenciais desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção pré-natal, autores revelam que alguns procedimentos são realizados com uma frequência maior, enquanto outras ações apresentam irregularidades na sua realização (CUNHA et al., 2009; DUARTE; MAMEDE, 2012). Entretanto, o MS em sua publicação técnica do manual de atenção pré-natal estabelece um roteiro tanto para a consulta inicial quanto para as consultas subsequentes (BRASIL, 2012a). Reforçam em seus estudos a importância de investimentos na formação e qualificação profissionais (CUNHA et al., 2009) e a existência de protocolos estabelecidos, orientando as condutas adotadas na atenção pré-natal (DUARTE; MAMEDE, 2012).

Entretanto, estudo desenvolvido por Viellas et al. (2014), analisando a assistência pré-natal a nível nacional, revelou que a maioria das gestantes realizou o acompanhamento pré-natal na UBS e somente uma pequena parcela realizou o acompanhamento em unidade hospitalar. Esses achados revelam que, embora significativo o papel da atenção básica no cuidado à gestante, a maioria das consultas foi realizada pelo médico, revelando a participação ainda discreta do enfermeiro na atenção pré-natal.

Possibilidade de acesso ao pré-natal

O acesso ao pré-natal é uma ferramenta indispensável para uma atenção de qualidade. Priorizar as ações de cuidado à saúde materna e infantil é um caminho para possibilitar melhorias do acesso aos serviços, refletindo nos desfechos perinatais.

Durante as observações no campo de estudo, foi possível conhecer a organização dos serviços no que se refere ao acesso ao pré-natal. Existe uma facilidade do ingresso da gestante no acompanhamento pré-natal, pois a maioria das enfermeiras pesquisadas mantinha em sua agenda de trabalho dois períodos na semana destinados à consulta de pré-natal. As gestantes possuem as consultas agendadas previamente, porém o atendimento ocorre também na forma de demanda espontânea. Entretanto, sempre que a gestante procurar a UBS, é acolhida pela equipe, frequentemente pelo enfermeiro. Essa forma de organização do serviço fortalece o vínculo da gestante com a equipe de saúde.

Entre as participantes do estudo é notável a preocupação com o acesso e a continuidade da gestante na assistência pré-natal, isso é revelado em diferentes momentos do desenvolvimento do estudo.

“Gestante sempre, para mim, é uma preocupação, porque hoje está bem, daqui a vinte minutos pode não mais estar [...]. Eu acho que é o maior cuidado que eu tenho é com a gestante, talvez não tenha essa preocupação tão grande com a criança, com o adulto, como eu tenho com gestante.” (E2)

“Em conversa informal com a participante, ela relata que possui flexibilidade em relação ao atendimento das gestantes, sendo que elas são acolhidas e atendidas sempre que estas procuram o serviço de saúde [...]” (O7)

“[...] elas te procuram em outros momentos pra falar outras questões, que não propriamente ditas obstétricas. Às vezes, alguma coisa pessoal que elas estão passando, elas sentem mais confiança em estar conversando com você.” (E3)

“[...] um método que eu tento utilizar para que elas não se afastem, não abandonem, não fiquem sem o acompanhamento necessário, então eu tento me colocar no lugar dela, para atender melhor a demanda, me interrogo por que se ela não vem, por que ela não está vindo? O que há? O que que está acontecendo? E você vai a fundo para investigar. Então, tento me colocar no lugar da gestante, para que ela seja sempre bem atendida e que pra ela não falte nada.” (E1)

Nesse contexto, compreende-se que o acesso ao pré-natal é fundamental para a qualificação da atenção. Entretanto, faz-se necessário organizar o fluxo dos serviços de atenção à gestante, considerando que o acesso não compreende somente o ingresso da gestante ao pré-natal, mas sim uma assistência fortalecida no cuidado humanizado e resolutivo, atendendo a todas as necessidades das gestantes.

O estudo de Domingues et al. (2013) revela que a ampliação do acesso à assistência pré-natal pode ser proporcionada com a melhoria na organização dos fluxos dos serviços. Reforça, ainda, a importância da diminuição das barreiras de acesso e a facilidade de ingresso das mulheres nas ações de atenção pré-natal, destacando os seus reflexos na saúde materna e infantil.

No entanto, a realidade brasileira, apesar dos avanços na consolidação do SUS, ainda apresenta importantes lacunas relacionadas aos modelos de atenção e de gestão da atenção pré-natal (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014). Em diferentes contextos, observam-se as dificuldades enfrentadas pelas gestantes no acesso à consulta de pré-natal na UBS (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; CORRÊA; BONADIO; TSUNECHIRIO, 2011; DOMINGUES et

al., 2013), refletindo negativamente na construção do vínculo, na continuidade do cuidado e na qualidade da assistência pré-natal.

As dificuldades e entraves no acesso à assistência ao pré-natal apresentam múltiplas facetas, como as barreiras impostas pela forma de organização dos serviços de saúde (VIELLAS et al., 2014), o tempo de espera no agendamento de consultas, as informações insuficientes na divulgação dos serviços, o número insuficiente de profissionais capacitados (CORRÊA; BONADIO; TSUNECHIRIO, 2011) e as distâncias geográficas que dificultam tanto o acesso da gestante aos serviços quanto a chegada dos profissionais de saúde (ARAÚJO et al., 2010).

Neste cenário, vislumbra-se a atuação do enfermeiro, nas práticas de cuidado à gestante, pautadas na atenção integral as necessidades da mulher. Autores apontam (VIEIRA et al., 2011) para a importância de a mulher sentir-se acolhida durante o acompanhamento pré-natal, e que o acesso aos serviços, aliado ao acolhimento e à humanização do cuidado, refletem diretamente na qualidade da assistência prestada, não apenas no período gestacional, mas na vida da mulher como um todo.

O pré-natal como espaço de educação em saúde

No desenvolvimento do estudo, ao observar as consultas de pré-natal, identificou-se ser unânime a viabilização da educação em saúde, por meio de diálogo durante o pré-natal e trocas de experiências com as gestantes acerca de suas vivências e dúvidas. Embora algumas participantes possuam em sua rotina de cuidado à gestante, instituídos os grupos de educação em saúde, foi durante as consultas de enfermagem que essas ações estavam mais frequentes. As orientações contemplavam desde o fluxo de atendimento e acompanhamento pré-natal, sinais de alerta na gestação, alimentação e controle de peso na gestação, prática de atividades físicas, sono e repouso na gestação, sexualidade na gestação, aleitamento materno, entre outras, conforme as observações a seguir.

“As orientações à gestante versam sobre a alimentação e o ganho de peso, considerando a realidade da gestante. Em suas orientações sobre alimentação, solicita à gestante que relate sobre seus hábitos alimentares, para depois proceder suas intervenções. Acerca do sono e do repouso durante a gestação, dos sinais de alerta como sangramento vaginal, perda de líquido, disúria, febre, diminuição dos movimentos fetais e o retorno para a unidade, é falado sempre que necessário.” (O2, O3)

“Em suas ações na educação em saúde, mantém um diálogo aberto com a gestante, contemplando-a em diferentes aspectos da gestação. Durante esse momento, ocorre uma interação com a mulher, em que ela manifesta suas dúvidas sobre diferentes aspectos, sendo temas como: o uso do filtro solar na prevenção ao aparecimento dos cloasmas, a prática de atividade física e seus benefícios no controle do peso corporal, na circulação sanguínea e no trabalho de parturição. A gestante manifesta dúvidas sobre a prática da relação sexual durante a gestação, é quando a participante, além de lhe orientar sobre o tema, incentiva a prevenção das DSTs, com o uso do preservativo. O diálogo caminha também em direção à promoção do aleitamento materno, discutindo sobre os cuidados com as mamas e o uso de sutiã adequado, que promova o conforto. A abordagem contempla também temas como a hidratação da pele para evitar as estrias e o uso de medicamentos durante a gestação.” (O4)

Levando em consideração que muitas das orientações são desenvolvidas na forma de troca de conhecimento, não se identificou postura autoritária e impositiva por parte das participantes. Durante as ações de educação em saúde, as enfermeiras observadas mantinham o envolvimento com a gestante, promoviam a sua interação e participação no processo, proporcionando a elas manifestarem seus anseios e a suas percepções em relação ao exposto, bem como individualizavam as orientações e contextualizavam de acordo com cada gestante. Isso está salientado igualmente nas observações a seguir:

“Permite um ambiente que deixa a gestante à vontade e confortável durante a consulta. Mostra-se sensível frente a situações como a descoberta da sífilis na gestação. Abre espaço para esclarecimento das suas dúvidas, o que permite às gestantes revelarem suas angústias e questionamentos.” (O4)

“Possibilita a participação da gestante, com espaço para esclarecer suas dúvidas. As orientações são realizadas ao término da consulta e são bem fundamentadas, contemplam o fluxo da rede de atenção, a estratificação do risco gestacional, sobre a vacinação na gestação e sinais de alerta na gestação.” (O6)

Oportunizar a educação em saúde durante a consulta é proporcionar o cuidado voltado às reais necessidades da mulher e de acordo com o período gestacional vivido, possibilitando trocas de conhecimento com ela. Quando o enfermeiro propõe ações de educação em saúde individualizada, o faz para contemplar o cuidado de forma singular, levando em consideração

os diferentes contextos em que a vivência da gestação pode ocorrer, de acordo com a situação das observações O2 e O3.

As ações de educação em saúde, desenvolvidas pelas participantes do estudo, caminham de encontro ao Modelo Dialógico de Educação em Saúde, no qual ocorre a participação ativa de educadores e educandos, pautada no diálogo entre ambos. Entre suas vantagens, autores (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010) destacam a construção coletiva do conhecimento, conduzindo os indivíduos ao desenvolvimento de uma visão crítica e reflexiva acerca da sua realidade, assumindo a corresponsabilidade do cuidado e desenvolvendo sua autonomia para a tomada de decisão.

Para o MS Brasil (2012a), o intercâmbio de informações sobre as diferentes vivências deve ser promovido entre as gestantes e os profissionais de saúde. Momentos de troca de experiências e conhecimentos são considerados umas das melhores formas de promover a compreensão do processo gestacional. Para isso, destaca a importância da criação desses espaços de educação em saúde, possibilitando às gestantes ouvir e falar sobre suas vivências, consolidando informações acerca da gestação, da saúde materna e infantil e da família como um todo.

Embora o MS proponha que tais momentos possam ocorrer em grupos específicos, em salas de espera, em comunidade e entre outros momentos (BRASIL, 2012a), diversos autores apontam o momento da consulta de enfermagem como um importante espaço para a educação em saúde (ALVES, 2014; TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010). Nessa direção, o estudo de Anversa et al. (2012) destaca o pré-natal como sendo um momento único de oportunidade para as ações educativas, ressaltando que essa forma de trabalho promove a integração entre os profissionais e gestantes, proporciona o acolhimento, a escuta, o vínculo, a troca de experiências e a construção de saberes.

Durante a consulta de enfermagem é possível construir espaços para orientar a mulher a partir de suas demandas, possibilitando, com isso, um acompanhamento adequado e um monitoramento do seu bem-estar. Ao mesmo tempo, identificam-se suas dúvidas e problemas que, mais precocemente, possam surgir. Logo, proporcionar momentos para as gestantes poderem sanar suas dúvidas, muitas vezes não manifestadas por falta de oportunidade, durante a consulta é um espaço de educação em saúde. No entanto, destaca-se que cabe ao enfermeiro adotar uma postura de educador que compartilha o saber, promovendo a autoconfiança da mulher e estimulando o seu autocuidado (ALVES, 2014).

Nessa conjuntura, a educação em saúde não deve ser compreendida somente como a aquisição de conhecimento sobre o período gestacional, mas como uma preparação física e

mental que abarque todo o processo vivido pela mulher. Deve ser entendido como uma oportunidade única de aprendizado, tanto para o profissional quanto para a mulher, no ato de cuidar (ALVES, 2014).

No que tange ao cuidado de enfermagem no pré-natal, deve contemplar, além de atividades técnicas, que são centradas no fenômeno biológico da gestação, o conhecimento do contexto sociocultural em que a gestante está inserida, para com isso proporcionar uma atenção integral. O momento do pré-natal é um período significativo da vida da mulher; para isso, o profissional deve buscar compreender a gestante, seu contexto, sua história e, além de tudo, reconhecer que elas possuem seus anseios e que precisam de alguém para ouvi-las e orientá-las em suas reais necessidades (ALVES et al., 2015).

O cuidado à gestante requer que o enfermeiro apresente cada vez mais a capacidade de acolher as necessidades das gestantes, por meio de diálogo na promoção à saúde, permitindo que a mulher revele suas dúvidas, explicita sua forma de vivenciar cada situação nova neste período, estimule a sua autonomia, efetivando, assim, a qualificação da atenção e repercutindo em uma gestação saudável (SOUZA; ROECHER; MARCON, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo apontam as contribuições da consulta de enfermagem na atenção pré-natal. Entre os achados deste estudo destaca-se a inserção do enfermeiro na atenção pré-natal, sendo de grande relevância, haja vista que o próprio Ministério da Saúde já prevê que o acompanhamento pré-natal de risco habitual possa ser realizado de forma integral pelo profissional.

Compreende-se que a consulta de enfermagem no cuidado à gestante é uma das atividades mais significativas realizadas pelo enfermeiro, em suas atribuições no âmbito da atenção básica. Por meio de sua participação ativa e de forma integral na atenção pré-natal, entendida no desenvolvimento deste estudo como uma das possibilidades de qualificação da atenção, alicerçada no cuidado que contemple a mulher em todos os seus aspectos, e não somente ao processo fisiológico da gestação.

Ao inserir o profissional enfermeiro no cuidado à gestante, o serviço assume uma postura voltada para um modelo de atenção, valorizando a mulher em sua integralidade, facilitando seu acesso aos serviços de saúde e possibilitando uma atenção qualificada. Para que isso ocorra, faz-se necessário que o profissional desempenhe suas atribuições pautado em conhecimentos técnico-científicos, na sensibilidade de singularizar tal atenção, e que esteja

comprometido e envolvido em suas atribuições, tendo em vista a complexidade que envolve a atenção pré-natal.

Ao assegurar o acesso da gestante aos serviços de saúde, reduzindo as barreiras assistenciais e oportunizando uma atenção qualificada, são ações que repercutem diretamente na saúde materna e infantil. Ao ser acolhida e assistida na sua integralidade, a gestante fortalece seu vínculo com a equipe de saúde, possibilitando a continuidade do cuidado e a assistência pré-natal adequada e de qualidade.

Além do mais, as características do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, com um olhar integral à mulher, permitem espaços para ações como a educação em saúde. Essas ações, quando desenvolvidas no acompanhamento pré-natal, buscam promover a saúde materna e infantil, possibilitando à mulher e à sua família a vivência de uma gestação saudável e segura.

Levando-se em consideração, que o cenário brasileiro de atuação do enfermeiro na atenção pré-natal no âmbito da atenção básica à saúde, ainda encontra-se distante com o proposto pelo Ministério da Saúde, almeja-se, que os achados deste estudo possam contribuir para a consolidação do profissional neste contexto de atuação.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. C. Humanização da assistência de enfermagem no pré-natal. **Rev. Enf. Profissional**, v.1, n.2, p.471-488, jul/dez. 2014. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3362/pdf_1404. Acesso em: 24 out. 2015

ALVES, C. N.; et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.2, p.265-271, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>. Acesso em: 12 out. 2015.

ANVERSA, E. T. R.; et al. Qualidade do processo da pré-natal: unidades básicas de saúde e unes de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n4, p.789-800, abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ARAÚJO, S. M.; et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas FAVIP - Rev Eletr de Ciências**, v.3, n.2, p.61-67, jul/dez. 2010.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento: Brasília, DF: Ipea, 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05 jun 2014.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**– manual técnico. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 05 jun 2014. Ministério da Saúde: 2012b.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Pratices Hall, 2007.

CORRÊA, C. R. H.; BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev esc enferm. USP**, v.45, n.6, p.1293-1300, dez.2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600003>. Acesso em: 18 out. 2015.

CUNHA, M. A.; et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 145-153, mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>. Acesso em: 22 out. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.16, n.4, p.953-965, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015>. Acesso em: 17 out. 2015.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M.V. Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.2, p.75-80, 2012. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/259>. Acesso em: 12 out. 2015.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 511-529, jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>. Acesso em: 04 Nov. 2014.

FIGUEIREDO, M. F. S; RODRIGUES-NETO, J. F; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. bras. enferm**, v.63, n.1, p.117-21, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p.17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 26 out. 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERREIRO, E. M.; et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev Min Enferm**, v.16, n.3, p.315-323, jul./set., 2012. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>. Acesso em: 11 set. 2015.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.266-273, jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200004>. Acesso em: 08 out. 2015.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-92 jun. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>. Acesso em: 22 out. 2014.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**, v.38, n.103, p.805-816, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000400805&script=sci_arttext. Acesso em: 04 nov. 2015.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev Eletr Enf**, v.13, n.2, p.199-210, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>. Acesso em: 31 out. 2015.

STUMM, K. E.; SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.1, p.165-173, jan/Abr. 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3060>. Acesso em: 12 set. 2015.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **E-Scientia**, Belo Horizonte MG v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010. Disponível em: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166>. Acesso em 21 out 2014.

VIEIRA, S. M.; et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.20, n.esp, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>. Acesso em: 24 out. 2015.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p.85-100, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 24 out. 2014.

ARTIGO 2

FATORES QUE POSSIBILITAM A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

RESUMO

O estudo teve por objetivo conhecer os fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro, no âmbito da atenção básica, na atenção pré-natal. Realizou-se um estudo qualitativo, de campo, descritivo, em um município do sudoeste do Estado do Paraná, Brasil. Participaram deste, sete enfermeiras, atuantes na atenção pré-natal na rede básica do município. Para coleta de dados, utilizou-se das técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados e interpretados por meio da proposta operativa. O estudo foi conduzido pelos aspectos éticos, conforme Resolução 466/2012, aprovado pelo CEP da UFSM, sob CAAE: 39437014.4.0000.5346. Evidenciaram-se fatores impulsionadores da atuação do enfermeiro, tais como: o uso de protocolos na atenção pré-natal, como orientação da prática profissional, e o acolhimento como estratégia para estabelecer o vínculo com a gestante, favorecendo a adesão ao acompanhamento pré-natal. O fortalecimento da assistência do enfermeiro na atenção pré-natal torna-se possível quando orientada pela segurança e resolutividade, proporcionando a construção do vínculo na relação com a gestante e favorecendo a adesão ao pré-natal.

Descritores: Enfermagem; Saúde da mulher; Cuidado pré-natal; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A vivência da gestação é um fenômeno único, sendo uma das mais significativas experiências humanas (PIESZAK et al., 2013). Representa um acontecimento complexo e singular, que envolve um período de variadas adaptações que abrangem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais da mulher, necessitando, para tanto, de um cuidado especial por meio da atenção pré-natal (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Nessa perspectiva, a atenção pré-natal compreende o conjunto de ações que são desenvolvidas no acompanhamento durante o período gestacional, visando ao desenvolvimento da gestação, do parto e do nascimento de formas saudáveis. Essas ações têm por objetivo reduzir os impactos para a saúde da mulher, contemplando os aspectos psicossociais e as ações educativas e preventivas (BRASIL, 2012a).

Várias iniciativas governamentais foram deliberadas no Brasil, voltadas à assistência ao período gestacional. Tomando como marco inicial, uma proposta que contemplou a saúde da mulher para além do evento da gestação e do parto, no ano de 1984, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como uma proposta que envolvia ações educativas, preventivas, voltadas ao diagnóstico, ao tratamento e à

recuperação da mulher, em um contexto de integralidade do ser (BRASIL, 2004). No ano 2000, buscando qualificar a assistência à mulher e ao recém-nascido, o MS implantou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, melhorar a cobertura e a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e potencializar as ações já instituídas na área de atenção à gestante. Essa proposta subsidiou as premissas de humanização, tendo duas características marcantes: a perspectiva de integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, na perspectiva de cidadania incorporada como diretriz institucional (BRASIL, 2002). E, mais recentemente, visando ampliar o acesso e ampliação da cobertura pré-natal, instituiu a Rede Cegonha, no intuito de qualificar a atenção na assistência ao parto e ao puerpério nos primeiros dois anos de vida da criança (BRASIL, 2011).

Diante desse cenário, o MS prevê que o acompanhamento pré-natal de risco habitual seja realizado na unidade básica de saúde pela equipe de atenção básica. Nesse novo modelo de atenção, a gestante deve ser vinculada à equipe da sua área de abrangência, sendo as ações na atenção pré-natal atribuições de todos os membros da equipe, entre eles o profissional enfermeiro (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto de atuação, com a implantação do Programa Saúde da Família, atualmente reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o profissional enfermeiro como membro da equipe de saúde conquistou amplo espaço de atuação na assistência ao pré-natal. Suas ações nesse âmbito de atenção envolvem o trabalho desenvolvido na unidade de saúde e na comunidade, contando com o trabalho multidisciplinar em parceria com todos os membros da equipe (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013).

Logo, o superdimensionamento da atuação do enfermeiro na atenção pré-natal na atenção básica lhe proporcionou maior destaque e reconhecimento, resultando, outrossim, em maior responsabilidade, condicionando uma aproximação contínua com suas atribuições, visando constantemente à qualidade de vida à mulher e ao recém-nascido (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013). Nesse espaço, destaca-se que a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal dele requer um preparo clínico e científico, buscando a resolutividade de forma ampliada na assistência à gestante, à sua família e à comunidade, compreendendo a situação socioeconômica e cultural às quais ela pertence, possibilitando, com isso, o manejo adequado das diversas situações, identificadas durante o acompanhamento (SANTOS; RESSEL, 2013).

Em sua atuação, deve buscar constantemente inserir o acolhimento em suas práticas de cuidado, que, além de promover a autonomia da mulher, assegura a resolução das queixas

apresentadas pela gestante durante a assistência (AGUIAR et al., 2013). O estudo de Barbosa, Gomes e Dias (2011) evidencia que a qualidade da atenção está embasada na escuta ativa e desempenho satisfatório do profissional, proporcionando o estabelecimento do vínculo entre a gestante e o serviço.

Para tanto, cabe ao profissional enfermeiro, em suas práticas de cuidado à gestante, atuar como um instrumento na promoção da autonomia da mulher, propiciando a ela desenvolver a capacidade de enfrentar as situações e realizar suas escolhas. No contexto aqui discutido, a autonomia compreende a capacidade e as condições concretas que permitem às mulheres tomar livremente as decisões que afetam suas vidas e o poder de agir segundo tais decisões, como uma condição para a saúde (GUEDES; FONSECA, 2011).

No período gestacional é comum à mulher experimentar sentimentos como ansiedade, questionamentos e dúvidas em relação às modificações da gestação, do desenvolvimento da criança, insegurança em relação ao parto e amamentação, entre outros. Orientações e compartilhamento de conhecimentos desenvolvidos nesse período podem proporcionar a ela uma experiência positiva em relação à vivência da gestação e do parto, reduzindo as complicações no puerpério e aumentando o sucesso da amamentação (GUERREIRO et al., 2012).

Diante dessas questões, o estudo foi conduzido pela seguinte questão de pesquisa: Quais fatores possibilitam a atuação do enfermeiro, no âmbito da atenção básica, na atenção pré-natal? Objetiva-se, destarte, conhecer os fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro, no âmbito da atenção básica, na atenção pré-natal.

MÉTODO

Na escolha do método optou-se pelo estudo qualitativo, de campo, do tipo descritivo. As pesquisas qualitativas possibilitam conhecer a história das relações, das representações e das percepções que os homens fazem do seu próprio modo de vida (MINAYO, 2014). Quando desenvolvido o estudo de campo, o pesquisador realiza seu trabalho inserido no próprio contexto estudado (GIL, 2008). A característica descritiva do estudo possibilita o registro, a análise e a conexão entre os fatos estudados (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

O estudo foi desenvolvido em unidades básicas de saúde (UBS) de um município localizado na região sudoeste do Estado do Paraná, Brasil. Participaram do estudo enfermeiras que atuam na atenção pré-natal, na rede básica do município. A escolha das participantes foi

por intencionalidade, sendo convidadas a participar profissionais que possuíam maior número de gestantes em acompanhamento, em sua área de abrangência. A definição do número de participantes foi conduzida pelas considerações de autores (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008) que orientam a finalizar a coleta no momento em que os dados respondam aos objetivos propostos pelo estudo.

Os dados foram coletados durante o período de março a agosto de 2015, empregando as técnicas de observação participante e a entrevista semiestruturada. A observação participante caracteriza-se pela técnica em que o pesquisador vivencia diretamente o fenômeno estudado (GIL, 2008), enquanto que a entrevista semiestruturada possibilita ao pesquisador maior flexibilidade em discorrer sobre o tema estudado (MINAYO, 2014).

Durante a observação utilizou-se de um roteiro, facilitando a observação no campo de estudo. A pesquisadora permaneceu entre um e três meses em cada unidade, sendo a coleta desenvolvida simultaneamente em mais de uma unidade, em dias e horários alternados. O período de observação participante totalizou 110 horas. Para registro dos dados, utilizou-se de um diário de campo, no qual a pesquisadora apontou, além das observações diárias, aspectos como suas impressões pessoais, comportamentos das participantes e os resultados de conversas informais (MINAYO, 2014).

A entrevista semiestruturada foi desenvolvida com as participantes observadas ao término da coleta, com o intuito de complementar os dados anteriormente observados. Em seu desenvolvimento utilizou-se um roteiro, composto por questões fechadas, referentes à caracterização das participantes, e questões abertas relacionadas ao objetivo do estudo. Foram realizadas de acordo com a disponibilidade das participantes, previamente agendadas, sendo no próprio ambiente de trabalho, em uma sala sem interferências externas. Com a autorização prévia das participantes, os relatos foram gravados, assegurando maior fidedignidade aos dados (MINAYO, 2014). Na sequência, os dados foram transcritos e analisados pela pesquisadora.

A análise dos dados foi orientada pela proposta operativa (MINAYO, 2014), constituída por dois momentos operacionais: na **fase exploratória**, buscou-se o entendimento do grupo pesquisado, sua história e o contexto em que estavam inseridos. Na **fase interpretativa**, desencadeou-se a aproximação com os fatos empíricos identificados pelo estudo.

O segundo momento, descrito como interpretativo, divide-se em duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados. Na **ordenação** ocorreu a transcrição dos dados, a releitura e a organização do material. Na **classificação** realizou-se o agrupamento dos dados, desenvolvendo a leitura horizontal e exaustiva dos registros, identificando os núcleos centrais; na sequência, a leitura transversal permitiu uma análise mais crítica do material, organizando-

o por temas, buscando aproximar os similares e propondo suas relações; e, finalizando, a análise dos dados associada ao referencial teórico, buscando responder ao objetivo do estudo; e o relatório final, em forma de manuscrito para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

O estudo todo foi pautado pela ética, respeitando os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). As participantes foram mantidas em anonimato, sendo elas identificadas por um sistema alfanumérico, representada pela letra “O” para os dados de observação, seguido de um numeral, e pela letra “E”, seguida de um numeral, para os dados da entrevista. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil Online, conforme parecer nº 909.903, sob nº de CAAE: 39437014.4.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na sequência, apresentam-se os dados discutidos que resultaram na categoria o enfermeiro na atenção pré-natal: fatores que possibilitam suas práticas de cuidado. Os fatores que emergiram como impulsionadores da prática profissional evidenciaram os temas: o uso de protocolos na atenção pré-natal; e o acolhimento como estratégia para estabelecer vínculo e adesão.

Uso de protocolos na atenção pré-natal

As participantes desse estudo orientam sua prática profissional em protocolos de enfermagem instituídos e reconhecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, repercutindo em seu processo de trabalho e refletindo no cuidado desenvolvido na atenção pré-natal. Os referidos protocolos foram construídos pelos próprios enfermeiros do serviço, sendo revisados e atualizados periodicamente, além de estarem embasados nos pressupostos do Ministério da Saúde e em suas publicações relacionadas à atenção pré-natal.

A realidade local segue uma tendência das últimas décadas, de acordo com os achados (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011) que revelam a construção de protocolos como uma forma de organização e regulamentação da atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde dos municípios brasileiros, incluindo a atenção pré-natal. Reforça, ainda, que a

construção desses protocolos deve ser embasada em referências teóricas, visando às necessidades dos serviços e da população.

Durante as observações no cenário de estudo, constatou-se não existirem barreiras quanto ao uso do protocolo e ao desempenho das atribuições do enfermeiro na atenção pré-natal. As ações como a consulta de pré-natal, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos são tidas como práticas frequentes na rotina das participantes:

“Entre as prescrições de enfermagem está a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso.” (O1)

“Na prescrição, orienta a suplementação de sulfato ferroso e procede à solicitação de exames de rotina, ainda não realizados pela gestante.” (O6)

“Durante a realização da consulta, realiza a solicitação de exames previstos no protocolo de rotina de pré-natal.” (O2)

“Na consulta inicial de pré-natal, entre as diversas atividades realizadas, está a solicitação dos exames preconizados na rotina de pré-natal, a qual acontece sem nenhuma dificuldade.” (O5)

A referência para outros serviços, prevista e instituída na rotina do serviço, também é identificada no desenvolvimento do estudo, o que otimiza o atendimento da gestante e caracteriza a resolutividade do trabalho do enfermeiro:

“Ao avaliar e identificar situações de possíveis riscos ao bem-estar materno e fetal, procede ao encaminhamento da gestante para avaliação na maternidade de referência.” (O3)

“Na oportunidade, durante observação de campo, ao atender uma gestante com 39 semanas de gestação, revisa seu histórico, avalia a frequência das contrações e sua intensidade, assim como o período de início. Na sequência, executa exame físico, realizando a palpação obstétrica, medida da altura uterina, ausculta os batimentos cardíacos fetais e a dinâmica uterina. Ao constatar o trabalho de parto, procede ao encaminhamento da gestante para unidade hospitalar de referência.” (O4)

No que se refere à atuação do enfermeiro, identificou-se a percepção das participantes em relação à atuação promovida na assistência à gestante. Os relatos das participantes reforçam os aspectos observados pela pesquisadora, destacando o fortalecimento da atuação do profissional no cuidado à gestante, sua autonomia e resolutividade na atenção pré-natal:

“Assim, na minha realidade, eu vejo que elas aceitam bem. Nunca tive resistência de nenhuma gestante, de questão de estar fazendo o pré-natal compartilhado com o enfermeiro, algumas até acabam falando para você coisas que elas não falam para o médico. Não sei se é por questões do profissional, enfim, mas não tive resistência, desde que comecei a atender.” (E3)

“Na verdade, assim, eu acho até que foi melhor a evolução disso, do que eu esperava. Quando a gente começou, nem médico da atenção básica atendia pré-natal e agora até o enfermeiro trabalha e assume o pré-natal. Então eu acho que hoje em dia é bem bom assim, não tem essa resistência ou essa dificuldade.” (E4)

“E o cuidado do enfermeiro é um olhar bem amplo. A gente cuida tudo na carteirinha (de gestante), olha tudo, a questão de vacinas, coisas que às vezes os outros colegas de outras áreas não cuidam, né? Então eu acho que o papel da enfermeira é fundamental no pré-natal, acho que tem mais continuidade e assistência, bem melhor, mais contínua.” (E6)

Observa-se que o uso dos protocolos pelas participantes proporciona maior segurança a elas em suas condutas. Isso também possibilita maior resolutividade no trabalho do enfermeiro, o que, conseqüentemente, favorece uma relação de segurança e confiança entre o profissional e a usuária, repercutindo no cuidado prestado.

Os protocolos, são compreendidos como instrumentos essenciais na organização e regulamentação da atuação do enfermeiro nas práticas de cuidado. Entretanto, é compreensível que, para o fortalecimento do profissional na atenção pré-natal e o seu reconhecimento, deve-se ter estabelecida uma prática voltada ao cuidado integral à mulher, contemplando os aspectos técnicos e científicos da atenção, e também os aspectos socioculturais que envolvem o processo gestacional.

Essas condutas estão de acordo com a proposta da Rede Cegonha, instituída na reorientação da atenção à saúde materna e infantil, que traz em seus objetivos a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade, com a avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade,

proporcionando a ampliação do acesso e a qualidade da atenção pré-natal (BRASIL, 2011). Nessa direção, o MS também elenca entre as atribuições do enfermeiro a estratificação e identificação dos sinais de risco, encaminhando a gestante para avaliação médica, sendo que, em casos que ocorra a dificuldade ou a demora nessa avaliação, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência (BRASIL, 2012a).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) representa uma forma de reconstrução da Atenção Básica à Saúde no Brasil, como uma proposta de reorganização do modelo de atenção. Propõe a implementação de estratégias, visando à reorientação da prática profissional (BRASIL, 2012c). Nesse âmbito de atuação, as ações desenvolvidas pelo enfermeiro, como a consulta de enfermagem, a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames, caminham ao encontro desse novo modelo, representando aspectos relevantes na mudança do conceito de atenção à saúde, vigente há muitos anos (BORGES, 2010).

O enfermeiro, ao desenvolver sua autonomia no processo de trabalho, avança na preservação das conquistas legais relacionadas à profissão, refletindo na tomada de decisão e em suas condutas no cuidado de enfermagem (SANTOS; MONTEZELE; PERES, 2012). Desempenhar suas atribuições pautadas no uso de protocolos é fundamental, pois proporciona ao profissional qualificar as suas ações com adequado atendimento às necessidades de saúde da gestante (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

A prescrição de medicamentos durante a consulta de enfermagem está respaldada e regulamentada pela lei do exercício profissional (BRASIL, 1986) e assegurada pelo MS (BRASIL, 2012a) como uma atribuição do enfermeiro na atenção pré-natal. Reconhecidamente em outro estudo (DUARTE; MAMEDE, 2012), a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso é tida como a mais frequente na prática do enfermeiro durante a consulta de pré-natal.

A solicitação de exames na rotina de pré-natal entre as participantes segue um padrão previsto no protocolo local, em que todas realizam a solicitação de acordo com o estabelecido. Isso reforça a importância de ter instituído os protocolos, realidade diferente foi encontrada por autores como Duarte e Mamede (2013), em que a requisição de exames na atenção pré-natal não seguia uma padronização entre os profissionais, os quais se orientavam ou pelos manuais do Ministério da Saúde ou por suas experiências profissionais, adquiridas na formação. Em outro estudo (GUERREIRO et al., 2012), essa realidade revela-se como limitação da atuação do enfermeiro, havendo a impossibilidade da solicitação de exames previstos na atenção pré-natal, comprometendo a qualidade do acompanhamento gestacional e a agilidade no atendimento pré-natal.

A utilização dos protocolos na assistência pré-natal é de suma importância no desempenho das atribuições do enfermeiro, o seu emprego é destacado também em estudo de Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011), como possibilidade de organização da assistência e estabelecimento de condutas e procedimentos que aprimoram o processo de trabalho em saúde, favorecendo a gestão, os profissionais e as usuárias. Ressalta, outrossim, a sua essencialidade no apoio e orientação da prática da atenção qualificada.

Dessa forma, o período do acompanhamento pré-natal é oportuno para o cuidado de enfermagem, pois esse momento possibilita que sejam estabelecidas relações entre os sujeitos envolvidos, profissional e gestante, e que, quando pautadas na confiança e no vínculo, conduzem à promoção da autonomia da mulher. Isso somente se torna possível uma vez que a relação estabelecida esteja embasada no compartilhamento e na reciprocidade (ALVES et al., 2015).

O acolhimento como estratégia para estabelecer vínculo e adesão

Na atenção pré-natal, compreende-se que o acolhimento seja fundamental na construção do vínculo entre a gestante e o enfermeiro, possibilitando, assim, a efetividade das ações. Iniciativas observadas durante as consultas demonstram a importância do acolhimento no estabelecimento do vínculo e na adesão da gestante ao acompanhamento pré-natal.

“Ao iniciar as atividades, a participante vai até a sala de espera e convida a gestante para entrar. [...] mantém sempre um tom de voz suave e olhando nos olhos da gestante ao abordá-la.” (O4)

“Recebe a gestante com postura acolhedora, chamando-a pelo nome. Recorda do pré-natal anterior, de quem também realizou o acompanhamento.” (O5)

“Ao realizar a consulta de pré-natal, possui empatia para com a gestante, valorizando seus saberes e suas queixas.” (O7)

Ao desenvolver o acompanhamento pré-natal, possibilitando a escuta ativa, com abertura para esclarecer as dúvidas e anseios das gestantes, promove ações que conduzem ao cuidado integral e acolhedor. Ao adotar essa postura, o profissional coloca-se à disposição para

ouvir a gestante, além das suas queixas obstétricas, valorizando o contexto em que está inserida. Durante a observação do campo, essa postura foi evidente nas ações no pré-natal, como demonstram os registros e relatos a seguir:

“Observo a disponibilidade da participante em ouvir as queixas da gestante, tanto relacionadas ao período gestacional como sua preocupação com seu filho menor.” (O2)

“[...] elas já te procuram em outros momentos, para falar outras questões, que não propriamente ditas obstétricas. Às vezes, alguma coisa pessoal que elas estão passando, elas sentem mais confiança em estar conversando com você.” (E3)

“[...] elas te procuram: eu queria falar com você, queria tirar uma dúvida, ou está acontecendo isso e quero falar com você. Então isso é gratificante, então, assim, se elas te procuram é porque elas confiam em você.” (E4)

A construção do vínculo entre profissional e gestante apresenta reflexos para além da adesão e qualificação da atenção pré-natal. Nos relatos das participantes fica evidente a construção de laços de confiança entre ambas, o que reflete, outrossim, na satisfação das enfermeiras em relação às suas ações na atenção pré-natal. A formação do vínculo é descrita como elemento que impulsiona a continuidade do seu trabalho no cuidado à gestante.

“Eu gosto de atender gestante, aprendi assim que é importantíssimo, que é uma coisa legal, depois você vê o bebê nascer, antes você acompanha ele na barriga, desde o início do pré-natal, depois você vê o bebê que nasce, que nasceu super bem, ver crescendo... acho que isso é o que mais me motiva a continuar, sabe?” (E2)

“Acho que o vínculo é o principal, assim. E acredito que depois que você cria esse vínculo, até depois no primeiro ano da criança é uma mãe que você vai ter sempre vinculada a unidade, que continua depois do nascimento.” (E3)

“Para mim, isto é gratificante, você ver a pessoa bem, e ela te agradecer também e você acaba criando um vínculo também. Porque você vai dar atenção à mulher naquela fase

muito especial da vida dela, então ela até acaba criando um vínculo mais com você. Essa parte me motiva bastante.” (E5)

“Nasce o bebê e já mandam mensagens para contar que nasceu. Assim, elas têm um vínculo muito grande conosco, enfermeiras. E aí nasce o bebezinho, vem só para mostrar como é o bebezinho, então, assim, isso dá um retorno, me sinto bem gratificada por isso. Agradecem, elas reconhecem nosso trabalho, que nem todo mundo reconhece, elas reconhecem.” (E6)

As características do trabalho na UBS, voltado prioritariamente ao ambiente comunitário, favorece o estreitamento dos laços entre os profissionais e as gestantes. Essa relação possibilita a construção de vínculos, especialmente quando pautadas na confiança e na escuta qualificada, resultando no respeito e na valorização das usuárias e na sua participação ativa na assistência pré-natal (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

O enfermeiro na atenção pré-natal possui respaldo técnico e científico para o cuidado com a gestante, com uma abordagem holística, estabelecendo vínculos ao contemplá-la não apenas no processo natural da gestação, mas como mulher que possui os seus desejos, medos e dúvidas. Essa habilidade no estabelecimento de vínculo confere à consulta de enfermagem a característica diferenciada, centrada no diálogo e não apenas em procedimentos técnicos (ARAÚJO et al., 2010).

Sendo a consulta uma das atividades mais importantes na atenção pré-natal, nesta perspectiva, é reconhecida como um importante espaço para o acolhimento, ao possibilitar o diálogo e a manifestação de dúvidas, sentimentos e experiências, construindo uma aproximação entre o enfermeiro e a gestante e fortalecendo o vínculo entre ambos (SHIMIZU; LIMA, 2009). E neste contexto, o acolhimento se torna responsável pela relação de confiança estabelecida entre o enfermeiro e a usuária, resultando na assistência integral e participativa da gestante (GONÇALVES et al., 2013).

Valorizar as ações que favorecem o acolhimento possibilita reorganizar a forma de trabalho, orientado a proporcionar conforto e segurança à gestante. Uma das mais importantes contribuições do acolhimento é o vínculo entre os profissionais e a gestante, resultando em uma atenção pré-natal segura e resolutiva (GONÇALVES et al., 2013).

O acolhimento presente desde o início da atenção pré-natal permite que o enfermeiro oriente e esclareça à gestante em sua individualidade, considerando o seu contexto e possibilitando sua adesão e vinculação ao serviço de saúde. Entretanto, o acolhimento vai além

de receber a gestante na unidade de saúde, pois envolve a escuta qualificada e a atenção resolutiva, promovendo a autonomia da mulher na vivência da gestação (AGUIAR et al., 2013).

É característico da enfermagem, em suas práticas de cuidado, atuar de acordo com os propósitos do acolhimento; além do mais, em sua formação, o enfermeiro é preparado para desenvolver o cuidado de forma integral, contemplando os aspectos fisiológicos e patológicos. Por meio dessa formação e conhecimento adquirido, possui condições de assistir de forma integral à gestante, assegurando autonomia, confiança e vínculo com ela e seus familiares. Frente a isso, é construída uma relação de confiança entre ambos, proporcionando a adesão da gestante ao serviço de saúde, o que favorece a promoção da sua saúde e de sua família (GONÇALVES et al., 2013).

Gostar do que se faz, é um dos fatores que determina a satisfação do profissional em relação ao seu trabalho (LIMA et al., 2014). Nessa mesma perspectiva, Dauberman e Tonete (2012), a satisfação no trabalho foi relacionada, entre outros fatores, à forma como é desenvolvido o cuidado, os resultados obtidos e o reconhecimento pelo trabalho por parte dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram compreender os fatores que possibilitam e favorecem a atuação do enfermeiro no cuidado no âmbito da atenção pré-natal.

Entre os fatores considerados determinantes, para a atuação do enfermeiro no cuidado à gestante, está o uso de protocolos na orientação da sua prática profissional. Ter instituído os protocolos assistenciais e os fluxos de atendimento à gestante são ações que possibilitam uma orientação da prática assistencial, na atenção pré-natal.

Analisando os resultados do estudo, compreende-se a relevância em possuir uma organização e regulamentação das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção à gestante. A consolidação do espaço conquistado pela categoria somente se torna viável se o profissional embasar sua prática no conhecimento técnico e científico e nas relações estabelecidas com as usuárias durante o acompanhamento pré-natal.

O uso dos protocolos na atenção pré-natal, revelou-se neste estudo, como um instrumento que orienta a prática do enfermeiro, proporcionando maior segurança as participantes, no desenvolvimento das ações no cuidado a gestante. Além do mais, vislumbra-se como elemento que visa assegurar a autonomia do profissional, refletindo na resolutividade do cuidado.

Nesse aspecto, destaca-se a dimensão do vínculo construído com a gestante. Sabe-se que, para isso ocorrer, o enfermeiro necessita manter uma postura acolhedora, estar disposto à escuta ativa da gestante e a uma atenção resolutiva, visando a assisti-la em suas reais necessidades.

Conclui-se, ainda, que a atenção pré-natal não pode ser reduzida a procedimentos técnicos rotineiros. Para tanto, é fundamental que o profissional proporcione um espaço para construção de saberes, em que a mulher se sinta acolhida e segura, possibilitando a ela vivenciar a maternidade de forma segura.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. S.; et al. Percepção de mulheres sobre o acolhimento oferecido pelo enfermeiro no pré-natal. **Cogitare Enferm.** v.18, n.4, p.756-760, out/dez. 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/34933/21685>. Acesso em; 23 out. 2015.

ALVES, C. N.; et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.2, p.265-271, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>. Acesso em: 12 out. 2015.

ARAÚJO, S. M.; et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas FAVIP - Rev Eletr de Ciências**, v.3, n.2, p.61-67, jul/dez. 2010.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; DIAS, O.V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.** v.16, n.1, p.29-35, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21108/13934>. Acesso em 22 out 2014.

BORGES, I. A. L. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.1, p.05-08, 2010. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1/1>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília DF, 26 jun. 1986

BRASIL. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05 jun 2014.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**– manual técnico. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 05 jun 2014. Ministério da Saúde: 2012b.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília DF: editora do Ministério da Saúde, 2012c.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Pratices Hall, 2007.

COSTA, C. S. C.; et al. Características do atendimento pré-natal na rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v.15, n.2, p.516-522 abr/jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>. Acesso em: 05 nov. 2015.

DAUBERMANN, D. C.; TONETE, V. L.P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta paul enferm**. v.25, n.2, p.277-283, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200019>. Acesso em: 03 nov. 2015.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M.V. Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.2, p.75-80, 2012. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/259>. Acesso em: 12 out. 2015.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Cienc. enferm**. v.19, n.1, p.117-129, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>. Acesso em: 25 out. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 26 Out. 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, I. T. J. P.; et al. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Rev Rene**, v.14, n.3, p.620-629, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1065/pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.45, n. esp.2,

p.1731-1735, dez, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800016>. Acesso em 06 nov. 2015.

GUERREIRO, E. M.; et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Rev Min Enferm*, v.16, n.3, p.315-323, jul./set., 2012. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>. Acesso em: 11 set. 2015.

LIMA, L.; et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.17-24, mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140003>. Acesso em: 14 nov. 2015.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PIESZAK, G. M.; et al. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. *Rev Rene*, v.14, n.3, p.568-78, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1144/pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc enferm. USP*, v.45, n5, p.1041-1047, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500002>. Acesso em: 25 out. 2015.

SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. Pré-natal e enfermagem: conhecendo novos olhares apoiados em políticas públicas. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v.2, n.1, p.79-87, 2013.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Rev Min. Enferm.*, v.16, n.2, p.251-257, abr./jun, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/526>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev. bras. enferm*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-92 jun. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>. Acesso em: 22 out. 2014.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde debate*, v.38, n.103, p.805-816, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>. Acesso em: 04 nov. 2015.

SOUZA, B. C.; BERNARDO, A.R.C.; SANTANA, L.S. O papel do enfermeiro no pré-natal realizado no programa de saúde da família – PSF. *Interfaces Científicas Saúde e Ambiente* Aracaju, v.2, n.1, p.83-94, out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/796/525>. Acesso em: 25 out. 2015.

ARTIGO 3

LIMITAÇÕES VIVENCIADAS PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo conhecer as limitações enfrentadas pelo enfermeiro na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica. Estudo de abordagem qualitativa, de campo, descritivo, e desenvolvido na atenção básica de um município do sudoeste do Paraná, Brasil. Participaram sete enfermeiras, atuantes na atenção pré-natal da rede básica de saúde. Os dados foram coletados por meio das técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada e analisados e interpretados através da proposta operativa. O estudo foi orientado pelos preceitos éticos, conforme Resolução 466/2012, aprovado pelo CEP da UFSM, sob CAAE: 39437014.4.0000.5346. Entre as limitações enfrentadas pelo enfermeiro, destacam-se: a estrutura física como elemento limitador; a sobrecarga de atribuições do enfermeiro; e a rede e a continuidade do cuidado. A atenção pré-natal, tendo como cenário ideal para o seu desenvolvimento o âmbito da atenção básica, ainda encontra alguns desafios a serem superados, que se traduzem como limitadores no cuidado realizado pelos enfermeiros que aí atuam. A inadequação do espaço físico e mobiliário, aliada à sobrecarga de serviço do enfermeiro, compromete de forma significativa o cuidado prestado por ele no acompanhamento pré-natal. Além disso, o desalinhamento de qualidade na atenção às gestantes, entre os serviços e entre diferentes profissionais, cria uma lacuna que compromete a continuidade do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Descritores: Cuidado pré-natal; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Continuidade da assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

O Brasil obteve sucesso e resultados significativos no que se refere ao aumento na ampliação de acesso ao pré-natal. Estudo de abrangência nacional revelou cobertura praticamente universal das gestantes no território nacional, com 98,7% das mulheres grávidas assistidas no acompanhamento pré-natal, sendo que a maioria das consultas de pré-natal foi realizada em unidades básicas de saúde (UBS), representando 89,6% das gestantes (VIELLAS et al., 2014). Soma-se a isso a informação do Datasus, cujos dados revelam que em 62,42% dos nascidos vivos em 2013 as mães realizaram sete ou mais consultas de acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2015).

A ampliação da atenção pré-natal é observada nas diferentes regiões do país, tendo um estudo, realizado no Estado do Maranhão (COSTA et al., 2010), revelado que a cobertura nessa área foi de 85,6% das mulheres. Nesse mesmo estudo, 64,6% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. No município de Rio Branco, no Acre, inquérito populacional revelou a existência de boa cobertura na atenção pré-natal, com 98% das

participantes afirmando ter realizado acompanhamento pré-natal (CAVALCANTE et al., 2011).

Mesmo com a importante ampliação da cobertura no acompanhamento ao pré-natal no país, alguns indicadores, de forma contraditória, persistem elevados, como é o caso da incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica, essa como a causa mais comum de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012a). No entanto, alguns desafios relacionados à atenção pré-natal ainda prevalecem, como a qualificação da assistência, revelando que sua adequação ainda é considerada baixa (VIELLAS et al., 2014).

Isso também é observado quando analisamos os dados do Datasus (2015), referente aos óbitos maternos no país. Em 2011, o Brasil apresentou 64,8 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivo. Entre as principais causas dos óbitos maternos estão a hipertensão, as hemorragias, as infecções puerperais, os abortos e as doenças do aparelho circulatório, todas possíveis de prevenir por meio de adequada atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2010).

É evidente que ocorreu uma crescente cobertura da atenção pré-natal no Brasil. Entretanto, esse aumento não foi acompanhado pela melhoria da qualidade da assistência prestada à gestante. A efetividade da atenção pré-natal é considerada uma das principais iniciativas voltadas à promoção da saúde materna e infantil, e a prevenção de agravos relacionados à gestação no âmbito da atenção básica (VETTORE et al., 2013). Nessa perspectiva, Domingues et al. (2015) ressaltam que, apesar da importante ampliação da assistência pré-natal, somente um quinto das mulheres pesquisadas receberam atenção adequada, conforme os requisitos mínimos estabelecidos pelo MS.

Para o MS, a qualificação da atenção pré-natal e puerperal compreende a inclusão de condutas acolhedoras, abolindo intervenções desnecessárias, sem comprovação de seus benefícios. Propõe, ainda, o acesso facilitado às ações e serviços de saúde, de forma integrada, contemplando a promoção, a prevenção e a assistência à saúde, tanto da mulher quanto do recém-nascido, desde a rede básica ao atendimento hospitalar (BRASIL, 2005).

Nessa direção, o MS (2012a) define que a efetividade da atenção pré-natal ocorre mediante a garantia de ações que contemplem amplamente a atenção à gestante durante o pré-natal. Entre as ações estão: a captação precoce da gestante, o acolhimento imediato de suas demandas, a estratificação do risco gestacional, o acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, a busca ativa de gestantes faltosas, o desenvolvimento de anamnese, o exame físico e a realização de exames complementares, a imunização, o aporte de medicamentos necessários e o desenvolvimento de práticas educativas. O cuidado no pré-natal efetivo deve

compreender, ainda, a vinculação da gestante à maternidade de referência e o estabelecimento de serviço de referência e contrarreferência eficientes, garantindo a continuidade do cuidado.

Para a adequação da atenção pré-natal, precisam ser superados muitos desafios na assistência à gestante. Acerca disso, estudo nacional desenvolvido por Domingues et al. (2015), revelou que apenas 21,6% das mulheres pesquisadas tiveram acesso à assistência pré-natal adequada, considerando o início do pré-natal até a 12ª semana, a realização de, no mínimo, seis consultas, ter realizado – e com registro no cartão de gestante –, pelo menos, um resultado dos exames preconizados, e a vinculação à maternidade de referência.

Dentre os fatores que interferem na efetiva qualificação da atenção PN está o início tardio do acompanhamento pré-natal. O MS prevê como início precoce da atenção pré-natal quando este ocorre até a 12ª semana de gestação (BRASIL, 2011a). O pré-natal em tempo oportuno possibilita intervenções essenciais, que refletem diretamente nos desfechos perinatais, como nos casos de transmissão vertical de HIV e Sífilis, controle e manejo adequado da anemia, da hipertensão arterial e do diabetes, além de possibilitar a realização do mínimo de consultas preconizadas (DOMINGUES et al., 2012).

Buscando conhecer a adequação da atenção pré-natal no Brasil, diversos estudos apontam a falta de vinculação da gestante à maternidade de referência, caracterizando, nesses estudos, como baixa adequação da assistência (DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014; GUERREIRO et al., 2012). A falta de vinculação favorece a peregrinação da gestante, além de comprometer a continuidade do cuidado, resultando, muitas vezes, em desfechos negativos. Além do mais, a vinculação da gestante à maternidade é assegurada pelo MS desde o ano de 2007 (BRASIL, 2007), sendo recomendada pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

Neste ínterim, para a efetiva qualificação da atenção pré-natal, necessitam ser superadas as desigualdades persistentes, no que se refere ao cuidado adequado na gestação. A superação dessas diferenças é apontada como um elemento em potencial na busca por melhores indicadores perinatais (DOMINGUES et al., 2015).

Frente a esses argumentos, o artigo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: Quais as limitações do enfermeiro na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica? Tendo-se como objetivo conhecer as limitações enfrentadas pelo enfermeiro na atenção pré-natal, no âmbito da atenção básica.

MÉTODOS

Estudo com abordagem qualitativa, de campo e com caráter descritivo. Foi desenvolvido na atenção básica de um município do sudoeste do Estado do Paraná, Brasil. Participaram do estudo sete enfermeiras, que atuavam na atenção pré-natal, e o cenário do estudo foi as UBS do referido município. A captação das participantes foi por intencionalidade, em que o convite para participar do estudo seguiu o critério do maior número de gestantes em acompanhamento pela unidade à qual a participante estava vinculada. O número de participantes seguiu as recomendações propostas em estudo de Fontanella, Ricas e Turato (2008), sendo encerrada a coleta de dados assim que os dados representassem consistência.

Na construção dos dados aplicaram-se as técnicas de observação participante, seguidas da entrevista semiestruturada. Através da observação participante, o pesquisador vive diretamente o ambiente em estudo (GIL, 2008), e a entrevista semiestruturada é uma técnica que propicia ao pesquisador maior flexibilidade ao produzir os dados, podendo ser constituída tanto de questões abertas quanto fechadas (MINAYO, 2014). Para Fernandes e Moreira (2013), o uso da técnica de entrevista após a observação possibilita maior aprofundamento em questões que possam ter surgido durante a observação.

O tempo necessário para a coleta de dados foi entre março e agosto de 2015, totalizando 110 horas de observação. Para o registro dos dados de observação utilizou-se o diário de campo, que é descrito por Minayo (2014) como o local de registro das impressões pessoais do pesquisador, resultados de conversas informais e comportamento do observado. As entrevistas seguiram um roteiro elaborado pela pesquisadora, sendo gravadas com a autorização prévia das participantes, buscando, assim, assegurar maior fidedignidade aos dados (MINAYO, 2014).

A análise e interpretação dos dados embasaram-se na proposta operativa, que apresenta dois momentos operacionais, descritos como fase exploratória e fase interpretativa (MINAYO, 2014). O primeiro momento foi marcado pelo reconhecimento e compreensão do ambiente e do grupo estudado, enquanto que no segundo momento buscou-se o encontro dos fatos empíricos, seus sentidos, suas projeções e interpretações.

Na fase interpretativa encontram-se duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados. A ordenação dos dados englobou tanto o material das observações quanto das entrevistas, caracterizando a transcrição destes, a releitura e as primeiras classificações dos dados. Na classificação dos dados ocorreu leitura horizontal e exaustiva dos textos, construindo as categorias empíricas; a leitura transversal, separando o material por temas, categorias ou unidades de sentido, e agrupando as partes semelhantes, identificando as conexões existentes entre elas; na análise final ocorreu a análise do material empírico, utilizando-se do referencial

teórico; e o relatório, que resultou no manuscrito apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

Durante todo o seu desenvolvimento, o estudo respeitou os preceitos éticos, orientado pela Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). As participantes foram mantidas em sigilo e anonimato, sendo utilizado como forma de identificação um sistema alfanumérico, representado pela letra “O” seguida de um numeral para os dados da observação, e pela letra “E” seguida de um numeral para os dados da entrevista. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, através da Plataforma Brasil Online, conforme parecer nº 909.903, sob nº de CAAE: 39437014.4.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentam-se os dados que resultaram na categoria, destacando-se os temas: a estrutura física como elemento limitador; a sobrecarga de atribuições como elemento limitador; e a rede e a continuidade do cuidado.

Estrutura física como elemento limitador

No cenário pesquisado há dois extremos de condições estruturais e instalações físicas para o desenvolvimento da APN. A maioria das participantes atua em UBS com condições de estrutura física adequadas para o desenvolvimento da assistência pré-natal, contando com consultório de enfermagem de uso exclusivo pelo enfermeiro, com todos os equipamentos necessários disponíveis, com auditório na própria estrutura da unidade para ações de educação em saúde. As unidades construídas recentemente seguem um modelo estrutural padrão, em que todas possuem estrutura para contemplar duas equipes de ESF.

Entretanto, existe uma desigualdade, revelada na observação, por uma parcela dos cenários, com condições aquém do idealizado. Isso foi apontado igualmente no depoimento das participantes, que passam por dificuldades para atuar na atenção pré-natal, em relação à estrutura física e mobiliário. Enquanto aguardam a construção da nova unidade, atuam em uma UBS onde, além de contar com mobiliários em precárias condições de uso, necessitam dividir o espaço físico com outros profissionais, comprometendo, em muitas situações, o desempenho de suas atribuições. A seguir expõem-se as observações a respeito dessas condições:

“A unidade apresenta condições precárias de estrutura física, funciona em um prédio residencial adaptado para as atividades. Apresenta espaço físico reduzido, sendo que a enfermeira compartilha um consultório com o profissional médico pediatra, que atende alguns períodos por semana junto à equipe.” (O6)

As dificuldades em relação ao ambiente e às condições de estrutura física afetam o desempenho das atribuições dos enfermeiros, causando frustrações e insatisfação em relação ao trabalho:

“Em conversa informal com a participante, ela revela a sua frustração pela falta de condições de trabalho, relata que procura ao máximo atender às necessidades das gestantes, mas que a estrutura física precária prejudica, e muito, o desempenho do seu trabalho. E que o acolhimento e a abordagem da gestante, muitas vezes, é realizada no próprio corredor da unidade.” (O7)

“Primeiro, nosso espaço físico, eu acredito que esse é o principal problema, porque a gente tem um espaço muito pequeno, a gente não consegue nem posicionar, às vezes, a gestante de uma maneira confortável para ela.” (E1)

“A estrutura dessa unidade aqui é bem precária, bem limitada? É tudo apertado, é tudo pequeno [...] Os móveis velhos, não tem espaço físico, não tem uma sala adequada, tudo meio amontoado.” (E4)

“Em observação no campo, a participante possui disponível equipamentos e instrumentais recomendados pelo MS, para as ações desenvolvidas com a gestante. Entretanto, a unidade apresenta estrutura física inadequada, com espaço físico reduzido e alguns mobiliários em precárias condições de uso.” (O6, O7)

Considerando que todo o acompanhamento pré-natal é realizado nas UBS pelas equipes de ESF da área de abrangência, e que há uma consolidação em relação à participação efetiva do enfermeiro na atenção pré-natal, é fundamental dispor de condições de estrutura física para o acompanhamento pré-natal, o que desponta contrariamente nas falas e relatos acima.

Os resultados do estudo demonstram menor proporção de condições inadequadas, como a UBS funcionar em uma unidade com características residenciais. Entretanto, esses achados corroboram os revelados em estudo de Moura et al. (2010), que aponta, entre seus resultados, a utilização frequente de imóveis domiciliares para instalação de equipes de ESF, sem a adequada adaptação, demonstrando a pouca valorização dos aspectos estruturais nas unidades de ESF.

A atenção pré-natal, no contexto da assistência integral à saúde da mulher, necessita estar organizada de forma a proporcionar atendimento às reais necessidades das gestantes. O MS define que entre as condições básicas para a assistência pré-natal se encontram a estrutura física adequada, equipamentos e instrumentais mínimos, para desenvolvimentos das ações. Essa deve visar ao atendimento da gestante e seus familiares, com condições de higiene e ventilação, bem como garantir privacidade e conforto no atendimento à mulher (BRASIL, 2012a).

Nessa conjuntura, cabe aos gestores implementar ações voltadas às melhores condições de infraestrutura das unidades básicas de saúde, garantindo as condições mínimas para o desempenho da assistência na atenção pré-natal (COSTA et al., 2013).

No que se refere à estrutura física, autores como Narchi (2010), Silva et al. (2013) e Arantes et al. (2014) demonstram que esta pode interferir diretamente na qualidade dos serviços prestados à gestante. A atenção pré-natal na unidade básica de saúde ainda precisa avançar na busca da qualificação da atenção, e melhores condições de infraestrutura são essenciais para tal.

Sabe-se que a infraestrutura não é o único fator determinante na qualificação da atenção. Entretanto, promover essas condições nas UBSs se caracteriza como um elemento que fomenta os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde, possibilitando melhores resultados no cuidado de enfermagem. Entre as condições de estrutura, deve-se também contemplar aquelas para o desenvolvimento de ações voltadas à educação em saúde, na promoção da saúde e na prevenção de agravos, assegurando a ampliação da atuação do enfermeiro na unidade (PEDROSA; CORREA; MANDÚ, 2011). Logo, os dados de nosso estudo apontam haver deficiência nesse aspecto em alguns cenários, tanto em condições de tamanho de espaço físico quanto de organização desse espaço, que fica limitado pela necessidade de dividir com outros profissionais; e, ainda, em relação à ausência de área para ações coletivas, em grupos. Destacou-se também o mobiliário inadequado e desconfortável à clientela assistida.

Sobrecarga de atribuições como elemento limitador

A atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde, envolve o desempenho de atividades que compreendem a assistência, o planejamento e a supervisão da equipe. E nesse contexto, estão inseridas as participantes do estudo, e no qual a sobrecarga de atribuições foi evidenciada em diversos momentos, tanto por meio dos relatos das participantes quanto nas observações da pesquisadora.

“O curto espaço da agenda, sempre muito cheia, para atender muita gente, e, às vezes, você acaba apressando o atendimento da gestante, que tem mais, tem mais, tem uma fila te esperando, mas são esses os fatores assim. Eu não tenho dificuldade no atender, no encaminhar, no solicitar, mas eu sinto assim, que na hora de você prestar uma assistência aqui (na UBS), é que às vezes o que dificulta, que fica desconfortável, que você acaba não fazendo da maneira mais adequada.” (E1)

“Na verdade, o que eu acho que mais dificulta aqui é a demanda, porque nem sempre eu tenho, a hora que elas vêm aqui e procuram, tenho aquele tempo para atender e ficar orientando e explicando, poder dar o atendimento que, às vezes, precisaria ou que ela estava esperando. Então, às vezes você vem e conversa e você já tem que despachar porque tem outro esperando.” (E4)

Ademais, durante as observações de campo foram perceptíveis as inúmeras atribuições desenvolvidas pelo enfermeiro, em que, amiúde, além das ações na atenção pré-natal já programadas, atendem a outras demandas:

“Na oportunidade, durante a observação de campo, constata-se sobrecarga de atividades de responsabilidade do enfermeiro, como a necessidade de avaliação de usuários que procuram o serviço, além de todas as gestantes agendadas, precisou incluir em sua agenda avaliação de pacientes com suspeita de dengue, por exemplo.” (O3)

A sobrecarga de atribuições, é revelada neste estudo como um elemento limitador da atuação do enfermeiro no cuidado a gestante. Em diferentes momentos, mostrou-se um entrave no cuidado prestado, manifestado pelos próprios relatos das participantes, conforme as falas acima.

Na atenção pré-natal considera-se como direito fundamental da mulher um acolhimento satisfatório, garantindo o seu bem-estar e a vivência segura da maternidade, com a formação de

vínculo, com uma relação que transmita confiança e segurança entre o enfermeiro e a gestante. Para isso, o profissional deve dispor da capacidade de ouvir e compreender a gestante em suas dúvidas e anseios, sempre respeitando suas crenças e valores. Contudo, estudo de Matos, Rodrigues e Rodrigues (2013) aponta que dentre as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no exercício da sua profissão, a sobrecarga de atribuições tem sido um elemento *obstaculizador*.

Dentre as atribuições do enfermeiro na atenção básica à saúde situam-se as atividades de cunho assistencial, de planejamento, de gerenciamento e de supervisão das ações de saúde, no seu âmbito de atuação (BRASIL, 2011b). Tais atividades compreendem acumulação de tarefas e desprendimento de tempo, muitas vezes consumadas conforme as demandas específicas, que pode interferir na ocupação do tempo, refletindo em sobrecarga.

As dificuldades enfrentadas pelas participantes do estudo perfilam no mesmo sentido em que se encontram muitos profissionais enfermeiros que atuam nos serviços de atenção básica. Estudos como os de Narchi (2010) e Silva, Motta e Zeitoune (2010) reforçam que são inúmeras as atribuições que o enfermeiro possui, e que estas são decorrentes do excesso de funções assistenciais e administrativas. Revelam também uma dificuldade para o cumprimento real de suas funções, devido a uma prática voltada à produção quantitativa, que inviabiliza momentos reflexivos sobre suas ações cotidianas.

Estudo de Wisniewski, Gróss e Bittencourt (2013) revela que a crescente demanda dos serviços públicos de saúde reflete em acúmulo de funções e, conseqüentemente, na sobrecarga de atribuições do enfermeiro. Destaca, outrossim, que essa sobrecarga possui influência direta na qualidade da assistência prestada às gestantes. Nesse mesmo estudo, na voz da gestante, elas relacionam a baixa qualidade do atendimento às inúmeras atividades desenvolvidas pelo enfermeiro.

A rede e a continuidade do cuidado

Existe, atualmente, no município em que se deu o estudo, uma unidade hospitalar de referência, tanto para assistência ao parto quanto para atendimentos em situações de risco, que envolvem a saúde da gestante, e, ao iniciar o acompanhamento pré-natal, as participantes do estudo já realizam a vinculação da gestante à maternidade, orientando-a sobre o fluxo de atendimento.

No cenário pesquisado, não há registro de observações da pesquisadora, em relação à falta de vinculação da gestante à maternidade. No entanto, conforme os relatos, há falha no atendimento hospitalar, refletindo em desarticulação entre os serviços, criando insegurança para as gestantes e frustração por parte das enfermeiras participantes desse estudo. Alguns relatos apontam para os sentimentos de frustração e preocupação das participantes quanto a essa limitação:

“Mais a questão hospitalar a gente tem dificuldade [...] Às vezes, o profissional, muitas se queixam do profissional que atende na questão da área hospitalar, menospreza a queixa, despreza o sentir da própria paciente. Muitas ganham alta e correm para cá no mesmo intervalo e voltam para o hospital. Essa parte mais hospitalar mesmo é que a gente tem dificuldade.” (E5)

“A gente se frustra assim, quando elas precisam, que elas têm uma intercorrência. Às vezes, o acesso a outro ponto de atenção não é tão facilitado. Até o atendimento profissional, que a gente tenta dar o melhor e chega em outro lugar, ela é mal atendida, ela chega frustrada, não quer mais ir naquele lugar, isso tudo dificulta o trabalho.” (E6)

Por outro lado, as lacunas em relação à continuidade do cuidado existem também dentro do próprio serviço. Esses entraves são pontuais, porém refletem a importância da integração, do trabalho interdisciplinar e da continuidade do cuidado. As dificuldades relatadas se referem ao médico da equipe, compreendendo sua ausência, ou em relação às condutas adotadas por ele:

“Eu tenho uma certa dificuldade com o médico com quem eu trabalho? E isso me deixa mais insegura, porque eu não consigo ter 100% de confiança assim, nas condições que ele dá aos casos das gestantes.” (E2)

“A dificuldade que eu tenho é de não ter o profissional médico aqui (na unidade), então quando tem algo de intercorrência, de errado, eu tenho que sair atrás [...] Às vezes, eu ligo para outras unidades, converso com outras médicas, às vezes, ligo para o hospital, por não ter o profissional médico mesmo que fica mais difícil.” (E3)

“Outra dificuldade enfrentada pela participante está relacionada ao profissional médico, em que procura estar sempre atenta, para certificar-se de que a gestante foi atendida em sua necessidade.” (O7)

Os achados do estudo demonstram que as participantes, asseguram a vinculação da gestante a maternidade de referência, sem dificuldades nesta ação. No entanto, é evidente as dificuldades enfrentadas no que se refere ao atendimento hospitalar.

A realidade do cenário estudado, diferenciou de estudo desenvolvido, que avaliou a adequação da atenção pré-natal no território nacional, em que a vinculação da gestante à maternidade foi considerada baixa, com menos de 60% delas orientadas sobre a maternidade de referência (VIELLAS et al., 2014).

A Rede Cegonha, instituída pelo MS, possui em suas diretrizes a garantia da vinculação da gestante a uma maternidade de referência, tanto para assistência ao parto quanto em casos de intercorrências (BRASIL, 2011a). Essa recomendação visa à integração entre os serviços, buscando uma aproximação entre a atenção pré-natal e a atenção ao parto. Procura garantir o acolhimento e a segurança de atendimento hospitalar, evitando, assim, a peregrinação das gestantes, fato ainda muito frequente em regiões do país (VIELLAS et al., 2014).

Em diferentes contextos, onde as falhas na atenção hospitalar repercutiram negativamente nos desfechos perinatais (MARTINS et al., 2013; BARRETO; NERY; MENDES, 2011). As falhas na assistência no âmbito hospitalar estão relacionadas ao modelo predominante na atenção obstétrica no país, pautado em um modelo hospitalocêntrico e com uso rotineiro de intervenções desnecessárias (MARTINS et al., 2013). As barreiras na atenção hospitalar têm sido foco das políticas ministeriais, como a proposta da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), a qual, dentre seus objetivos, tem a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, apresentando o componente de atenção ao parto e ao nascimento, o que prevê, entre outras ações, o acolhimento com a estratificação de risco na atenção obstétrica e neonatal.

Os relatos das participantes e os registros da pesquisadora, reforçam a importância da articulação e da responsabilidade e comprometimento de cada profissional na atenção pré-natal. Nesse cenário, o enfermeiro atua com conhecimento técnico e científico, sendo amparado pela lei do exercício profissional e respaldado pelo MS (BRASIL, 2012a). No entanto, há necessidade de atuar em equipe em prol da saúde das gestantes, tanto em situações de risco obstétrico quanto em situação de risco habitual, como um dos grandes pilares que constitui o atendimento no âmbito da atenção básica. Outrossim, destaca-se, em estudo, que o enfermeiro,

pelo seu comprometimento com a saúde e a qualidade de vida da população, tem sua inserção evidenciada pela autonomia conquistada no desenvolvimento de suas atividades (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo permitiu conhecer as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, que apareceram como elementos limitadores em suas ações na atenção pré-natal.

A atenção pré-natal, tendo como cenário ideal para o seu desenvolvimento o âmbito da atenção básica, ainda encontra alguns desafios a serem superados. Com a realização do estudo e com base na literatura nacional, é evidente que a questão da estrutura física das UBS necessita de muita atenção por parte dos gestores.

No cenário estudado, a grande maioria das participantes possuía condições completamente favoráveis no que diz respeito à estrutura física e disponibilidade de equipamentos e instrumentais, o que proporciona maior conforto no desenvolvimento de suas ações na atenção pré-natal. Compreende-se que a qualificação da atenção pré-natal não se reduz às condições de estrutura física e equipamentos, porém, é um dos elementos que contribui para as condições mínimas necessárias para a atuação do profissional enfermeiro no cuidado à gestante. Por outro lado, encontrou-se no cenário do estudo condições de espaço físico e mobiliário desfavorável, que reduz a qualidade da APN e frustra os profissionais que ali atuam, bem como criam desconforto e risco às gestantes ali atendidas.

Outro fator limitador, indiciado no estudo, foi a sobrecarga de atribuições relatada pelas participantes que atuam em UBS, e que tornam precária a atuação delas. A associação desses fatores (espaço físico desfavorável e sobrecarga de serviço), principalmente, compromete de forma significativa o cuidado prestado pelo enfermeiro no acompanhamento pré-natal.

Além disso, ainda há de ser revista a lacuna existente na rede de atenção à gestante, pois o desalinhamento de qualidade na atenção a esta comprometem a continuidade do seu cuidado. Além da vinculação da gestante a uma maternidade de referência, faz-se necessário garantir o acesso a assistência de forma acolhedora e resolutiva, contemplando a mulher e o recém-nascido de forma integral, assegurando o direito a assistência de qualidade. Neste contexto, compreende-se o papel do gestar, como articulador na busca da integração de toda a rede de atenção.

Cabe lembrar que o estudo aqui apresentado retrata apenas uma parcela das UBS envolvidas na atenção pré-natal no município estudado, sendo este um fator a ser considerado

como limitante em seus resultados. Para tanto, propõe-se que novos estudos sejam desenvolvidos, contemplando a totalidade da rede de atenção à gestante no município.

REFERENCIAS

ARANTES, R. B.; et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc Cuid Saude** v.13, n.2, p.245-254, abr/jun, 2014.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; MENDES, Y. M. M. B. Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. **Cogitare Enferm.** v.16, n.1, p. 88-95, jan/mar, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21117>. Acesso em: 15 nov. 2015.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento: Brasília, DF: Ipea, 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jun. 2011a.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**– manual técnico. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Resolução n.º 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun 2013. Ministério da Saúde: 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015

CAVALCANTE, S. O.; et al. Atenção pré-natal no município de Rio Branco, Acre: inquérito de base populacional, 2007-2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.3, p.661-675, jul/set. 2011.

COSTA, G. R. C.; et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.6, p.1005-1009, dez. 2010.

COSTA, C. S. C.; et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.2, p.516-522, abr/jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>. Acesso em: 05 nov. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.425-437, mar. 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v.37, n.3, p.140-147, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 511-529, jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>. Acesso em: 04 Nov. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 26 Out. 2014.

GUERREIRO, E. M.; et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev Min Enferm**, v.16, n.3, p.315-323, jul./set., 2012. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>. Acesso em: 11 set. 2015.

MARTINS, E. F.; et al. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.38-45, mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100006>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MATOS, D. S.; RODRIGUES, M. S.; RODRIGUES, T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Rev Enfermagem Revista**, v.16, n.1, p. 18-33, jan/abr. 2013.

MOURA, B. L. A.; et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.10, n.supl, p.69-81, nov. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>. Acesso em: 06 nov. 2015.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.266-273, jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200004>. Acesso em: 8 out. 2015.

PEDROSA, I.C.F.; CORRÊA, A.C.P.; MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepção de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.1, p.58-65, jan/mar, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>. Acesso em 06 nov. 2015.

SILVA, V.G.; MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.3, p.441-448, set. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>. Acesso em: 06 nov. 2015.

SILVA, E. P.; et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.13, n.1, p.29-37, mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>. Acesso em: 06 nov.2015.

SOUZA, B. C.; BERNARDO, A.R.C.; SANTANA, L.S. O papel do enfermeiro no pré-natal realizado no programa de saúde da família – PSF. **Interfaces Científicas Saúde e Ambiente** Aracaju, v.2, n.1, p.83-94, out. 2013.

VETTORE, M. V.; et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, Recife, v.13, n.2, p.89-100, jun. 2013.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p.85-100, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 24 out. 2014.

WISNIEWSKI, D.; GRÓSS, G.; BITTENCOURT, R.A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência pré-natal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.27, n.2, p.177-182, abr/jun, 2014.

5 DISCUSSÃO INTEGRADORA

Inicialmente, busca-se resgatar a importância da atenção pré-natal, na perspectiva dos enfermeiros, para o desenvolvimento gestacional e o nascimento saudáveis. O MS assinala que o acesso em tempo oportuno às ações de qualidade, representa o principal indicador na promoção da saúde materna e infantil (BRASIL, 2012a).

Entre os desafios enfrentados pelo Brasil na atenção pré-natal, está a redução do indicador de mortalidade materna e infantil no país. Em compromisso assumido no ano 2000, entre as metas propostas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, está a redução da mortalidade materna para até 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2010).

Diante do contexto, o MS tem implementado diversas iniciativas, voltadas à atenção pré-natal. Ainda no ano 2000, o PHPN teve sua implementação buscando a cobertura e a qualidade do pré-natal, com enfoque na redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2002). Em 2011 o MS deliberou a implementação da Rede Cegonha, como um reforço ao modelo de atenção à saúde da mulher, visando a qualificação e a ampliação da cobertura de atenção pré-natal no país (BRASIL, 2011). Percebe-se neste período, importantes conquistas no que diz respeito à esses indicadores, entretanto, ainda encontram-se aquém do proposto, para atingir a meta do Milênio assumida pelo governo brasileiro.

A atenção pré-natal qualificada perpassa a integralidade do cuidado à mulher na gestação, contemplando os aspectos biológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, envolvidos no processo gestacional. O profissional de saúde, na busca da qualificação da atenção, deve implementar condutas acolhedoras no cuidado à gestante, evitando intervenções desnecessárias, além de facilitar o acesso da mesma aos serviços de saúde, com ações que integram tanto a promoção, quanto a prevenção da saúde da mulher (BRASIL, 2005).

Diante da complexidade do contexto da atenção pré-natal, retoma-se ao objetivo deste estudo, que visou conhecer os limites e as possibilidades do profissional enfermeiro, neste âmbito de atenção. Mediante a vivência na rotina das participantes, com a observação minuciosa de suas práticas de cuidado na atenção pré-natal, almejou-se o objetivo proposto. Revelou-se, as contribuições da consulta de enfermagem, as possibilidades da atuação do enfermeiro e as limitações enfrentadas em suas práticas de cuidado.

Os resultados deste estudo apontaram para a inserção do profissional enfermeiro na atenção pré-natal, mediante a estratégia de consulta de enfermagem, que seguem as prerrogativas implementadas pelo MS. Essas prerrogativas têm assegurado sua participação e inclusão neste cuidado, com definição clara e solidificada, de suas atribuições, enquanto

membro da equipe de saúde (BRASIL, 2012). A participação do enfermeiro neste estudo refletiu como possibilidade de ampliação do acesso da gestante aos serviços de atenção pré-natal, considerando como um dos quesitos, na busca da qualificação da atenção.

Isso corrobora com o que se apresenta na literatura brasileira, onde é destacado que, a diminuição das barreiras e a facilidade do acesso as ações, são fundamentais para a atenção de qualidade (DOMINGUES ET AL, 2013). Reforça também, que o acesso ao acompanhamento em tempo oportuno, está relacionado à qualificação da atenção e à redução da mortalidade materna (VIELLAS ET AL, 2014).

Além da possibilidade de acesso, o estudo revelou a consulta de enfermagem como espaço para promoção de educação em saúde. Estes momentos são construídos na busca de troca de saberes, entre profissionais e gestantes, proporcionando à mulher esclarecer suas dúvidas e compartilhar suas vivências, acerca do período gestacional. Tais ações visam a troca de experiências e conhecimento, entre profissionais e gestantes, e são incentivadas pelo MS, como formas de promover a compreensão do processo gestacional (BRASIL, 2012).

Mesmo diante da relevância do enfermeiro estar inserido de forma efetiva na atenção pré-natal, a sua participação ainda não está consolidada no cenário brasileiro, como mostra estudo desenvolvido em Ribeirão Preto, São Paulo (NOGUEIRA, 2010), revelando que a participação do profissional, ocorre de forma discreta, estando restrita à realização apenas da primeira consulta de pré-natal.

O estudo possibilitou desvelar, que a busca da qualificação da atenção e da efetividade da participação do enfermeiro no pré-natal, é permeada por fatores que impulsionam suas práticas de cuidado na assistência à gestante. Entre estes, revela-se o uso dos protocolos, como orientadores da prática profissional, conferindo às participantes deste estudo, maior segurança em suas condutas e possibilitando maior resolutividade em suas ações na atenção pré-natal.

Evidencias científicas, apontam para a mesma direção (Rodrigues; Nascimento; Araújo, 2011), quando retratam o uso de protocolos como forma de assegurar um atendimento de qualidade no cuidado à gestante. Recomendam sua utilização e construção, visando uniformizar as boas práticas na atenção pré-natal (DUARTE ET AL, 2015).

Outro aspecto ilustrado nos dados desta pesquisa é concernente a valorização das relações estabelecidas entre o profissional e a gestante no cuidado durante a gestação. Para o MS (Brasil, 2012), a construção de uma relação de confiança e compromisso, entre o profissional e a usuária, é possível através do acolhimento da mulher, nas diferentes ações na atenção à saúde. Estudo evidenciou que o período de acompanhamento pré-natal, é propício

para a construção de laços afetivos entre o enfermeiro e a gestante, pela disponibilidade do profissional em acolher a mulher em suas reais necessidades (GONÇALVES, 2009).

Esses achados, também foram demonstrados em nosso estudo, onde o acolhimento foi concebido como estratégia no estabelecimento de vínculo com a gestante. Ao adotar uma postura acolhedora, o profissional proporciona a escuta ativa da gestante, possibilitando a ela, manifestar suas dúvidas e anseios, que são peculiares ao momento vivenciado. Logo, ao estabelecer o vínculo com a mulher, há que se considerar o reflexo deste ato, favorecendo a adesão da gestante ao acompanhamento durante o pré-natal, e assim a adequação da atenção pré-natal.

O estudo permitiu também, ponderar sobre as limitações do enfermeiro na atenção pré-natal. Compreendeu-se que, para o cuidado ser qualificado, é necessário contemplar a mulher em sua integralidade, ou seja, há que se considerar os diferentes aspectos que envolvem a atenção pré-natal, e não apenas centralizar nos aspectos biológicos presentes. Entre os entraves identificados, que emergiram como limitadores da atuação profissional, revelou-se as condições de estrutura física inadequadas, comprometendo a qualidade do cuidado prestado. Apesar da maioria das participantes dispor de condições favoráveis no que se refere a estrutura física, para aquelas que não tem contempladas essas condições, foi evidente as limitações que predominaram na atenção pré-natal.

A literatura, revela também este aspecto na percepção de profissionais enfermeiros, destacando como elemento limitador do acesso, da resolutividade e da humanização, a inadequação da estrutura física, comprometendo a continuidade do cuidado. No que se refere a atuação do profissional, seus reflexos estão na autonomia profissional comprometida, na insatisfação dos trabalhadores, na necessidade de improvisos, nos conflitos desencadeados com os usuários, nas dificuldades de planejamento e cumprimento de metas, comprometendo a qualidade da assistência prestada (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Além disso, destacou-se que a sobrecarga de atribuições do enfermeiro, no âmbito da atenção básica, compromete claramente a atuação do profissional. Levando em consideração, o cenário da atenção básica à saúde, descrito pelo MS (Brasil, 2012) como o ideal para a atenção pré-natal, concebe-se que este é um desafio a ser superado, na consolidação do enfermeiro neste âmbito de atenção.

Ademais, para a qualificação da atenção, há que ultrapassar as lacunas assistenciais, também reveladas pelo estudo. Para isto, urge a articulação e a comunicação dos diferentes pontos de atenção à saúde materna e infantil e o trabalho de forma integrado, entre os diferentes membros da equipe, visando a integralidade e a continuidade do cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo, foi orientado pela indagação de como eram desenvolvidas as práticas de cuidado do enfermeiro, na atenção pré-natal, buscando conhecer as suas possibilidades e limitações de atuação. Na busca de resposta à essa inquietação, optou-se pelo método qualitativo, com as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada.

Ao trilhar o caminho metodológico, utilizando a técnica de observação participante, com a possibilidade de mergulhar na rotina das participantes, vivenciando as suas ações no cuidado à gestante, foi compreendida inicialmente pela pesquisadora, como um grande desafio. Agora, ao finalizar essa trajetória, há o reconhecimento de que a experiência agregada à formação da pesquisadora, foi singular, e exercerá função primordial na sua prática profissional.

Durante o desenvolvimento do estudo e ao analisar os resultados encontrados, confrontando-os com as evidências na literatura científica, possibilitou-se realizar alguns apontamentos.

Inicialmente, destacando o papel fundamental do profissional enfermeiro na atenção pré-natal, reflete-se que o caminho para tal efetivação se dará à medida que este se insira neste contexto, orientando sua prática profissional com embasamento no conhecimento técnico e científico, mas igualmente, considere a integralidade da mulher e os diferentes aspectos envolvidos no processo gestacional.

Vislumbra-se com a participação da mulher como protagonista, ativa e participativa, a possibilidade de um novo modelo de atenção à gestante, que contemple esta, além do processo biológico da gestação, valorizando o contexto em que ela está inserida. Para tal, indicia-se que o acompanhamento pré-natal não esteja reduzido apenas à procedimentos técnicos e rotineiros e sim, seja pautado na valorização da escuta ativa da gestante e na sua participação ativa, valorizando o protagonismo da mulher na vivência da gestação.

Ademais, o pré-natal deve permear condições de segurança e resolutividade assegurados no vínculo entre profissional e gestante. O vínculo, representa neste estudo, o resultado de uma postura profissional acolhedora, pautada no respeito à gestante, na compreensão da sua vivência da gestação e na resolutividade das ações desenvolvidas pelo enfermeiro. Além disso possibilita maior adesão da mulher ao acompanhamento pré-natal, oportunizando à equipe de atenção básica à saúde, o desenvolvimento da assistência de forma adequada.

O acolhimento e a formação do vínculo com a mulher, representou para as participantes do estudo, sentimento de satisfação em relação ao cuidado prestado à gestante. Mesmo diante

da sobrecarga de atribuições, revelada em algumas situações, a possibilidade de atuação com a construção do vínculo e o reconhecimento da usuária, fez com que buscassem desempenhar seu papel na prática profissional como um impulso positivo.

Ao concluir este estudo, pondera-se que ainda persistem alguns desafios, apontados como limitadores, à atuação do enfermeiro, na prática da atenção pré-natal a serem superados. Mesmo assim, acredita-se que o cenário da atenção básica à saúde é o cenário propício para as ações na atenção pré-natal, pois suas características favorecem a proximidade do cuidado e as relações construídas com a gestante. Destaca-se que este campo de atuação encontra-se disponível para o profissional enfermeiro atuar. Para tanto, cabe a este, por meio do desempenho técnico, comprometimento, sensibilidade e responsabilidade, consolidar sua participação de forma efetiva no acompanhamento pré-natal.

Ainda, considera-se como limitação do estudo, o fato de contemplar apenas um recorte do cenário da atenção básica do município, sendo que os resultados acerca das condições de estrutura física, revelam apenas uma parcialidade da realidade local, por isso não pode ser depreendido como uma totalidade. Ademais, propõem-se o desenvolvimento de novos estudos, englobando a avaliando das condições de estrutura física de toda a rede básica, para melhor compreensão do cenário local.

Espera-se, que os resultados deste estudo, possam contribuir para a formação de profissionais enfermeiros, com um olhar voltado às reais necessidades das gestantes. Almeja-se ainda, que possa fomentar discussões acerca da qualificação da atenção pré-natal e da consolidação do enfermeiro, neste âmbito de atuação.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.N. **Cuidado da enfermeira à gestante na perspectiva cultural**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2014.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1053-1064, jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>. Acesso em: 19 Out. 2014.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; DIAS, O.V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.** v.16, n.1, p.29-35, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21108/13934>. Acesso em 22 out 2014.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Plano de ação 2004-2007**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília, DF: Série B. Textos Básicos em Saúde, 2008.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Relatório Nacional de Acompanhamento: Brasília, DF: Ipea, 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jun. 2011a.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**– manual técnico. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Ano.1, n.1. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília DF: Ministério da Saúde: 2012b.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal, para gestantes e suas parcerias sexuais. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Ministério da Saúde:2012c. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em: 02 nov. 2014.

BRASIL. Resolução N.º466, de 12 de Dezembro de 2012d. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun 2013. Ministério da Saúde: 2012d.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano II n.º 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília DF: Ministério da Saúde: 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 08 nov. 2015b.

CAVALCANTI, P. C. S.; et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1297-1316, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>. Acesso em: 19 out. 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Pratices Hall, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília DF: CONASS, 2011.

COSTA, A. M.; et al. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1073-1083, ago. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>. Acesso em: 14 Out. 2014.

CUNHA, M. A.; et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 145-153, mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>. Acesso em: 22 out. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, p.425-437, mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>. Acesso em: 09 nov. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.16, n.4, p.953-965, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015>. Acesso em: 17 out. 2015.

DUARTE, S.J.H.; et al. Protocolos voltados às ações de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.9, n.3, p.7118-7125, mar. 2015. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201514. Acesso em: 14 nov. 2015.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 511-529, jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>. Acesso em: 04 Nov. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p.17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 26 out. 2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**.6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, R.L. **Práticas de integralidade: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE. 2009.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.15, n.1, p.77-86, abr. 2014. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22. Acesso em: 22 nov. 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**: Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411850>

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.** v.20, n.4, p.867-874, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.2, p.368-373, abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200025>. Acesso em: 25 out. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 25 out. 2014.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MÜLLER, C.P.; ARAUJO, V.E.; BONILHA, A.L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v.09, n.03, p.858-865, set-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a24.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

NOGUEIRA, L.D.P. **Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto – SP**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. supl, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 11 nov. 2015.

PEDROSA, I.C.F.; CORRÊA, A.C.P.; MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepção de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.1, p. 58-65, jan/mar, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>. Acesso em 06 nov. 2015.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.2, p. 257-263, abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>. Acesso em: 26 out. 2014.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro, v.12, n.2, p. 477-486, abr. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>. Acesso em: 22 out. 2014.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500002>. Acesso em: 25 out. 2015.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, dez. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>. Acesso em: 23 ago. 2015.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.**, São Paulo, v.17, n. 2, p.107-119, jun. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em: 09 nov. 2014.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia. Rede Mãe Paranaense**. Estado da Saúde do Paraná: 2012.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-92 jun. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>. Acesso em: 22 out. 2014.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser Social**, Brasília, v.10, n.22, p.161-182, 2008. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewArticle/17. Acesso em 25 out 2014.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>. Acesso em 11 nov. 2015.

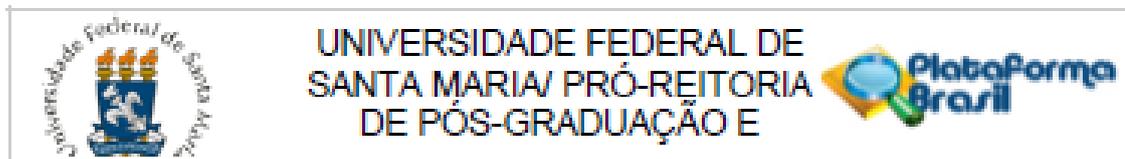
TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **E-Scientia**, Belo Horizonte MG v. 3, n. 2, p. 26-31, 2010. Disponível em: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166>. Acesso em 21 out 2014.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p.85-100, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 24 out. 2014.

ZAMPIERI, M.F; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.10, n.3, p.359-367. jul/set. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>. Acesso em: 21 out. 2014

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Pesquisador: Lúcia Beatriz Ressel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39437014.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 909.903

Data da Relatoria: 08/12/2014

Apresentação do Projeto:

A atenção pré-natal envolve todas as ações desenvolvidas no acompanhamento gestacional.

Tem por objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação e o nascimento saudável. Para uma atenção qualificada e para um cuidado diferenciado, requer abolir o modelo assistencial tecnicista, contemplando a mulher em todas as suas dimensões: biológica, psicossocial e cultural, valorizando seu protagonismo no processo de gestação.

Para tanto, tomando por base Atenção Básica como cenário da atenção e tendo o Ministério da Saúde estabelecido condições básicas para a assistência pré-natal, e reconhecendo o profissional enfermeiro como membro da equipe com atribuições definidas, faz-se necessário conhecer como se desenvolvem as ações na atenção pré-natal. O presente projeto possui como questão de pesquisa: Quais os limites e possibilidades nas práticas de cuidado na atenção pré-natal, desenvolvida por Enfermeiros da Atenção Básica de Pato Branco, no Estado do Paraná, Brasil? No intuito de responder à esta questão, tem por objetivo conhecer os limites e possibilidades das práticas de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal. A Metodologia empregada será uma abordagem qualitativa do tipo descritiva. Os participantes do estudo incluirão profissionais enfermeiros, envolvidos na atenção pré-natal. O cenário do estudo será a atenção básica de saúde

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

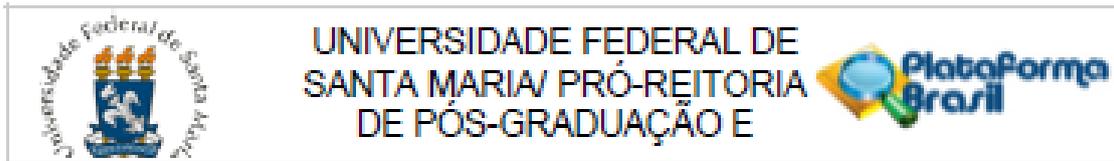
CEP: 97.105-070

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-0362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 909.903

Interrompida a sessão e nova data será agendada.

Benefícios: os benefícios deste estudo serão de forma indireta, será esclarecido aos participantes que não terão nenhum benefício de forma direta, no entanto a pesquisa poderá possibilitar a construção de conhecimento acerca da atenção pré-natal, contribuindo para a qualificação da assistência de enfermagem na atenção pré-natal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta todos os requisitos necessários para sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão elaborados conforme a exigência da Comissão de Ética.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Caracterização do serviço

Ambiente: Condições de higiene e ventilação adequada.

Equipamentos e instrumentais: () Mesa e cadeiras para acolhimento da gestante. () Mesa de exame ginecológico. () Escada de dois degraus. () Foco de luz. Balança para adultos. () Esfigmomanômetro. () Estetoscópio clínico. () Estetoscópio de Pinard. () Sonar Doppler. () Kit para coleta de citopatológico. () Fita métrica. () Gestograma.

Medicamentos básicos disponíveis: () ácido fólico; () sulfato ferroso ()

Vacinas disponíveis: () antitetânica () Anti hepatite B () Contra Influenza

Teste rápidos realizados: () teste rápido de gravidez. () teste rápido de triagem para sífilis. () teste rápido diagnóstico para HIV. () proteinúria (teste rápido);

Exames realizados: () dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht); () grupo sanguíneo e fator Rh; () teste de Coombs; () VDRL; () HIV; () glicemia em jejum; () teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 (duas) horas (dextrosol); () exame sumário de urina (tipo I); () urocultura com antibiograma; () exame parasitológico de fezes; () colpocitologia oncótica; () bacterioscopia do conteúdo vaginal; () eletroforese de hemoglobina.

Registros realizados: () Cartão de gestante; () Sistema de informação; () Prontuário () Outros: _____

Aspectos a serem observados

Como o Enfermeiro acolhe a gestante na UBS?

Como são programadas as ações de atendimento da gestante?

Ações desenvolvidas na atenção pré-natal: consulta de pré-natal, solicitação de exames, prescrição de medicamentos, visitas domiciliares, atividades educativas (individuais e coletivas), orientação da gestante e da família, encaminhamento da gestante, outras

O Enfermeiro incentiva e possibilita a participação da família na atenção pré-natal?

As suas orientações e condutas valorizam os saberes da gestante e sua família e o seu contexto social e cultural?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Caracterização dos participantes

Iniciais do nome: _____ Idade: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____

Tempo de formação: _____ Instituição formadora (pública ou privada): _____

Curso de formação específico (especialização, residência, mestrado, doutorado): _____

Tempo de atuação na atenção pré-natal: _____

Entrevista semiestruturada

Descreva as atividades que são desenvolvidas no pré-natal:

Conte-me como foi a construção da sua vivência acadêmica na atenção pré-natal. Teve algum contato com assistência ao pré-natal?

Como que você iniciou a assistência no pré-natal enquanto profissional?

Como você percebe a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal?

Na tua vivência prática, o que facilita o teu trabalho na atenção pré-natal?

E o que dificulta as tuas ações no cuidado na atenção pré-natal?

Quais as estratégias você utiliza nas práticas de cuidado na atenção pré-natal?

Descreva o significado de atuar na atenção pré-natal.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Título do projeto: LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Pesquisadora: Mestranda: Enf^a Cleunir de Fátima Candido De Bortoli

Contato: cleunir_candido@hotmail.com Telefone: 46 8405 1666

Pesquisador responsável: Dr^a Lúcia Beatriz Ressel

Contato: lbressel1208@yahoo.com.br. Telefone: (55)3220 8263

Local da coleta de dados: Atenção Básica do município de Pato Branco, Paraná.

Participantes: Enfermeiros envolvidos na atenção pré-natal

Prezada participante do estudo,

- Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa, de forma totalmente voluntária.
- Esta pesquisa tem por objetivo conhecer os limites e possibilidades das práticas de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal.
- Acreditamos que ela seja importante, pois pode contribuir para a qualificação da atenção pré-natal.
- Para sua realização será realizada observação participante e entrevista individual. A sua participação neste estudo será em dois momentos. Primeiramente em ser observado pela pesquisadora durante suas ações na atenção pré-natal. Neste período, a pesquisadora realizará alguns registros de fatos observados. Na sequência, será realizada uma entrevista individual, previamente agendadas de acordo com sua disponibilidade.
- Este estudo envolverá riscos mínimos, sendo possível ocorrer situações de desconforto ou constrangimentos durante a observação e a entrevista. Você não terá benefícios de forma direta, somente de forma indireta, com a possibilidade da pesquisa contribuir para a construção de conhecimento acerca da atenção pré-natal, e para a qualificação da assistência de enfermagem na atenção pré-natal.
- Será assegurado o seu direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.
- Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, tanto com as pesquisadoras, quanto em contato com o Conselho de Ética em Pesquisa.
- Após esclarecer todas as suas dúvidas, de forma clara, e no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.
- Os registros desta pesquisa serão arquivadas e sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, professora Dr^a Lúcia Beatriz Ressel, em forma de CD-ROM, no prédio do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM, na sala 1339. Após este período o material será incinerado. As gravações serão deletadas após a transcrição das mesmas.
- Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da sua participação nesta pesquisa.

Autorização

Eu, _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Termo de Confidencialidade

Título do projeto: LIMITES E POSSIBILIDADES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Pesquisadora responsável: Dr^a Lúcia Beatriz Ressel

Contato: lbressel208@yahoo.com.br. Telefone: (55)3220 8263

Mestranda: Enf^a Cleunir de Fátima Candido De Bortoli

Contato: 046 8405-1666 Email: cleunir_candido@hotmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem/Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Local da coleta de dados: Atenção Básica do município de Pato Branco, Paraná.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados e a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio das técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada. A coleta de dados será na Atenção Básica do município de Pato Branco, Paraná. Para registro da observação participante, será utilizado o diário de campo e os depoimentos serão gravados com a devida autorização prévia dos participantes. Para tanto, as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos na execução do presente projeto, com divulgação no meio acadêmico e no retorno dos resultados aos participantes do estudo e à Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco Pr, divulgadas de forma anônima. Todos os materiais resultantes do estudo, serão mantidos na Universidade Federal de Santa Maria RS (UFSM) – Avenida Roraima, nº1000, prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, sala 1339 – 97105-900 do Departamento de Enfermagem, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da professora Dr^a Lúcia Beatriz Ressel. Após esse período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Santa Maria, 25 de novembro de 2014.



Pesquisadora responsável
COREN/RS: 27261
SIAPE 379225



Mestranda
COREN/PR:205478
Matrícula 201460774