

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA PRÉ - NATAL REALIZADA POR ENFERMEIRAS DA  
REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO RIO GRANDE, RIO GRANDE DO  
SUL: UM ESTUDO AVALIATIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal do Rio Grande, área de concentração:  
Enfermagem e saúde para obtenção do grau de  
Mestre

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nalú Pereira da Costa Kerber

FLÁVIA SELES OLIVEIRA

RIO GRANDE

2012

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Jair Oliveira e Loeci Oliveira pelo apoio e amor incondicional

## AGRADECIMENTOS

A Deus por estar presente na minha vida e me guiar para o caminho certo

Aos meus pais, pelo apoio

Aos meus familiares por entender minha ausência nos fins de semana e nas reuniões de família

Aos meus amigo(a)s e colegas de mestrado em especial ao Cristiano Pinto dos Santos, pelo incentivo, apoio e companheirismo

Aos professores do Mestrado pelo conhecimento transmitido

Aos enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa

Meu agradecimento à Banca Examinadora deste estudo pelas contribuições nesta conquista acadêmica.

E, finalizando meu agradecimento especial à minha Orientadora, Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber pela dedicação, ensinamentos, exemplo de profissional e pessoa, meu carinho e eterna gratidão.

## RESUMO

OLIVEIRA, F.S. Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo é um recorte do projeto intitulado “Auditoria em saúde: uma avaliação da qualidade do pré-natal no município do Rio Grande”, em parceria entre a Escola de Enfermagem e a Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande, em Rio Grande/RS. Tem o objetivo de avaliar a assistência pré-natal realizada pelas enfermeiras da rede pública de saúde do Município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul. O contexto investigativo foram 15 Unidades de Saúde da Família (USF), do Município do Rio Grande, onde são realizadas a consulta pré-natal e os sujeitos da pesquisa foram as 14 enfermeiras que realizam assistência pré-natal nestas unidades. A coleta ocorreu no período compreendido entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011 e foi desenvolvida em três etapas: observação da consulta de pré-natal; entrevista com as enfermeiras e; avaliação da estrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais das USF's. Os instrumentos para a coleta de dados foram construídos pelos pesquisadores da macro-pesquisa, com base nas recomendações contidas no componente I do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (MS) e no Protocolo Municipal de Atenção Pré-natal do Município do Rio Grande. Foi realizada uma pesquisa avaliativa, com enfoque na estrutura e no processo de trabalho da enfermeira na consulta pré-natal. O parâmetro de avaliação foram as recomendações contidas no componente I do PHPN relativo ao acompanhamento pré-natal e no protocolo municipal. Para análise dos dados, foram estabelecidas três categorias de critério que foram considerados indicadores de processo e parâmetros de qualidade: critérios de estrutura e recursos humanos, critérios de conhecimento e critérios do processo de trabalho na consulta pré-natal. Todas as unidades que participaram do estudo eram Unidades de Estratégia da Família e quanto à estrutura, foi evidenciado que a maioria das unidades de saúde possuía estrutura inadequada para realização do pré-natal, pois faltam instrumentos básicos como mesa ginecológica e material para coleta de citopatológico em todas as salas. Conclui-se que as UESF do município, apesar de apresentarem alguns pontos fortes, não estão preparadas para prestar a assistência pré-natal. Constatou-se também que as enfermeiras realizam as condutas preconizadas pelo Ministério de Saúde, mas houve dificuldade por parte das enfermeiras em relação a interpretação de exames laboratoriais e a identificação dos fatores de risco na gestação. Além disso, demonstraram pouco conhecimento acerca das condutas pré-natais, o que foi mostrado por meio da dificuldade em responder adequadamente às questões investigadas. Concluiu-se, portanto, que as USF's não apresentam condições para o atendimento da gestante e as enfermeiras que realizam a consulta o fazem corretamente, apesar de não mostrarem ter domínio completo do conhecimento sobre o assunto. Há necessidade de maior reflexão acerca do que é realizado na consulta e a oferta de cursos de capacitação para que as dúvidas sejam sanadas e possa haver troca de experiências entre as enfermeiras.

**Descritores:** Cuidado pré-natal. Enfermagem. Avaliação em saúde. Programa saúde da família

## ABSTRACT

OLIVEIRA, FS Prenatal care by nurses in public health network of Rio Grande, Rio Grande do Sul: an evaluative study. 2012. 128 f. Dissertation (MSc. Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

This study is an excerpt from a project intituled "Audit in health: an evaluation of the quality of prenatal care in the municipality of Rio Grande," in partnership between the School of Nursing and the Faculty of Medicine, Federal University of Rio Grande in Rio Grande / RS. It aims to assess prenatal care performed by nurses in public health in Rio Grande in Rio Grande do Sul. The research context were 15 Family Health Units (USF), in Rio Grande, which are held antenatal and the subjects were 14 nurses who perform prenatal care in these units. Data collection occurred in the period between September 2010 and February 2011 and was developed in three steps: observation of outpatient prenatal, and interviews with the nurses, assessment of physical infrastructure, human resources, equipment and materials of USF's . The instruments for data collection were built by researchers at the macro-research, based on the recommendations contained in part I of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth (PHPN) of the Ministry of Health (MOH) and the Protocol Municipal Health Care Prenatal Care in Rio Grande. We performed an evaluation research, focusing on the structure and work process of nurses in prenatal. The endpoint was the recommendations contained in the component I PHPN on prenatal care and municipal protocol. For data analysis were three categories of criteria that were considered indicators of process and quality parameters: criteria for structure and human resources, knowledge criteria and criteria of the work process in prenatal. All units participating in the study were the Family Strategy Unit and as the structure, it was evident that the majority of health facilities had inadequate structure for performing the pre-natal, as it lacks basic tools such as table and gynecological material for collection tests in all rooms. It is concluded that the UESF the city, despite showing some strengths, are not prepared to provide the prenatal care. It was also found that nurses perform the procedures recommended by the Ministry of Health, but there was difficulty on the part of nurses in relation to interpretation of laboratory and identifying the risk factors in pregnancy. Furthermore, they demonstrated little knowledge about prenatal conduct, which was shown by the difficulty in responding adequately to the issues investigated. It was concluded therefore that the USF's not present conditions for the care of pregnant women and nurses who perform the query do it correctly, although it does not have dominion show full knowledge of the subject. There is need for greater reflection on what is done in consultation and provision of training courses for the questions to be answered and experiences can be exchanged between nurses.

Keywords: Prenatal care. Nursing. Health evaluation. Family health program

## RESUMEN

OLIVEIRA, FS. La atención prenatal por las enfermeras en la red de salud pública de Rio Grande, Rio Grande do Sul: un estudio de evaluación. 2012. 128 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

Este estudio es un extracto de un proyecto titulado "Auditoría en salud: una evaluación de la calidad de la atención prenatal en el municipio de Río Grande", en colaboración entre la Escuela de Enfermería y la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Río Grande, en Río Grande / RS. Se pretende evaluar la atención prenatal realizada por enfermeras en salud pública en Río Grande, en Río Grande do Sul. El contexto de la investigación fueron 15 Centros de Salud Familiar (USF), en Rio Grande, que se celebran prenatal y los sujetos fueron 14 enfermeras que realizan la atención prenatal en estas unidades. La recolección de datos ocurrió en el período comprendido entre septiembre de 2010 y febrero de 2011 y se desarrolló en tres etapas: observación de la consulta externa prenatal, y las entrevistas con las enfermeras, la evaluación de la infraestructura física, recursos humanos, equipos y materiales de la USF . Los instrumentos para la recolección de datos fueron construidos por investigadores de la macro-investigación, basada en las recomendaciones que figuran en la parte I del Programa de Humanización del prenatal y el parto (PHPN) del Ministerio de Salud (MINS) y el Protocolo de Atención de Salud Municipal Atención prenatal en Río Grande. Se realizó una investigación de evaluación, centrándose en la estructura y el proceso de trabajo de las enfermeras en prenatal. El criterio de valoración fue de las recomendaciones contenidas en el componente I PHPN sobre la atención prenatal y el protocolo municipal. Para el análisis de los datos de tres categorías de criterios que se consideraron indicadores de proceso y parámetros de calidad: criterios para la estructura de recursos humanos y conocimientos, criterios y los criterios del proceso de trabajo en el prenatal. Todas las unidades participantes en el estudio fueron la Unidad de Estrategia de la familia y como la estructura, era evidente que la mayoría de los establecimientos de salud tenían una estructura inadecuada para realizar el pre-natal, ya que carece de herramientas básicas tales como la mesa y material ginecológico para la recogida de las pruebas en todas las habitaciones. Se concluye que el UESF la ciudad, a pesar de mostrar algunos puntos fuertes, no están preparados para brindar la atención prenatal. También se encontró que las enfermeras realizan los procedimientos recomendados por el Ministerio de Salud, pero no hubo dificultad por parte de las enfermeras en relación con la interpretación de laboratorio y la identificación de los factores de riesgo en el embarazo. Además, demostraron poco conocimiento acerca de la conducta prenatal, lo que fue demostrado por la dificultad de responder adecuadamente a las cuestiones investigadas. Por ello se concluyó que no las condiciones actuales de la USF para el cuidado de las mujeres embarazadas y las enfermeras que realizan la consulta de manera correcta, a pesar de que no tiene dominio muestran el pleno conocimiento del tema. No hay necesidad de una mayor reflexión sobre lo que se hace en consulta y la provisión de cursos de formación para las preguntas a ser respondidas y las experiencias pueden ser intercambiados entre las enfermeras

**Palabras clave:** Atención prenatal. Enfermería. Evaluación de la salud. Programa de salud familiar

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2.OBJETIVO</b> .....	16
<b>3.REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
3.1 Políticas de atenção integral à saúde da mulher .....	17
3.2 Assistência pré-natal.....	22
3.3 Estrutura Organizacional do trabalho da enfermeira .....	27
3.4. Avaliação da qualidade em saúde .....	34
<b>4.METODOLOGIA</b> .....	39
4.1 Local do estudo .....	39
4.2 Tipo de estudo .....	39
4.3 Sujeitos do estudo .....	40
4.4 Coleta de dados.....	40
4.4 Análise de dados .....	40
4.5 Aspectos éticos .....	41
<b>5. RELATÓRIO DE CAMPO</b> .....	45
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	48
6.1 Artigo 1 .....	60
6.2 Artigo 2 .....	73
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>APENDICE A</b> (roteiro de observação) .....	100
<b>APÊNDICE B</b> (questionário do profissional) .....	104
<b>APÊNDICE C</b> (questionário da estrutura) .....	110
<b>APÊNDICE D</b> (termo de consentimento livre e esclarecido) .....	111
<b>APÊNDICE E</b> (carta de autorização) .....	113
<b>ANEXO A</b> (Protocolo Municipal de Assistência Pré-natal).....	114

## 1. INTRODUÇÃO

A enfermagem atual vem se destacando nos mais diversos segmentos como pesquisa, ensino, assistência, consultoria, dentre outros e ainda pode avançar no processo de interrelação entre essas interfaces, mas a imagem da enfermeira como cuidadora é indissociável (FERRAZ et al, 2000).

Desta maneira pressupõe-se que o processo de trabalho da enfermeira compõe-se de dimensões que se complementam e são interdependentes considerando que o núcleo é o cuidado (HAUSMANN; PEDRUZZI, 2009). Nessa interface do cuidado, destaca-se uma atividade da enfermeira<sup>1</sup> que é a consulta de enfermagem (CE). Para Vanzin e Nery (1996) é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pela profissional enfermeira com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoces.

No mesmo sentido, é definida por Maciel e Araújo (2003) como uma atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente. A Consulta de Enfermagem apresenta-se como direcionadora das ações de enfermagem dispensadas ao paciente, estando fundamentada na necessidade de cientificidade das ações desenvolvidas (MACIEL; ARAUJO, 2003).

É uma atividade ampla em que o profissional associa suas atividades técnicas às necessidades de saúde, buscando informações sobre as condições de saúde do paciente para antever as necessidades sentidas e não sentidas do mesmo, procurando então atuar junto ao paciente de modo a satisfazer essas necessidades (ROSAS, 1998; TOCANTINS, 2006).

Em relação aos muitos olhares sobre a consulta, acredita-se que esta deve ter como fundamento o processo de enfermagem, adequando-se de forma coerente a alguma teoria de enfermagem, o que permite diversas abordagens, sem, no entanto,

---

<sup>1</sup> Para esta dissertação foi escolhido utilizar o termo “enfermeira”, no gênero feminino, devido ao grande contingente de mulheres na profissão e sua predominância nos diversos contextos dos serviços de saúde.

perder de vista o ser humano e suas necessidades sentidas, apreendidas pelo profissional através da ação de escutar (NERY; TOCANTIS, 2006).

A CE é uma atividade independente, privativa da enfermeira, que se realizada de modo contextualizado e participativo, pode propiciar condições para melhoria da qualidade de vida do paciente no serviço de saúde. Aliado à competência técnica, a enfermeira, por meio da CE, demonstra interesse pelo ser humano, criando vínculo com o indivíduo, família e comunidade (SANTOS et al, 2008).

Além disso, este tipo de serviço pressupõe o domínio pelas enfermeiras das habilidades de comunicação, observação e de técnicas propedêuticas, precisando ter objetivos claros e metodologias próprias, fazendo com que a enfermeira tenha, de fato, uma atuação definida no serviço de saúde (SANTOS, 2005).

Para seu desenvolvimento, se faz necessário seguir as seguintes etapas: a entrevista para coleta dos dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados. A partir dos diagnósticos efetivados, a enfermeira adotará condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir ao seu âmbito de atuação (MACIEL; ARAUJO, 2006).

Por determinação do Conselho Federal de Enfermagem e segundo a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, foi obtido respaldo legal para o desenvolvimento da Consulta de Enfermagem, entendida, no caso, como uma das atividades que melhor caracterizam o profissional liberal da categoria. A Consulta encontra-se listada dentre as atividades-fim da enfermeira, que são: aquelas que somente podem ser executadas por ela, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem (COREN, 1995).

A referida Lei apenas consolidou uma atividade já desenvolvida pelas enfermeiras, desde 1968, quando começou a ser difundida no país. Inicialmente, era exercida de forma não oficial, direcionada às gestantes e crianças saudáveis, sendo posteriormente, estendida aos portadores de tuberculose e outros Programas da Área de Saúde Pública (COREN, 1995).

É uma atividade que se encontra legitimada por lei, como pode ser visualizado por meio da Portaria Nº 1.625 de 10 de julho de 2007, que trata das atribuições específicas da enfermeira das Equipes de Saúde da Família. Nesta Portaria está explicitado que a enfermeira pode realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão

e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal (COREN, 2007).

No entanto, também é notório que este papel vem sendo submetido a impasses e desafios, notadamente, com relação aos espaços de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, políticas salariais, acesso a qualificação e indefinição de vínculo empregatício (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2006).

Exemplos de consulta de enfermagem realizada sob diferentes enfoques tem sido demonstrada em diversos estudos, como no de Campos et al (2011), que trata do significado da vivência da consulta de enfermagem em puericultura para a enfermeira da ESF. Nesse estudo, há a compreensão que o trabalho da enfermeira permite assistir integralmente a criança e sua família, atendendo a parte física, psíquica e a social, considerando também a questão educativa, prevenindo precocemente os agravos à saúde.

Assim como na consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas nos grupos de ajuda mútua, Fornazier e Siqueira (2006) relatam que a enfermagem vem propiciando condições facilitadoras por meio de uma formação qualificada e contínua que visa à manutenção da abstinência do álcool e à reformulação no estilo de vida resultando numa melhor reinserção do usuário na sociedade.

Uma das modalidades de CE que vem sendo cada vez mais apregoada como necessária pelos gestores do sistema de saúde é a consulta de enfermagem no pré-natal. Para Rios e Vieira (2007), esse tipo de ação apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois tem como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais às gestantes. É requerido do profissional, além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica.

Segundo Lima (2006) a enfermeira, no desempenho de suas atividades por ocasião do pré-natal, ao compreender e respeitar o modo de vida, os hábitos e a cultura da gestante, contribuirá para amenizar as ansiedades e as expectativas que podem ser geradas no ciclo gravídico puerperal. A assistência pré-natal de enfermagem tem se processado predominantemente na forma de consultas e, algumas vezes, realização de cursos para gestantes.

As enfermeiras necessitam mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez bem como informá-la dos serviços que estão à sua disposição (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2006).

A CE no pré-natal engloba as atividades: anamnese, exame físico, solicitação e/ou interpretação de exames laboratoriais e orientação. Destaca-se que, quanto à orientação, a profissional aborda temáticas como aleitamento materno, alimentação e pré-natal, dentre outras. Ainda, durante a consulta, a enfermeira deve propor e ajudar a prevenir o desenvolvimento de agravos comuns durante a gravidez e favorecer a vivência de uma gestação tranquila, na qual a mulher sintá-se segura, tendo um bom parto (NERY; TOCANTINS, 2006).

Ainda, para Marques e Prado (2004) é atribuída à enfermeira, durante a consulta de enfermagem no pré-natal, a tarefa de orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância da realização contínua deste, da amamentação, da vacinação, do preparo para o parto, etc. Ainda, a enfermeira tem a tarefa de proporcionar um acolhimento adequado à gestante através de uma boa interação, conversando, ouvindo com interesse, valorizando atitudes ou ações conducentes à saúde e envolvendo o parceiro e a família.

Isso significa que a enfermeira deve focar predominantemente questões relacionadas ao fato de estar grávida, considerando as vivências e experiências que envolvem o ser mulher – como, por exemplo, sua relação com o próprio corpo e a sexualidade, seu relacionamento familiar, com o parceiro e outros filhos frente ao processo de gestação (NERY; TOCANTINS, 2006).

O espaço da CE propicia efetivo contato com a gestante, de modo a possibilitar compreender, a partir da identificação de dados sobre sua família, o ambiente em que vive, sinais e sintomas que retratem suas condições de saúde e dos seus familiares; hábitos de vida física, afetiva e sócia, entre outros aspectos que realmente subsidiem todo o seguimento de sua gestação (LIMA, 2006).

Quanto a outros trabalhos que constam na literatura sobre a consulta de enfermagem, no estudo desenvolvido por Shimizu e Lima (2009), buscou-se analisar as representações das gestantes acerca da gestação e da atenção recebida na consulta de enfermagem do pré-natal a fim de oferecer subsídios para melhorar a qualidade da assistência prestada. Nesse estudo em específico, houve a constatação que a maioria das gestantes apresenta representações positivas da consulta de enfermagem do pré-natal, e

que isso se dá devido à forma como se estabelecem as relações de comunicação entre a enfermeira e a gestante, em que são privilegiados o acolhimento e a escuta, superando, assim, em parte, o modelo biomédico, que somente se preocupa com o corpo doente.

As consultas de pré-natal, quando não envolvem gestantes consideradas de risco<sup>2</sup>, podem ser realizadas tanto por enfermeira quanto por médico. As competências de cada um destes profissionais estão estabelecidas no Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Como competência da enfermeira, este dispõe o desenvolvimento de ações educativas para as gestantes e suas famílias; atendimento individualizado; evento social; autonomia na gestação e no parto.

Além disso, congrega a realização da consulta de pré-natal de baixo risco; a solicitação de exames de rotina e orientação quanto ao tratamento conforme protocolo do serviço; o encaminhamento de gestantes identificadas como de risco para o médico; a realização de visitas domiciliares quando for o caso; o fornecimento do cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e a realização da coleta de citopatológico.

Quanto às competências do médico, o referido manual aponta que esse deve intercalar as consultas de pré-natal com a enfermeira; solicitar exames e orientar o tratamento conforme as normas técnicas e operacionais; orientar as gestantes quanto aos fatores de risco; identificar as gestantes de risco e as encaminhar para a unidade de referência; realizar coleta de citopatológico; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e atender intercorrências (BRASIL, 2005).

Percebe-se então, como diferencial entre as competências entre enfermeiras e médicos na consulta pré-natal, dentre as atividades específicas de cada profissão, que a enfermeira precisa ser a líder frente às ações educativas para a gestante e sua família. Cabe à enfermeira a criação de grupos para que sejam discutidos os aspectos que envolvem a gestação, desde o diagnóstico de gravidez até o puerpério. Além disso, as orientações quanto aos procedimentos, exames e tratamentos durante o pré-natal necessitam ser agregados às atividades das enfermeiras durante a consulta de enfermagem.

Como se percebe através dos estudos elencados, a consulta de enfermagem contribui para a melhoria da qualidade de vida da gestante, assim como para o vínculo

---

<sup>2</sup> Gestante de risco é quando, segundo o Ministério da Saúde (2003) a gestante é portadora de alguma doença, podendo sofrer algum agravo ou desenvolver problemas, apresentando maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para a mãe como para o feto.

entre profissional e cliente, e isso é imprescindível para uma assistência otimizada. Mas para que a qualidade seja contínua, é necessário que seja desenvolvida a avaliação contínua dos serviços prestados pelos profissionais da saúde.

No Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) criado no ano 2000, que norteia a assistência pré-natal e puerperal, é preconizado que a avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde da população alvo, bem como a verificação da efetividade das ações desenvolvidas. Além disso, a avaliação subsidia também mudanças que podem ser adotadas, possibilitando a melhoria dos indicadores.

Para Castro, Moura e Silva (2010) a qualidade na assistência pré-natal é entendida como a disponibilidade de infraestrutura adequada, no que se referem aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam as necessidades de cada gestante e que poderão proporcionar melhores resultados na assistência ao parto e nascimento.

Para Kerber et al (2010) avaliar o desenvolvimento dos serviços de saúde é tão necessário quanto imprescindível para que seja alcançada a qualidade da assistência desejada. A avaliação dos serviços deve subsidiar estratégias para que sejam identificados problemas e com isso se possa reorientar ações e os serviços desenvolvidos, avaliando a inserção de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurando o impacto das ações pelos serviços e programas de saúde.

Segundo Jandrey (2005), há escassez de estudos abordando a avaliação da qualidade dos serviços, sendo que na sua maioria limitam-se a descrever indicadores como cobertura, número de consultas pré-natais e número de partos.

Por isso, a avaliação em saúde é ainda um campo de conhecimento em construção conceitual e metodológica, podendo assumir abordagens bastante diversificadas e um dos seus princípios é o caráter dinâmico; em termos de temporalidade, pode ocorrer de forma transversal ou longitudinal, dependendo do objetivo do avaliador, diagnosticar ou descrever (JANDREY, 2005).

Para Barbosa (2007) a assistência pré-natal para ter qualidade, não precisa de procedimentos complexos e alta tecnologia, pois o segredo está na construção de um relacionamento de confiança entre os profissionais, gestantes e sua família. Para o mesmo autor, a qualidade da assistência é caracterizada quando as necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde.

Em virtude dessas premissas, surgiu o presente estudo, que busca responder à seguinte questão de pesquisa: de que forma as enfermeiras que realizam consulta pré-natal na rede pública de saúde do município do Rio Grande estão utilizando e seguindo as diretrizes do MS no que se refere ao PHPN e ao protocolo municipal de atenção ao pré-natal? Para verificar a qualidade técnico-científica do serviço, é imprescindível que seja avaliada a assistência que vem sendo prestada pelas enfermeiras às mulheres durante seu período gestacional.

Na perspectiva de mostrar de forma organizada a concretização deste estudo, houve a opção pelo seguinte formato de apresentação: primeiramente, podem ser visualizados os objetivos a que se propôs o estudo; no capítulo seguinte, uma revisão da literatura envolvendo as políticas de atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal; a organização do trabalho da enfermeira e a avaliação da qualidade em saúde. Após a revisão de literatura, será apresentada a metodologia do estudo, seguida do relatório de campo, os resultados no formato de dois artigos e as considerações finais.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1. GERAL:

Avaliar a assistência pré-natal realizada pelas enfermeiras da rede pública de saúde do município do Rio Grande/RS.

### 2.2. ESPECIFICOS:

Verificar os recursos físicos (instalações, equipamentos e instrumentos) e humanos disponíveis na rede pública de saúde para a realização da consulta pré-natal;

Identificar se as enfermeiras realizam os procedimentos preconizados pelo PHPN e Protocolo Municipal para a Assistência Pré-natal;

Avaliar o conhecimento das enfermeiras acerca da rotina da consulta de pré-natal estabelecida pelo PHPN e protocolo municipal.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Políticas de atenção integral à saúde da mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 1950 e 1970 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social (BRASIL, 2004).

Em resposta a demanda do movimento organizado de mulheres pelo direito de qualidade na assistência, em 1984, o Ministério da Saúde (MS) ampliou as ações públicas de atenção à população feminina por meio da implementação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). A esse programa foram incorporadas ações com ênfase educativa e preventiva, além de diagnóstica, tratamento e recuperação, direcionadas à assistência clínica e ginecológica (câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e climatério) e obstétrica (pré-natal, parto e puerpério).

Seu objetivo era promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres e promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para as mulheres e adolescentes (BRASIL, 2000).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. O PAISM rompeu com a idéia que muito tempo norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério (OSIS, 1998).

A partir de um balanço institucional das ações realizadas pelo Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), entre 1998 e 2002, o Ministério da Saúde intensificou suas ações com a perspectiva de resolução de problemas relacionados à saúde reprodutiva e em particular a mortalidade materna. Com esse propósito, várias estratégias políticas de saúde locais e nacionais foram adotadas, considerando a representação significativa de 65% da população feminina em idade reprodutiva (10 a 49 anos) 70% delas como usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e 65% dos óbitos maternos associados a ocorrência do parto (BRASIL, 2004).

A implantação de projetos como “Maternidade Segura”, “Capacitação de Parteiras Tradicionais” “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento” e “Casas de Parto” foram incentivados pelo MS, por meio de portarias e da destinação de recursos financeiros para treinamento e capacitação de profissionais, diretamente ligados a esta área de atenção e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes (BRASIL, 2002).

Além disso, foi uma estratégia mediante a atuação de uma parcela da população feminina, representada por usuárias do SUS, grupos feministas e profissionais da área da saúde, como enfermeiras obstétricas, psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas alternativos e profissionais liberais (DINIZ, 2001).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo MS através da Portaria/GM n.569, em 01 de junho de 2000, visando concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco (BAULI, 2010).

Um dos objetivos fundamentais do PHPN é aprimorar as relações entre profissionais, bem como entre usuários/profissionais e estabelecer interações sociocomunitárias, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por instituições aos usuários (BRASIL, 2000).

Ainda, a realização do PHPN colabora para captação ativa da população sexualmente ativa, pois em sua rotina estão os exames de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) exames de colpocitologia oncótica (preventivo do câncer de colo do útero) assim como aqueles específicos para o rastreio de sífilis e de diabetes gestacional, doenças que comprometem o conceito e podem acarretar, por exemplo, o parto prematuro, evento que leva a procedimentos de alto custo ao SUS para reverter a deficiência decorrente da falta de atenção básica e de atenção secundária de melhor qualidade e cobertura (ANDRADE, 2005).

Como princípios, o PHPN estabelece: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os

princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2005).

O PHPN consiste em uma proposta desafiadora. Em primeiro lugar preconiza a mudança do paradigma assistencial, enraizado no intervencionismo e centrado na equipe assistencial, para direcionar a atenção à mulher como sujeito do processo gestacional, parturitivo e puerperal a partir de postura ética centrada nos direitos das usuárias. Em segundo lugar, centrada em esforços e recursos para qualificar a ação mais antiga e tradicional da atenção a mulher, a fim de torná-la efetiva e respeitosa buscando o resgate do parto normal. Em terceiro lugar, propõe a utilização de tecnologia baseada em evidências, o que exige mudanças na prática de toda a equipe assistencial e, conseqüentemente, disposição desta para a atualização de seus conhecimentos obstétricos. E, em quarto lugar, exige a articulação entre as ações assistenciais, a integração da equipe assistencial e desta com a usuária, para que sejam respeitados os direitos da mulher e assim se obtenha efetividade (ALMEIDA, 2009).

O PHPN instituiu, ainda, uma estratégia para induzir e auxiliar a maioria dos municípios a implementar essas ações, introduzindo novos recursos para o custeio dessa assistência e transferindo-os mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários para melhorar a qualidade da assistência (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A cobertura do pré-natal é considerada como um dos principais indicadores da qualidade da atenção básica em saúde. Os resultados dos estudos de Carvalho e Araujo (2007), em Pernambuco, mostram uma elevada cobertura do pré-natal corroborando com os achados de Serruya et al (2004), ao avaliarem os dois primeiros anos de implementação, 2001 e 2002, do PHPN no país, em que revelaram alta cobertura do programa. Porém, a despeito dessa cobertura, observaram uma pequena proporção de mulheres com pré-natal adequado (17,8%). Esse resultado pode estar refletindo dificuldades na implementação do programa nos serviços de saúde (CARVALHO; ARAUJO, 2007).

A criação de um sistema informatizado de acompanhamento do PHPN, o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal (SISPRENATAL), foi considerada como medida fundamental do programa. Esse sistema de informações deveria, além disso, monitorar o pagamento dos incentivos financeiros e constituir-se em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e

estadual, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços. Até a instituição do PHPN, os dados referentes à assistência pré-natal no SUS restringiam-se ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Quanto à assistência prestada pelas enfermeiras, o estudo realizado por Moura (2003) no estado do Ceará, evidenciou que a atenção dada pelas enfermeiras na consulta de pré-natal sobressai aos demais profissionais da área da saúde, pois entre suas dinâmicas de atendimento foram encontradas: uma em que o médico realiza, pelo menos, duas consultas em todo pré-natal, ficando as demais com a enfermeira; e a outra em que as gestantes são encaminhadas ao médico somente quando há alguma intercorrência, ficando exclusivamente com a enfermeira.

No estudo realizado por Parada (2008) sobre a avaliação dos recursos existentes e ações em saúde desenvolvidas na assistência pré-natal no estado de São Paulo, houve a conclusão de que a realização das atividades recomendadas pelo MS constitui ainda um desafio em saúde, e que os baixos índices obtidos evidenciam um quadro grave, que para ser revertido demandará diversas estratégias em saúde e só será possível se a atenção pré-natal for considerada como uma das prioridades dos municípios.

Apesar de todos os esforços para melhorar a saúde da mulher, ainda havia necessidade de fortalecer a assistência prestada e, então, no ano de 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – princípios e diretrizes (PNAISM). Esta política foi criada em parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento das mulheres, o movimento negro, o das trabalhadoras rurais, a sociedade científica, as organizações não governamentais, os gestores do SUS e as agências de cooperação internacional.

Essa política teve o propósito de expor a saúde da mulher como direito de cidadania e deve nortear as ações de atenção a sua saúde, contribuindo para que as mulheres brasileiras avancem em suas conquistas.

A PNAISM tem como objetivo principal a redução da morbimortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo o acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades. Além desse aspecto citado anteriormente, o que a diferencia de outros programas políticos é a valorização de ações educativas, considerando o conhecimento prévio do sujeito, com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre saúde promovendo o autoconhecimento e a busca pela autoestima feminina, incorporando a mulher como um sujeito ativo no cuidado a sua saúde (BRASIL, 2009).

Além do mais, são consolidados avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Propõem-se também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2009).

Outro aspecto dessa política que merece destaque, é que esta foi formulada baseando-se em avaliações de políticas anteriores, buscando preencher lacunas que ficaram incompletas, como por exemplo, nas questões de climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (FREITAS et al, 2009).

Então, a PNAISM reforça a humanização da assistência a mulher, levando em conta que qualidade e humanização são indissociáveis e que humanizar não é só dar um tratamento digno a mulher, mas que também se trata de acessibilidade a todos os níveis de atenção a saúde e direito a referência e contra referência. A partir disso, a mulher poderá então ser vista na sua integralidade, como um sujeito autônomo e participativo nesse processo. Com isso, haverá garantias de atendimento a suas necessidades e conseqüentemente melhorando a qualidade da sua assistência (BRASIL, 2009).

Com o objetivo de criar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento, com garantia de acessibilidade, acolhimento e resolutividade quanto às questões de mortalidade materna e neonatal, o Ministério da Saúde apresenta mais uma estratégia, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Este é um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade que permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança e dignidade, não se esquecendo que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e que constitui uma experiência única para a mulher e para as pessoas envolvidas (BRASIL, 2011).

A implementação desta estratégia se dá através da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto,

da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Além de todos os programas voltados à saúde da mulher e da progressão destes durante os anos, é fundamental para a concretização das mudanças o compromisso político com as premissas filosóficas do SUS e com as mulheres. Esse compromisso deve se basear no trabalho constante de avaliação e readequação da assistência. Programas, estratégias de atenção e monitoramento de resultados são instrumentos auxiliares nesse trabalho. Se não utilizados com essa finalidade, passam a ser percebidos apenas como mais uma tarefa e não acrescentam ganhos à saúde da população.

A enfermeira deve estar então inserida nesta nova proposta do Ministério da Saúde seguindo os preceitos estipulados no referido programa, colaborando com a melhoria da qualidade do atendimento da mulher e do recém-nascido, dando suporte a mulher no que for necessário com a realização de procedimentos, educação em saúde e gerenciamento da assistência, sempre com foco na humanização.

### 3.2. Assistência pré-natal

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva, tratando-se de um processo singular, uma experiência especial para a mulher e seu parceiro, envolvendo também a sua família e a comunidade. Além disso, demanda mudanças em seu papel social, como o reajustamento e adaptações físicas e emocionais. A atenção a mulher durante a gravidez deve promover a prevenção, a promoção da saúde, e o tratamento de problemas que ocorrem durante a gestação e o puerpério (BRASIL, 2001; FREITAS, 2001).

Os cuidados prestados à mulher, principalmente durante a gestação, parto e puerpério passaram por diversas modificações no decorrer da história. A partir da segunda metade do século XX, o processo de institucionalização da assistência ao ciclo gravídico puerperal evoluiu, consolidando o parto como um evento hospitalar. Essas mudanças ocorridas trouxeram conquistas para a melhoria das condições do parto, com a introdução de suporte científico e tecnológico, mas nem sempre acompanhado de uma assistência mais humanizada (FORMIGA, 1999).

Também, com o decorrer das mudanças na assistência à mulher, houve a ampliação do foco dos caracteres exclusivamente físicos para uma visão que inclui os aspectos psicossociais da gestação que através das sociedades influenciam no

desenvolvimento e nos cuidados do período gestacional, do parto e pós-parto (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2005).

Mas, apesar das melhorias e evolução da assistência, ainda existiam, entretanto, lacunas na assistência: faltavam políticas próprias, diretrizes e princípios que assegurassem e norteassem a atenção a saúde da mulher (SILVA; SANTOS, 2002).

Também, há a necessidade de profissionais qualificados, para dar o suporte necessário às mulheres porque a gravidez é período em que ocorrem grandes alterações, tanto bioquímicas, quanto psicológicas, sociais e culturais. Durante a gestação, a mulher precisa de um acompanhamento adequado, pois caso a assistência não atenda às suas reais necessidades, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para a mãe quanto para o feto (UCHOA, 2010).

O Ministério da Saúde enfatiza que a gestação caracteriza-se por ser um período de mudanças físicas e emocionais, determinando que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo (BRASIL, 2000). Além disso, compreende um conjunto de atividades com a finalidade de identificar riscos e implementar medidas que visam maior nível de saúde para a mulher e para o conceito. Outro objetivo da atenção pré-natal é identificar adequada e precocemente as pacientes com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável e acolher a mulher desde o início de sua gravidez (BUCHABQUI, 2001).

A atenção pré-natal é um dos quatro pilares do projeto maternidade segura, juntamente com a assistência obstétrica essencial, como formulou o Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura da divisão de saúde familiar da Organização Mundial de Saúde, como forma de garantir as mulheres uma gravidez e parto seguros e bebês saudáveis; em outras palavras, a fim de evitar os resultados temidos: a mortalidade materna, perinatal e infantil (WHO, 1994).

A política adotada pelo Ministério da Saúde, por meio de ações programáticas que priorizam a atenção básica e a mudança no modelo assistencial visando a humanização do pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem estimulado a participação das enfermeiras e enfermeiras obstétricas no cuidado às mulheres na fase reprodutiva (SABINO, 2007).

No estudo realizado no município do Rio Grande em 2007, com o objetivo de avaliar a cobertura do exame das mamas e da citologia oncótica cervical entre os

exames de pré-natal foi apontado que o acompanhamento pré-natal foi realizado em Postos de Saúde do Município por 40,9% das mulheres; a idade gestacional média de ingresso no pré-natal foi de 12 semanas, verificando-se que 68,3% das pacientes o iniciaram no primeiro trimestre. A média de consultas realizadas por gestante foi de 7,3 verificando-se que 72,2% delas fizeram seis ou mais consultas (GONÇALVES et al; 2009).

No estudo de Lago e Lima (2009), em relação com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) – 2006, foi mostrado que quase universalmente no país, as gestantes realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal ao longo da gestação. Dentre as 5.041 gestações para as quais estas informações foram obtidas, em apenas 1,3% nenhuma consulta pré-natal foi realizada, sendo o maior percentual na região Norte (3,9%) e o menor na região Sudeste (0,2%) (LAGO; LIMA, 2009).

O Ministério da Saúde preconiza que a primeira consulta de pré-natal ocorra até 120 dias de gestação. Para gestações de baixo risco, o modelo brasileiro recomenda no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente distribuídas em uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação, com classificação contínua de risco gestacional (BRASIL, 2006; SILVA, CECATTI, SERRUYA, 2005).

Quanto à precocidade do início do acompanhamento, considerando a idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, a PNDS-2006 identificou que em 83% das gestantes, o início do acompanhamento ocorreu no primeiro trimestre de gestação. Alguns estudos mostram que a captação precoce é diferenciada dependendo do município analisado, como é possível perceber nos estudos de: Coutinho et al (2003), realizado em Juiz de Fora (MG), em que 29,7% das gestantes iniciaram o pré-natal precocemente; Trevizan et al (2002), em Caxias do Sul (RS), com um índice de 34,7% das gestantes iniciando as consultas até a 14ª semana e; Carvalho e Araújo (2007), realizado em Curitiba (PR), em que este valor foi de 65% (LAGO E LIMA, 2009).

O planejamento da assistência pré-natal de forma institucional é indicador da qualidade da assistência prestada a mulher no processo reprodutivo e se reflete nos índices de morbimortalidade materna (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Em geral, a consulta pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça

e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. O MS preconiza que a atenção pré-natal deve ser prestada por equipe multiprofissional de saúde, assumindo que as consultas podem ser realizadas pelo médico ou enfermeira (BRASIL, 2005).

Martins (2001) afirma ser importante o estabelecimento de ações e técnicas no atendimento pré-natal, quantitativa e qualitativamente, contemplando as realidades locais e regionais, para alcançar-se a utopia que se coloca para todas as pessoas envolvidas, com respeito à cidadania, com abrangência equitativa, diminuindo a mortalidade materna e infantil.

A assistência ao binômio mãe-filho, durante os períodos pré-natal e puerperal, deve ser prioritária em nível nacional, sobretudo no que diz respeito a ações de prevenção e promoção da saúde. Assim, é recomendado que os profissionais não se limitem a práticas clínico-obstétricas, sendo necessária a realização de atividades de educação em saúde na rotina da assistência integral, levando-se em consideração, de maneira holística, os aspectos sociais, econômicos e culturais que abrangem o binômio mãe - bebê (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Um dos principais papéis dos profissionais envolvidos neste atendimento é a escuta atenta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos. Neste sentido, é interessante que se efetuem trocas de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde – ações educativas – pois facilitam a compreensão do processo gestacional (BRASIL, 2000).

Quanto aos preceitos da assistência pré-natal, tem-se como eixo norteador o Componente I do PHPN que trata do incentivo à Assistência Pré-natal e tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes; e para isto é necessário dispor de sistema de assistência pré-natal, ao parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar; dispor de rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério; dispor de laboratórios vinculados à sua rede para realização dos exames básicos ou garantir acesso.

Além disso, é necessário dispor de unidade(s) de referência para o atendimento ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco ou garantir acesso; estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto e mecanismos de cadastramento no pré-natal

das gestantes até o 4º mês da gestação e garantir, de acordo com os princípios gerais e condições (BRASIL, 2000).

Para o acompanhamento pré-natal, devem ser seguidos os preceitos estabelecidos no Anexo I da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que se compõem dos seguintes procedimentos: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação; realizar no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realizar 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; realizar os seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta (BRASIL, 2005).

Além disso, é necessária haver a oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; a aplicação de vacina antitetânica dose imunizante segundo esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta (BRASIL, 2005).

Quanto aos estudos encontrados na literatura sobre a atuação da enfermeira na consulta pré-natal, visualizam-se os estudos de Brienza (2006) e Parenti (2007), desenvolvidos no município de Ribeirão Preto–SP, nos quais foi evidenciado que as enfermeiras têm se restringido a realização de alguns procedimentos técnicos, demonstrando dificuldades para atender as demandas e especificidade das mulheres grávidas, como as questões relacionadas a educação em saúde, tendo em vista que prevalece o modelo assistencial biologicista centrado no cuidado médico.

Contudo, para o alcance dos critérios preconizados pelo MS e sucesso da assistência é fundamental a adesão das mulheres ao pré-natal, que por sua vez está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais. Esta qualidade é condição essencial para a redução dos elevados níveis de mortalidade materna e perinatal no Brasil. Sabe-se que a consulta pré-natal é de suma importância para se realizar orientações e detectar intercorrências próprias do período gestacional de modo que o período gestacional e parto ocorram de maneira segura e otimizada.

### 3.3 Estrutura Organizacional do Trabalho da Enfermeira

Diante da importância da adequada organização da assistência pré-natal, objetivou-se visualizar, na produção científica nacional, como está organizado o processo de trabalho da enfermeira na assistência pré-natal e quais são as dificuldades enfrentadas por estas trabalhadoras para o desenvolvimento desta assistência.

A busca foi efetuada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, no mês de junho de 2010, utilizando a combinação dos descritores pré-natal e enfermagem, sendo encontradas 4 teses e 8 dissertações. Posteriormente à leitura cuidadosa dos textos completos, sete estudos foram selecionados para compor a análise, em vista de que os demais não apresentavam o foco na organização do trabalho.

Para a realização deste trabalho, foi procurou-se efetuar a busca somente em teses e dissertações no intuito de visualizar a temática nesse tipo de produção para ver se este tema não tenha sido explorado em demasia.

Os dados foram submetidos a técnica de análise temática que após observadas similaridades e regularidades entre os estudos, despontando, então, duas categorias: Estrutura organizacional do trabalho da enfermeira e Processo organizacional do trabalho da enfermeira.

De forma a proporcionar visibilidade e melhor compreensão dos achados, inicialmente apresenta-se o Quadro 1 com todas as obras encontradas articulando as duas palavras chave, cuidado pré natal e enfermagem.

Nº	Título	Autor	Grau	Objetivo	Instituição	Ano
1	Representações sociais e práticas discursivas dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre o Pré-natal.	Susanne Pinheiro Costa e Silva	Mestrado em Enfermagem	Identificar as representações sociais dos profissionais de medicina e enfermagem de nível superior do PSF acerca do Pré natal.	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2007
2	Conduta de profissionais que	Jamili da Costa	Mestrado em Enfermagem	Verificar o atendimento das	Universidade Federal do Rio	2008

	realizam a consulta de pré-natal na ESF quanto a detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis	Dantas		recomendações do MS para detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis nas condutas assistenciais realizada pelos profissionais que atuam na consulta pré-natal.	Grande do Norte	
3	Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato	Marco Antonio Barbosa	Dissertação de Mestrado em Enfermagem	Avaliar a qualidade de assistência do pré natal do município e satisfação das mulheres com o serviço	Universidade de Guarulhos	2007
4	O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto.	Adriana Mafrá Brienza	Doutorado em Enfermagem em saúde pública	Compreender o processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, buscando identificar as ações desenvolvidas no atendimento às mulheres.	Universidade de São Paulo	2005
5	A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP	Ana Maria Neves Finocchio Sabino	Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública	Caracterizar o perfil profissional e descrever as atividades da assistência pré-natal prestada pelas enfermeiras as gestantes subsidiadas pelo Protocolo de	Universidade de São Paulo	2008

				Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher.		
6	Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco - AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal	Margarida de Aquino Cunha	Doutorado em enfermagem	Identificar e descrever o perfil dos profissionais de enfermagem que participam na atenção ao pré-natal e analisar as competências essenciais desenvolvidas por eles na prática.	Universidade de São Paulo	2008
7	Assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Santos	Siqueira, Claudia Valéria Chagas de	Mestrado em Enfermagem	Analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes inscritas no Programa de Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube (UBS-RC) do município de Santos, SP.	Universidade de São Paulo	2011

Quadro 1 – Teses e Dissertações com os descritores enfermagem e pré-natal encontradas na Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações – julho de 2010.

Percebe-se que a maior parte dos estudos foi desenvolvida na região Sudeste, mais precisamente, na Universidade de São Paulo (USP) e apenas um estudo na região norte, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Nas teses e dissertações analisadas, é possível observar a importância visualizada pela enfermeira em relação à estrutura física do local, para que a consulta de pré-natal possa ter uma eficiência maior.

Segundo o estudo desenvolvido no município de Rio Branco, no Acre, a assistência pré-natal é realizada nos Centros de Saúde (CSs) e nas Estratégias de Saúde

da Família (ESF). Os centros de saúde são compostos por farmácia, laboratório, almoxarifado, arquivo, auditório, sala de administração, coleta de exames, medicação, esterilização, triagem, teste do pezinho, Serviço de Incentivo ao Aleitamento Materno (SIAM), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), sala de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, sala de exames de prevenção de colo do útero, sala de vigilância em saúde, sala de pré-consultas, sala de programas do Ministério da Saúde (diabetes, hipertensão, entre outros), consultório médico, de enfermagem, odontológico e pediátrico.

Nas ESFs, a estrutura física é composta pela recepção, farmácia, almoxarifado, sala de vacinas e curativos, consultório médico, de enfermagem e de odontologia, banheiros e copa, não existindo uma sala para pré-consulta que é realizada na sala de espera (CUNHA, 2008).

Em São José do Rio Preto, as unidades de saúde seguem um padrão, como sala de imunização, curativos, medicação e coleta de exame. Nas unidades estudadas, algumas possuem péssimo estado de conservação, como infiltrações nas paredes e problemas hidráulicos. Não há uma sala específica para consulta de enfermagem, as quais têm sido realizadas em salas que se encontrem disponíveis no momento, como a sala da gerência e de coleta de exames (SABINO, 2008).

No estudo realizado em uma unidade básica de Santos/São Paulo, há disponibilização de dois consultórios para realização de consulta pré-natal, um deles conta com um sanitário e uma antessala onde são realizadas as pré e pós consultas de enfermagem, possui iluminação e limpeza adequadas, pia para higienização das mãos, ar condicionado, cortinas e biombo, impressos próprios para atendimento em ginecologia e obstetrícia, sonar e estetoscópio de Pinard. O outro consultório é menor, sem sanitário anexo e sem material para atendimento obstétrico (SIQUEIRA, 2011).

No estudo realizado na cidade de Francisco Morato, em São Paulo foi elaborado um escore para a avaliação da estrutura das unidades de saúde e estas apresentaram 100% de pontuação quanto a sua estrutura para a consulta de pré-natal (SABINO, 2008).

O estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto destaca a constatação por parte de algumas enfermeiras entrevistadas, da existência de apenas consultórios médicos em uma unidade básica de saúde. Segundo a autora, a situação foi considerada mais séria porque, na secretaria de saúde, há enfermeiras atuando diretamente na

estruturação das unidades e, mesmo assim, não planejaram uma sala para consulta de enfermagem (BRIENZA, 2005).

Percebe-se quanto ao agendamento, nos centros de saúde do município de Rio Branco, o número de consultas agendadas diariamente varia de seis a oito, e essa é umas das responsabilidades da enfermeira. Nas ESFs, há uma busca ativa das gestantes, que são encaminhadas à unidade de saúde. As enfermeiras têm total autonomia para estabelecer as consultas, de acordo com a demanda e o atendimento de outros programas (CUNHA, 2008).

Uma atividade que foi visualizada como sendo desenvolvida em apenas uma das unidades do município é o grupo de gestantes, o qual é realizado a cada quinze dias. Nos centros de saúde, quando há profissional disponível, são realizadas atividades educativas tratando da importância do pré-natal, aleitamento materno, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar.

Quanto à função desempenhada na assistência pré-natal no município de Rio Branco, no Acre, as enfermeiras realizam a pré-consulta (verificação da altura, peso e pressão arterial), o preenchimento de formulários (livro do pré-natal, ficha do sisprenatal, ficha perinatal e ficha da reproductina), a anamnese (queixas, dados sociodemográficos e pessoais), o exame físico (avaliação das condições da pele, mucosa, membros, pesquisa de edema, exame de mamas, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos (BCF), palpação e verificação da posição fetal) e cálculo da idade gestacional (IG) (CUNHA, 2008).

Tratando-se da prescrição de medicamentos, as enfermeiras deste estudo, estão prescrevendo conforme protocolos do Ministério da Saúde, assim contemplando as atividades preconizadas, em conformidade com as queixas apresentadas pelas gestantes.

Em relação ao município de São José do Rio Preto, nas policlínicas, os auxiliares de enfermagem realizam a pré consulta e depois encaminham para a consulta médica. Nas UBS, os próprios médicos realizam a pré consulta (SABINO, 2008). O autor investigou 21 unidades que prestam assistência pré-natal, sendo encontrado que, em apenas 4 destas, há a realização de atividades em grupo para as gestantes, e nas demais unidades há o desenvolvimento de orientações individuais durante a consulta médica.

A enfermeira, na primeira consulta à gestante, está centrada na solicitação de exames laboratoriais e diagnósticos, orientação sobre a periodicidade das consultas

médicas e informação sobre os grupos de gestantes. As demais consultas são realizadas pelo médico.

Em relação à busca pela atenção pré-natal em São José do Rio Preto, as gestantes procuram o atendimento por livre demanda e nas ESFs são encaminhadas pelos agentes comunitários de saúde (SABINO, 2008).

Quanto ao registro na carteira da gestante sobre as atividades realizadas pela enfermeira, o estudo desenvolvido no município de Francisco Morato demonstra a precariedade dos registros, pois algumas atividades que são realizadas não são registradas e este fato compromete a qualidade da assistência (BARBOSA, 2007).

Na dissertação de mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre as condutas no pré-natal quanto ao manejo da sífilis, os resultados evidenciaram que a enfermeira é a profissional que realiza o registro de notificação da gestante com sífilis (DANTAS, 2008).

As enfermeiras entrevistadas afirmaram a solicitação mensal do VDRL nas consultas de pré-natal e também informaram que explicam a gestante as formas da sífilis, sua transmissão, tratamento e conseqüências para a mãe, o bebe e o companheiro quando não há tratamento adequado (DANTAS, 2008).

Quanto às dificuldades na realização da consulta de pré-natal a falta de habilidade/ segurança, sendo considerado por este autor que a carga horária da disciplina de saúde da mulher durante a graduação é insuficiente no sentido de proporcionar reais condições de realizar assistência pré-natal (SABINO, 2008). Outro motivo apontado como dificuldade neste estudo é o acúmulo de funções visto que a enfermeira, mesmo estando na coordenação da Unidade de saúde, este também é responsável por vários outros encargos, como o programa de saúde do idoso, imunizações, hipertensão, diabetes, entre outros.

O estudo realizado no Rio Grande do Norte ou com o objetivo de identificar as representações sociais dos trabalhadores acerca do pré-natal aponta como dificuldades a falta de atividades preventivas e educativas em decorrência da complexidade de outras tarefas que permeiam seu trabalho. Além disso, é relatado pelas enfermeiras que participaram do estudo sendo também dificuldade, a falta de compreensão das gestantes quanto a importância da rotina do pré-natal (presença nas consultas, realização de exames laboratoriais entre outros procedimentos) para uma gestação saudável (SILVA, 2007).

As dificuldades para o acompanhamento da gestante com sífilis estão embasadas nos recursos laboratoriais, como a falta de materiais de laboratório, demanda reprimida e a demora na entrega dos resultados (DANTAS, 2008).

Discutindo-se acerca dos achados, os estudos demonstram que, apesar da criação do protocolo da humanização do parto e puerpério pelo Ministério da Saúde, as instituições de saúde ainda não estão preparadas estruturalmente para comportar esse novo modelo de assistência à saúde da mulher. Esta falta de preparo dos estabelecimentos de saúde é evidenciada pela falta de materiais de uso indispensável na consulta e isto demonstra, a nosso ver, certo descaso por parte dos gestores municipais, que não parecem estar exercendo gerenciamento e fiscalização dos serviços. Ou, o fazem, mas não consideram esse tipo de trabalho com a importância devida. A constatação dessa problemática evidencia que não basta uma política de saúde, por si só, ser conformada e estabelecida como necessária no desenvolvimento dos serviços. É necessário que haja investimento na estrutura física e pessoal dos locais de assistência, como forma de viabilizar essa política.

Outro aspecto observado de suma importância no trabalho da enfermeira, que foi evidenciado nesta revisão integrativa foi a precariedade de registros. Os registros devem ser sempre realizados da forma mais clara, concisa e completa possível, pois estes são uma das evidências que legitimam o trabalho da enfermeira na consulta.

O atendimento pré-natal precisa estar organizado para atender as necessidades de toda a população de gestantes utilizando conhecimentos técnico-científicos, meios e recursos adequados disponíveis. A estrutura física da instituição deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e agradáveis às gestantes (FEBRASGO, 2005).

Os profissionais precisam buscar, junto aos gestores, a implementação real da política, para isso é necessário que os profissionais tenham conhecimento da política e dos seus objetivos e trabalhem juntos focalizando cumprir as metas do programa, de forma a que esta saia do plano das idéias e passe a fazer parte do cotidiano dos serviços. Percebe-se que o processo de trabalho da enfermagem está tomando uma dimensão renovada no decorrer dos anos, que exige com que a enfermeira tenha conhecimento de seus direitos e deveres como profissional, além de que deve possuir conhecimentos do seu fazer/agir. E, a luta por melhores condições de trabalho, de forma a proporcionar uma assistência mais ética e qualificada deve fazer parte do seu dia-a-dia. O PHPN e a lei do exercício de enfermagem subsidiam a consulta de enfermagem e é importante que

o profissional tenha conhecimento acerca desses protocolos para poder reivindicar essas melhores condições, as quais estão contempladas nessas diretrizes.

Essa nova dimensão é evidenciada pelos estudos, no momento em que estes apresentam as enfermeiras prescrevendo medicações, solicitando exames laboratoriais e diagnósticos, além do preenchimento de documentos, acolhimento das gestantes e realização da consulta de pré-natal.

As ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Seus objetivos são de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido (XIMENES NETO et al, 2008).

Um fator de relevância são as dificuldades na organização da consulta, pois foi mostrado que as enfermeiras possuem dificuldades nas habilidades técnicas, como os procedimentos e dificuldade de conhecimento técnico, como dificuldade na prescrição de medicamentos e interpretação de exames.

A realização da CE pressupõe o domínio pelas enfermeiras das habilidades de comunicação, observação e de técnicas propedêuticas. Deve ter objetivos claros e metodologias próprias, fazendo com que a enfermeira tenha, de fato, uma atuação definida no serviço de saúde (SANTOS et al, 2008).

Então, no intuito de desenvolver uma assistência pré-natal mais otimizada, deve-se disponibilizar subsídios para o aperfeiçoamento da enfermeira, no sentido de que se possa sistematizar e operacionalizar a consulta de enfermagem para a gestante e também valorizar o trabalho deste profissional, que apesar das dificuldades, como falta de estrutura física e de materiais.

#### 3.4. Avaliação da qualidade em saúde

O conceito de avaliação surgiu após a segunda guerra mundial, onde os economistas desenvolveram métodos para analisar vantagens e os custos de programas públicos, sendo estes profissionais, pioneiros da avaliação. Mas, rapidamente as suas abordagens revelaram-se insuficientes, especialmente quando aplicadas aos programas sociais e a educação. A avaliação de certo modo foi “profissionalizada” adotando-se uma perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos (CONTRANDIOPOULUS, 2002)

Expandiu-se no final do século XX, tanto em produção científica quanto na sua institucionalização, fornecendo informação para a melhoria das intervenções em saúde acerca de cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficácia e perspectiva dos usuários (VIEIRA DA SILVA, 2005).

A avaliação pode ser definida como um processo construtivo e técnico administrativo que deve ser exercido por todos que estão envolvidos no planejamento e execução dos serviços ou programas de saúde e integrado ao processo de tomada de decisões, seja no nível operacional ou político (GIL, 1995).

Ainda para Tanaka e Melo (2001) avaliar significa expor um valor assumido a partir de um julgamento realizado, com base em critérios previamente definidos. Para avaliar, identifica-se uma situação específica reconhecida como problema e utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente a esse processo.

Segundo Silver (1992) avaliação constitui uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, sendo um processo organizativo que visa não apenas a melhoria das atividades em andamento, mas, igualmente, a planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões. No campo da saúde, pode e deve ser a mais importante atividade inerente a gestão de serviços e programas, permitindo tanto a detecção de qualquer insuficiência ou erro quanto a realização da meta.

Tratando-se da avaliação em saúde, esta é ainda, um campo do conhecimento em construção conceitual e metodológica; pode assumir abordagens bastante diversificadas e um dos seus princípios é o caráter dinâmico, em termos de temporalidade; a avaliação pode ocorrer de forma transversal ou longitudinal, dependendo que o objetivo do avaliador deseja diagnosticar ou descrever (NOVAES, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2003) a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham responsabilidades.

Em relação aos pressupostos da avaliação, segundo Tanaka e Melo (2004) esta parte da análise e do conhecimento existente da situação que se quer avaliar, para isso é necessário que haja objetivos definidos e hipóteses formuladas pelo interessado na

avaliação. Nesse sentido, hipótese tem o significado de ser uma proposição que prevê uma relação entre dois conceitos ou fenômenos, sendo sempre uma pressuposição provisória, devendo ser verificada ou não pelos resultados da avaliação.

Outro pressuposto importante é saber que, para realizar uma avaliação é condição necessária analisar as informações disponíveis para melhor conhecer a situação que se vai avaliar. Deve-se considerar também que avaliação é parte do planejamento/gestão, constituindo um suporte para a tomada de decisões capazes de alterar a situação inicial identificada como problema (TANAKA; MELO, 2004).

A avaliação tem como objetivo, conhecer como vai e qual o andamento do que se está fazendo, ou seja, trata-se de saber até que ponto estão sendo alcançados os objetivos e metas propostos dentro de um programa ou um projeto em andamento, como se está prestando um serviço ou como se está modificando uma situação problema (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Quanto às etapas da avaliação, estas podem ser agrupadas em três ações que são: medir, comparar e emitir juízo de valor. Para o início de uma avaliação é preciso identificar a amplitude a legitimidade das decisões a serem tomadas sem que haja perda da finalidade na qual seja emitir um juízo que permita a tomada de decisão. Então, na avaliação em saúde exige a formulação de hipóteses que deverão estar baseadas no conhecimento existente e disponível sobre o objeto que deve ser avaliado e, também, direcionar quanto ao conteúdo e a escolha dos instrumentos a serem avaliados e das decisões possíveis de serem tomadas (CONTANDRIOPOULOS et al, 2002).

As avaliações podem ser de dois tipos: as avaliações normativas que é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOS et al, 2002).

A pesquisa avaliativa pode ser definida como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e os rendimentos de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 2002).

Ainda para o mesmo autor, a qualidade na atenção à saúde apresenta dois componentes básicos: a definição e medida do estado de saúde e das mudanças ou

diferenças deste estado; e a especificação do cuidado médico associado com qualquer resultado relativo a um estado de saúde. Segundo o referencial teórico sistêmico proposto pelo autor – a tríade estrutura, processo e resultado – a avaliação do processo reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para chamar a atenção sobre a necessidade de corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento (CONTANDRIOPOULOS et al, 2002).

O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção em saúde e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção; descrição das características das instalações, da equipe disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência (DONABEDIAN, 1988).

Já a avaliação de processo descreve as atividades do serviço em saúde, orientada, principalmente, para a análise da competência dos profissionais no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados estabelecidos como normas pelos próprios profissionais de saúde. Geralmente os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas médicas rotineiras (REIS et al, 1990). Segundo Donabedian (1988), a metodologia dos estudos de processo pode ser desenvolvida de duas maneiras: observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos.

Para estimar a qualidade dos serviços, Donabedian (1988) tem recomendado a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo do processo como a melhor forma para investigar-se o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência.

Quanto aos componentes do conceito de qualidade, segundo Vuori (1991) são 9 sendo estes: a qualidade técnico-científica que se trata da aplicação das ações de acordo com o conhecimento e tecnologia disponíveis; Efetividade que é a capacidade de produzir o efeito desejado, quando em uso é rotineiro; é a relação entre o impacto real e o impacto potencial; a Eficiência sendo o impacto real e o custo das ações. Equidade sendo a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população; o Acesso tratando-se da remoção de obstáculos a utilização dos serviços disponíveis; Adequação que é o numero suficiente de serviços em relação as necessidades e as demandas.

Além disso, consta a aceitação que é fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais, e de outra natureza com as expectativas dos usuários em potencial e por fim a eficácia traduzindo-se na capacidade de produzir o efeito desejado, quando o serviço é colocado em condições ideais de uso (VUORI, 1991)

Sendo assim, a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência pré-natal proporciona identificar o desempenho do serviço e evidencia a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante (NAGAHAMA, 2006).

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Este estudo é um recorte da macro pesquisa intitulada “Auditoria em saúde: uma avaliação da qualidade pré-natal no Município do Rio Grande”<sup>3</sup>, que é uma parceria entre a Escola de Enfermagem e a Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O presente estudo apresenta abordagem quantitativa, caracterizando-se como uma pesquisa avaliativa com enfoque na qualidade técnico científica do cuidado que visa avaliar a estrutura e o processo de trabalho oferecido para o atendimento pré-natal pelas enfermeiras da rede básica de saúde.

### 4.2 Local do estudo

Este estudo foi nas Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família no município do Rio Grande, localizado na planície costeira sul do Estado do Rio Grande do Sul, o qual apresenta uma população de 198.560 habitantes, sendo que 62.797 são mulheres em idade fértil. Sua economia é bastante diversificada e o seu produto interno bruto (PIB) *per capita*/ano é de aproximadamente R\$ 19.000,00 (IBGE, 2010).

No quesito desenvolvimento, ocupa a 29ª posição dentre os 453 municípios do estado, com um o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,793. Apesar do coeficiente de mortalidade infantil ter declinando nos últimos anos, chegando a 16/1000, ainda é superior a média do Estado, com cerca de 13/1000 (IBGE, 2010).

O sistema de saúde do município do Rio Grande é constituído por 32 unidades básicas e dois hospitais gerais. O atendimento a gestante é oferecida em 19 Unidades de Estratégia de Saúde da Família e em 1 Unidade Básica de Saúde Tradicional. A atenção pré-natal também é realizada no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Pelo menos 99% dos partos ocorrem em nível hospitalar.

---

<sup>3</sup> Pesquisa intitulada “Auditoria em Saúde: uma avaliação da qualidade pré-natal no município do Rio Grande”, coordenada pela Profª. Dra. Carla Vitola Gonçalves e Profª. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber, que tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes atendidas na rede pública de saúde do município do Rio Grande, sendo desenvolvida no período de setembro de 2010 até fevereiro de 2011.

As unidades básicas de saúde atendem apenas gestantes de baixo risco seguindo-se o PHPN e Protocolo Municipal de Atendimento Pré-Natal. As gestantes diagnosticadas de alto risco são encaminhadas para o atendimento no Hospital Universitário e no Posto de Atendimento Médico (PAM), da Secretaria Municipal de Saúde.

#### 4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram as enfermeiras que realizam assistência pré-natal a gestante de baixo risco nas Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio Grande, que são em número de 16, mas devido a duas recusas, totalizaram-se 14 enfermeiras. Estas atuam com uma carga horária de 8 horas diária, período em que realizam diversas atividades, como visitas domiciliárias, coleta de material para exame citopatológico, consulta de enfermagem, dentre outras.

Geralmente as consultas de pré-natal ocorrem uma vez na semana, em um horário fixo e sem um número máximo de consultas por dia, exceto nas unidades de saúde de difícil acesso onde as consultas ocorrem sem dia certo, por livre demanda, devido a dificuldade de acesso das usuárias à unidade.

#### 4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa, todas as enfermeiras que oferecem atendimento pré-natal no município do Rio Grande. Duas enfermeiras não aceitaram participar da pesquisa.

#### 4.5 Coleta de dados

Para operacionalizar a coleta de dados, primeiramente foi realizado um mapeamento de todas as unidades que realizavam a assistência pré-natal no município e com isso feito contato telefônico com as enfermeiras das unidades onde era agendado o dia do coletador de dados ir a unidade.

No momento do mapeamento, das 20 unidades de saúde que se obteve a informação que eram desenvolvidas as consultas de pré-natal, 2 unidades não estavam prestando assistência pré-natal no momento, uma por falta de médico e outra por ser de difícil acesso. Dessas, 18 unidades, 3 unidades recusaram-se a participar do estudo, finalizando 15 unidades participantes. O número de equipes de saúde, varia de uma a três em cada unidade, e de 21 enfermeiros atuantes nessas unidades apenas 16

enfermeiros realizavam a assistência pré-natal, levando-se em conta que houveram 2 recusas, totalizou-se 14 enfermeiros.

O banco de dados da macro-pesquisa foi constituído por meio da realização de três etapas: a primeira etapa, visando avaliar o processo de trabalho, consistiu na observação da consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras e, para isto, foi utilizado um guia norteador (APÊNDICE A), no qual constavam os elementos recomendados no PHPN para serem desenvolvidos na assistência pré-natal, de forma a identificar sua realização, como: história obstétrica, exame gineco-obstétrico, exames laboratoriais, realização de profilaxias, orientação quanto ao retorno para consulta. As consultas observadas foram aleatórias, independente do trimestre de gestação da mulher e do número de consultas que esta já tinha realizado. Este roteiro norteador visava avaliar a conduta dos profissionais, não tendo foco algum na gestante como sujeito da pesquisa.

No guia norteador da observação havia uma coluna em que eram registrados os elementos observados na consulta e outra coluna em que eram registrados os elementos que, no caso de não ser a primeira consulta, sua realização era verificada por meio da análise dos registros da carteira da gestante.

A segunda etapa consistiu na aplicação de um questionário às enfermeiras que realizam a consulta pré-natal (APÊNDICE B). Neste questionário constavam informações acerca do tempo de formação e, também, questões sobre o conhecimento básico da rotina pré-natal preconizada pelo PHPN, como a história obstétrica, exames ginecológicos e laboratoriais, realização de profilaxias e número mínimo de consultas.

Na terceira etapa, foi realizada uma avaliação da estrutura física oferecida para o atendimento pré-natal (consultório com mesa ginecológica, disponibilidade de material para coleta do citopatológico, aparelho de medir pressão arterial, balança, fita métrica e sonar) (APÊNDICE C).

Para a realização das entrevistas, foram selecionados quatro entrevistadores, entre os acadêmicos de enfermagem e medicina que demonstraram interesse em participar do estudo. O treinamento consistiu da leitura do questionário e do manual de instruções, aplicação do questionário em duplas e perante o grupo e, em seguida, a realização de um estudo piloto. Esta etapa teve por objetivo testar o enunciado das questões, familiarizar o entrevistador com o questionário e tentar reproduzir as mesmas condições da realização do trabalho de campo.

O controle de qualidade foi realizado através de repetição de 10% de parte das avaliações e entrevistas pelo coordenador da coleta de dados. Para este estudo foram

utilizados apenas os dados relativos a observação do trabalho e entrevistas com as enfermeiras, e a avaliação da estrutura das unidades.

A escolha das gestantes foi aleatória, sendo acompanhada a primeira gestante que estivesse presente na unidade para consulta; a primeira da agenda da enfermeira ou a primeira gestante que aceitasse que sua consulta fosse acompanhada pela acadêmica. A idade gestacional não foi critério de inclusão ou exclusão do acompanhamento da consulta da gestante.

#### 4.6 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo para a etapa de observação foram: se foi avaliado se os profissionais realizam as rotinas preconizadas pelo PHPN tanto na primeira consulta de pré-natal quanto nas consultas de retorno como a anamnese, o exame físico, a solicitação de exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos.

Em relação à avaliação da enfermeira na etapa de entrevista, as variáveis estão relacionadas aos conhecimentos destas acerca das rotinas básicas preconizadas pelo PHPN como: a rotina do exame físico mínimo da gestante na primeira consulta e os exames físico e obstétrico que devem ser realizados na consulta de retorno; os exames laboratoriais que devem ser solicitados na primeira consulta, os que devem ser repetidos e as suas interpretações. Também foram consideradas como variáveis as condutas preconizadas pelo PNP sobre vacinação e prescrição de sulfato ferroso e de ácido fólico.

Para a etapa de avaliação da estrutura, foi considerado como variáveis a presença de: sala para realização da consulta pré-natal, mesa ginecológica, luvas descartáveis, sonar, material para coleta de citopatológico, balança para aferição do peso corporal e fita métrica.

#### 4.7 Análise de dados

O parâmetro para avaliação do cuidado pré-natal são as recomendações do componente I do PHPN e do Protocolo Municipal de Atenção Pré-natal que direciona a assistência obstétrica e neonatal nos serviços, oferecendo os critérios indicadores da qualidade dessa assistência, os quais já foram referenciados em capítulo anterior. Foi avaliado o conhecimento das enfermeiras acerca da rotina básica preconizada pelo PHPN e a estrutura física e materiais disponíveis para o atendimento, fazendo a correlação com os critérios preconizados pelo PHPN.

#### 4.8 Critérios de qualidade:

Para análise dos dados, foram estabelecidas três dimensões: critérios de estrutura, critérios de conhecimento e critérios do processo de trabalho na consulta pré-natal.

Quanto aos critérios de estrutura, a cada item constante no roteiro de observação que era observado nas unidades de saúde foi atribuído a valoração de 1 ponto, sendo que cada unidade obtinha o máximo de 8 pontos, classificando-se da seguinte forma:

Estrutura adequada	7 a 8 pontos
Estrutura inadequada	6 pontos ou menos

Em relação aos critérios de conhecimento da rotina de Pré-natal realizada por parte das enfermeiras, de acordo com a conduta preconizada pelo PHPN, o que foi verificado por meio da realização da entrevista individual, a pontuação máxima possível neste escore era de 78 pontos e esta classificação possibilitou a obtenção dos seguintes indicadores avaliativos:

Conhecimentos suficientes	78 a 61 pontos.
Conhecimentos intermediários	60 a 41 pontos.
Conhecimentos insuficientes	Menor ou igual a 40 pontos.

Quanto aos critérios para avaliação do processo de trabalho das enfermeiras, o que foi analisado por meio da observação das consultas pré-natais, a pontuação máxima que cada enfermeira obtinha era de 37 pontos. E o critério de pontuação era que, para cada item observado na consulta, registrado na carteira da gestante ou no prontuário da paciente, era atribuído a valoração de 1 ponto.

Conduta profissional adequada:	De 37 a 27 pontos
Conduta profissional regularmente adequada:	27 a 17 pontos
Conduta profissional inadequada	Menos de 17 pontos

#### 4.9 Aspectos éticos

A participação das enfermeiras na pesquisa foi de livre e espontânea vontade, estas podiam se negar a participar ou interromperem o estudo quando quisessem. Nenhuma profissional foi ou se sentiu prejudicada ou sofreu algum tipo de dano. Estas questões estão explicadas no termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela enfermeira antes do início das etapas da pesquisa (APÊNDICE D).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande sob parecer nº 63/2010. Foi garantida e assegurada a confidencialidade dos dados, os questionários sendo numerados sem qualquer tipo de identificação. Os dados permanecerão por 5 anos sob a guarda da coordenadora do projeto, além disso, a mestranda recebeu autorização para a utilização do banco de dados (APÊNDICE E).

## 5. RELATÓRIO DE CAMPO

Esta dissertação de mestrado apresenta o enfoque na avaliação da assistência pré-natal desenvolvida no município do Rio Grande/RS, realizada por meio da avaliação da estrutura (materiais e instrumentos) e do processo de trabalho das enfermeiras que realizam a consulta pré-natal no município. O objeto principal do estudo foi o componente I do PHPN e o Protocolo Municipal de Atenção Pré-natal com o olhar direcionado para suas rotinas e princípios preconizados.

Para a coleta de dados foram selecionadas, segundo interesse voluntário e disposição de horário, duas acadêmicas do curso de Enfermagem e duas do curso de Medicina, as quais foram treinadas para utilização dos instrumentos de pesquisa e realizaram um estudo piloto. Com isso, familiarizaram-se e prepararam-se para o desenvolvimento das etapas de execução da pesquisa, ou seja, para a observação da estrutura das unidades de saúde e das consultas de pré-natal desenvolvidas e realização das entrevistas.

Primeiramente, obteve-se uma listagem das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande. Após, foi feita visita a cada uma destas vinte unidades no intuito de realizar uma arrolação daquelas em que era desenvolvida a consulta pré-natal, totalizando vinte unidades. A partir desse levantamento, as enfermeiras foram contatadas para averiguar o dia da semana em que as consultas eram realizadas, havendo, então, distribuição equânime das unidades entre as coletadoras de dados conforme disponibilidade de horário de cada uma.

Das 20 unidades de saúde que se obteve a informação que eram desenvolvidas as consultas de pré-natal, 2 unidades não estavam prestando assistência pré-natal no momento, uma por falta de médico e outra por ser de difícil acesso. Dessas, 18 unidades, 3 unidades recusaram-se a participar do estudo, finalizando 15 unidades participantes. O número de equipes de saúde, varia de uma a três em cada unidade, e de 21 enfermeiros atuantes nessas unidades, 16 enfermeiros realizavam a assistência pré-natal, levando-se em conta que houveram 2 recusas, totalizou-se 14 enfermeiros.

Foi feita a distribuição das unidades de saúde entre as acadêmicas e essas seriam responsáveis pela coleta de dados. Assim, também foi realizado o contato telefônico com as enfermeiras, solicitando autorização para comparecer no dia da

realização da consulta pré-natal de forma a apresentarem os objetivos da pesquisa e obter o consentimento como sujeitos do estudo.

No dia combinado, a acadêmica se deslocava até a UBSF, explicava as etapas da pesquisa à enfermeira, obtinha sua anuência por meio da assinatura no TCLE e ficava a espera da primeira gestante agendada naquele dia para não direcionar e conduzir as respostas dos profissionais no momento da entrevista sobre os conhecimentos sobre o componente I do PHPN. Além disso, este roteiro foi desenvolvido no intuito de observar e avaliar a conduta dos profissionais, não considerando a gestante como sujeito do estudo. Isso se processava de modo a contemplar a primeira etapa de coleta, que relacionava-se à observação do processo de trabalho.

Fazendo uma breve caracterização das enfermeiras que realizam a assistência pré-natal no município do Rio Grande, vemos que todas são do sexo feminino, têm entre 36 e 54 anos de idade, com tempo de formação variando entre 11 a 26 anos e o tempo que realiza assistência pré-natal variando de 1 a 19 anos.

A observação era realizada apenas com a primeira gestante do dia, sendo guiada por um roteiro norteador para análise das consultas desenvolvidas. A enfermeira esclarecia à gestante o motivo da presença da acadêmica, solicitando sua autorização para que essa pudesse permanecer na sala.

Em relação ao processo de trabalho em si, nas coletas de dados, houve grande demanda acerca do aspecto persistência, pois como era necessário primeiramente assistir a consulta de pré-natal para assim depois prosseguir nas demais etapas do estudo, precisava-se de que as gestantes comparecessem para a consulta. Este fato nem sempre acontecia, levando o coletador a esperar até o fim do expediente na esperança de aparecer alguma gestante ou ir embora e voltar na próxima semana.

Muitas vezes, as gestantes não compareciam e a acadêmica retornava na próxima semana, repetindo essa rotina até conseguir realizar a etapa de observação das consultas. Além disso, o que comumente ocorria era o fato de os profissionais marcarem com os acadêmicos e quando esses chegavam à unidade, o profissional informava que, naquele dia, o atendimento não poderia ser realizado. Logo, o acadêmico tinha que refazer o contato telefônico e marcar para outro dia.

A necessidade de retorno à unidade em outro dia também ocorria devido ao grande número de consultas de pré-natal. Em média, haviam 6 consultas por dia e a acadêmica assistia a primeira consulta, mas não conseguia dar seqüência à pesquisa,

realizando a entrevista e a avaliação da estrutura, em vista de que a enfermeira não tinha tempo para continuar com a colaboração nestas etapas por ter outras tarefas a desempenhar.

No término da consulta era realizada a entrevista com a enfermeira, momento então que esta era questionada acerca das condutas preconizadas pelo PHPN, de forma a avaliar seu conhecimento sobre a temática. O questionário, conforme já discriminado em capítulo anterior, era composto de noventa e cinco questões abordando exame físico da gestante, exame ginecológico e obstétrico, interpretação de exames, dentre outros elementos relacionados à assistência pré-natal.

Esta etapa ocorria após o término das consultas de pré-natal do dia no consultório onde ocorreram. Este foi o momento no qual as enfermeiras ficaram mais receosas, pois apresentavam muitas vezes não se lembrarem de algumas condutas e interpretações de exames. Também afirmavam, acerca de algumas condutas, não saberem responder, pois nunca havia ocorrido determinado acontecimento na unidade onde trabalham.

Ao final desta etapa, era solicitado à enfermeira que mostrasse as salas em que eram desenvolvidas as consultas, assim como os materiais e instrumentos utilizados na realização dessas, quando então se obtinham os elementos para o preenchimento do instrumento de avaliação da estrutura.

Com relação aos resultados obtidos na pesquisa, primeiramente serão apresentados os resultados da avaliação da estrutura das UESF. Após serão mostrados os resultados referentes à observação da consulta de pré-natal e após os conhecimentos dos enfermeiros acerca do PHPN.

Após a visita nas UESF e a realização das etapas de observação e entrevista das enfermeiras, os dados oriundos destas foram agrupados, inseridos no programa Microsoft Excel e, posteriormente, calculados os números quantitativos, percentuais e, após, descritos. Foi observado que na maioria (53%) das unidades de saúde, a assistência pré-natal é realizada por médicos, enfermeiras e estudantes de ambos os cursos. Além do mais, há variação quanto ao número de equipes, de acordo com o tamanho da unidade e do número de famílias que necessitam de cobertura do serviço de saúde, sendo que grande parte possui apenas uma equipe profissional. Um dado que se deseja chamar a atenção ao analisar a tabela que será apresentada a seguir é em relação ao número de consultas mensais, ressaltando que as unidades que contam com mais de uma equipe apresentam maior número de consultas mensais.

Em relação à estrutura das unidades de saúde analisadas, que pode ser observada na Tabela 1, segundo os critérios de qualidade estabelecidos para este estudo, 5 (35%) destas apresentam estrutura física adequada e 10 (65%) possuem estrutura física inadequada. Ao serem analisados os materiais e instrumentos considerados pelo MS como necessários de disponibilização em todas as salas de atendimento às gestantes, foram encontradas 20% das unidades contendo mesa ginecológica, 60% espécuro, 80% luvas descartáveis e 67% material para coleta de citopatológico. Todas as unidades possuem balança, aparelho para aferição da pressão arterial, fita métrica e sonar. A seguir, o conjunto desses dados pode ser mais bem visualizado na Tabela 1.

Tabela 1: Materiais, instrumentos e recursos humanos encontrados nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio Grande

Variáveis	Unid. 1	Unid. 2	Unid. 3	Unid. 4	Unid. 5	Unid. 6	Unid. 7	Unid. 8	Unid. 9	Unid. 10	Unid. 11	Unid. 12	Unid. 13	Unid. 14	Unid. 15
Nº de consultas mensais	32	45	5	8	50	6	24	60	30	15	35	30	16	15	32
Nº de profissionais	2	6	1	2	3	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2
Categoria profissional que atendem ao PN	MEA*	MEA	M	ME	MEA	MEA	ME	MEA	MA	ME	MEA	MEA	MEA	ME	ME
Nº de salas que ocorrem o PN	2	4	2	2	0	2	2	3	1	4	2	2	2	2	2
Possui mesa ginecológica em todas as salas?	0**	1**	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Possui espelho em todas as salas?	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
Possui luva descartável em todas as salas?	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Possui material para coleta de CP em todas as salas?	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
Tem balança na unidade?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tem aparelho para medir P.A na unidade?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tem fita métrica na unidade?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tem sonar na unidade?															
Soma absoluta	5	7	6	6	5	7	6	5	8	4	6	6	7	7	7
Classificação***	Inadeq	Adequ	Inadeq	Inadeq	Inadeq	Adequ	Inadeq	Inadeq	Adequ	Inadeq	Inadeq	Inadeq	Adequ	Adequ	Adequ

Legenda: \*em relação a categoria profissional que realiza a assistência pré-natal foi estipulado a letra M para médico, E para enfermeiro e A para acadêmico.

\*\*Quanto aos materiais, foi atribuído o número 1 quando a sala contava com o equipamento avaliado e 0 quando não o contivesse.

\*\*\*Quanto à classificação, a unidade foi denominada “inadeq” quando a estrutura foi considerada inadequada e “adeq” quando a estrutura foi considerada adequada

Outra etapa da avaliação desenvolvida, apresentada neste momento, é relativa à observação da consulta de pré-natal. De acordo com a classificação adotada para esta pesquisa, os 14(100%) enfermeiros avaliados tiveram conduta considerada adequada. Mas, ainda sim, há condutas que devem ser mais reforçadas entre profissionais para que esses não se esqueçam de realizar durante as consultas, como por exemplo, a verificação da presença de edemas e a realização do toque vaginal no exame físico. Estes dados se explicitam melhor na Tabela 2 e 3.





Gesta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Para	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Aborto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prescreveu sulf. Ferroso:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prescreveu Ac. Fólico:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Escore:	34	35	35	34	36	36	34	37	34	34	29	34	34	33
Classificação	Adequ													

Legenda: \* valor atribuído para cada conduta realizada corretamente

\*\* valor atribuído para condutas incorretas

Foi utilizado o termo “adequ” para classificar as condutas adequadas

Tabela 4: Antecedentes obstétricos identificados pelas enfermeiras que realizam a consulta pré-natal nas UEFS's do Município do Rio Grande

	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10	Enf 11	Enf 12	Enf 13	Enf 14
Saber e calcular:														
DUM	1*	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
DPP	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
I.D	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
GESTA	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
PARA	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
ABORTO	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0
Rotina minima p/ ex. físico:			1					1		1	1	1	0	1
Verificar P.A	1	1	1	1	1	1	0		1	1	1	1	1	1
Peso da gestante	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Examinar seio	0**	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Altura uterina	1	1	1	0	1	1	0		1	1	1	1	0	1

Auscultar BCF	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
Exame especular	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
Coleta de CP	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0
Exame de toque	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
Ver Edema	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
Rotina min. p/ retornos:								0						
Verificar P.A	1	1	1	1	1	1	0		1	1	1	1	1	1
Peso da gestante	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
Altura uterina	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
Auscultar BCF	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
Ver edema	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1

Tabela 5: Fatores de risco na gestação identificados pelas enfermeiras que realizam assistência pré-natal nas UESF's do Município do Rio Grande.

	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10	Enf 11	Enf 12	Enf 13	Enf 14
Fatores de risco:														
Idade	0**	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Baixa escolaridade	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
Peso	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Altura	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Fumo	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
Bebidas alcoolicas	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
Drogas	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
Hist. hipertensão	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Hist. diabetes	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1

Hist. gemelaridade	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
Hist. prematuridade	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Óbito fetal ou neonatal	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Interv. gestações < 2 anos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Filho com 2kgs ou menos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Filho com mais de 4kgs	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 6: Exames laboratoriais e interpretação de exames respondidos pelas enfermeiras que realizam assistência pré-natal nas UESF's do Município do Rio Grande

Variáveis	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10	Enf 11	Enf 12	Enf 13	Enf 14
Exames laboratoriais:														
Hb/Ht	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ABO/Rh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Glicemia de jejum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
VDRL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sorologia Hep.B	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sorologia HIV	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Toxoplasmose IGG	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Toxoplasmose IGM	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Exame de Urina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Urocultura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Exame de fezes	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Teste para rubéola	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Ultrassonografia	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Exames Lab. Repetir:														
Hb/Ht	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ABO/Rh	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1



Nº mínimo de consultas segundo o PHPN?	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Escore:	56	70	62	69	61	65	33	58	69	66	48	70	61	55
Classificação***	Interm	Interm	Interm	Interm	Interm	Interm	Inufic	Interm						

Legenda: \* valor atribuído para cada conduta realizada corretamente

\*\* valor atribuído para condutas incorretas

\*\*\*Foi utilizado o termo “interm” como intermediaria e “insuf” como insuficientes

Em relação à avaliação dos conhecimentos dos profissionais acerca das condutas preconizadas pelo PHPN, foi elaborado um questionário com uma breve caracterização dos profissionais e questões visando avaliar os conhecimentos referentes ao exame físico mínimo da gestante na primeira consulta, o exame físico nas consultas de retorno e os exames laboratoriais de primeiro e terceiro trimestre. Além disso, foram avaliados os conhecimentos desses enfermeiros acerca da interpretação de exames, prescrição de medicamentos conforme o protocolo do PHPN que subsidia as condutas e a marcação de consultas subseqüentes.

Além do protocolo do MS, também foi considerado o protocolo da Coordenação Municipal de Saúde da Mulher de assistência pré-natal para avaliação das condutas. Isso significa dizer que, se uma enfermeira citou uma conduta que não estava preconizada no PHPN, mas que fazia parte do protocolo municipal, o quesito avaliado recebeu pontuação favorável. A cada resposta correta foi atribuído o valor 1 e para cada resposta incorreta o valor foi 0.

Na classificação dos conhecimentos das enfermeiras, 13 (93%) apresentaram conhecimentos intermediários enquanto apenas 1 (7%) apresentou conhecimentos insuficientes quanto a rotina preconizada pelo componente I do PHPN.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os dois artigos que emergiram dos objetivos propostos na pesquisa e, por meio deles, estão apresentados e discutidos os dados do estudo realizado com as enfermeiras nas UESF do município do Rio Grande. O primeiro, intitulado **“Pré-natal no Município do Rio Grande/RS: avaliação da estrutura das unidades de Estratégia Saúde da Família”** buscou a avaliação da estrutura física (materiais e instrumentos) das unidades de estratégia de saúde da família que realizam a assistência pré-natal no município e buscou responder ao objetivo específico número um. O presente artigo encontra-se nas normas de publicação da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

O segundo artigo, intitulado **“Avaliação da consulta de enfermagem no pré-natal em município do Sul do Brasil”**, buscou obter o alcance dos objetivos específicos dois e três, e teve o objetivo de avaliar a assistência pré-natal prestada pelas enfermeiras nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) do município do Rio Grande/RS. Este artigo atende as exigências para publicação da Revista Latino - Americana de Enfermagem.

## Artigo 1

### **Pré-natal no Município do Rio Grande/RS: avaliação da estrutura das unidades de Estratégia Saúde da Família<sup>1</sup>.**

### **Pre-Natal in Rio Grande/RS: evaluation of the structure of the units of the Family Health Strategy.**

Flávia Seles Oliveira<sup>2</sup>

Nalú Pereira da Costa Kerber<sup>3</sup>

**Resumo:** Objetivou-se avaliar a estrutura das Unidades de Estratégia de Saúde da Família que realizam assistência pré-natal no município do Rio Grande/RS. Trata-se de um estudo avaliativo em que foram analisados aspectos relacionados à estrutura física, materiais e instrumentos indispensáveis para a assistência pré-natal segundo o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). A coleta de dados foi feita mediante a observação não participante em 15 unidades de Estratégia de Saúde da Família, para avaliação e classificação de cada unidade segundo critérios de qualidade estabelecidos. Foi encontrado que mais da metade das unidades tem a assistência prestada por médicos, enfermeiros e acadêmicos de enfermagem e medicina e a maioria têm duas salas de consulta pré-natal. O número de consultas mensais variou de 5 a 60 e o número de equipes de saúde dividindo o mesmo espaço físico foi de 1 a 3. A maioria das unidades apresentou estrutura inadequada, pois não possuem os materiais e instrumentos necessários para realizar a assistência pré-natal conforme preconizada pelo Ministério da Saúde.

**Palavras chave:** Enfermagem. Cuidado pré-natal. Programa saúde da família. Avaliação de programas

---

<sup>1</sup> Estudo derivado do projeto de pesquisa intitulado “Auditoria em Saúde: uma avaliação da qualidade pré-natal no município do Rio Grande”, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carla Vitola Gonçalves e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nalú Pereira da Costa Kerber, que tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes atendidas na rede pública de saúde do município do Rio Grande/RS, sendo desenvolvida no período de setembro de 2010 até fevereiro de 2011. Este artigo está configurado conforme as normas da Revista Materno Infantil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista CAPES.

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande

**Abstract:** The objective was to evaluate the structure of units of the Family Health Strategy that perform prenatal care in the municipality of Rio Grande/RS. It is an evaluative study which examined aspects related to physical structure, materials and tools required for prenatal care under the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth (PHPN). Data collection was done by observing not participating in 15 units of the Family Health Strategy for evaluation and classification of each unit according to quality criteria. It was found that more than half the units have the assistance of doctors, nurses and medical and nursing students and most have two rooms prenatal visit. The number of monthly visits ranged from 5 to 60 and the number of health teams sharing the same physical space was 1-3. Most units had inadequate structure, they do not have the materials and instruments needed to perform prenatal care as recommended by the Ministry of Health

**Descriptors:** Nursing. Prenatal care. Family health program. Evaluation Program

### **Introdução**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) estimula a implantação de um novo modelo e destaca a importância dos aspectos estruturais, tendo como um de seus principais objetivos a geração de práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas<sup>1</sup>.

Nesse sentido, é importante que haja uma organização dessas unidades de atenção à saúde para melhor atender às necessidades dos usuários e, para isso, os recursos devem ser disponibilizados pelo sistema de saúde. No caso das mulheres em situação de gestação, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve assegurar o atendimento durante o período gravídico puerperal, com ações que devem interagir entre promoção e prevenção, até o atendimento de alto risco<sup>2</sup>.

A valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, com itens necessários à realização das ações de atenção primária aparece na Política Nacional de Atenção Básica, que destaca uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde; equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, composição da referência e contra referência para os serviços especializados<sup>3</sup>.

Os serviços de saúde devem ser continuamente avaliados nesses aspectos organizativos e estruturais, de forma a garantir condições adequadas para prestação da assistência. Para isto, estimula-se a avaliação da tríade – estrutura, processo e resultado. O objeto deste estudo, a estrutura, corresponde ao que é estável no sistema, como os recursos humanos ou financeiros e materiais utilizados. Portanto, uma estrutura inadequada pode reduzir as chances de um cuidado de qualidade<sup>4</sup>.

De forma a qualificar e padronizar o serviço de atenção à gestante, o Ministério da Saúde (MS) lançou, no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), em que está inserido o Componente I – incentivo ao pré-natal – que estabelece a necessidade de avaliação da assistência para que sejam identificadas ações para melhoria da qualidade da atenção e também verificada a efetividade das ações desenvolvidas<sup>5</sup>.

Neste Componente, também, está discriminado o uso de indicadores para uma assistência adequada e dentre esses indicadores, há o destaque para a estrutura dos estabelecimentos de saúde, que devem ser planejadas, com espaço físico adequado, condições de higiene e ventilação; recursos humanos qualificados e suficientes além de materiais e equipamentos indispensáveis ao atendimento à gestante<sup>5</sup>.

Ao ser efetuada uma busca na literatura científica sobre estudos que discutam a avaliação da assistência pré-natal, foi encontrada uma pesquisa realizada no município gaúcho de Pelotas, que os autores<sup>6</sup> evidenciaram que a estrutura das unidades básicas relacionadas à planta física, recursos humanos, recursos materiais, normas, atividades e procedimentos e sistema de referência dos serviços que prestavam assistência pré-natal, possuíam recursos satisfatórios e ótimos para o atendimento à gestante, e quanto a medicamentos, foram pontuados como insuficientes (analgésicos) e precários (antibióticos e sulfato ferroso).

Em estudo<sup>7</sup> desenvolvido em um município de Minas Gerais, os autores encontraram que, apesar da escassez, havia alguns materiais indispensáveis para a assistência pré-natal, como a presença de estetoscópio de Pinard, mesa para exame ginecológico com banco giratório e tensiômetro. No entanto, observaram que as principais deficiências estavam postas na ausência de protocolos e normas das atividades de grupo e de educação em saúde.

Ao avaliar o desempenho dos serviços e a situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos próprios serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde das populações<sup>8</sup>.

Portanto, entende-se que a qualidade da assistência depende de diversos fatores, como os recursos humanos e materiais, processo e estrutura adequada dos espaços de atendimento mostrando-se como necessária para a organização dos serviços e, para isso, é importante que se tenha a exata noção de como estão se apresentando, na atualidade, os serviços dessa natureza. Em vista disso, manifestou-se a inquietação de entender como se apresenta a estrutura das unidades de ESF que realizam assistência pré-natal no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul. Como forma de obter a resposta a esse questionamento, este estudo objetiva avaliar a estrutura das unidades ESF que prestam assistência pré-natal no Município do Rio Grande/RS.

### **Metodologia**

Este é um estudo avaliativo cujo cenário investigativo foi as Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), do município do Rio Grande/RS. A pesquisa avaliativa trata de saber em que medida os serviços são empregados para atingir os resultados esperados. Para isto é necessário comparar os serviços oferecidos pelo programa ou pela

implementação com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados<sup>9</sup>.

Inicialmente, foi averiguado, junto à Coordenação Municipal de Saúde da Mulher, as unidades em que era desenvolvida a assistência pré-natal e, a partir disso, foi realizada uma visita às unidades solicitando autorização do responsável da unidade para verificação dos espaços onde eram realizadas as consultas e observar a disponibilidade dos equipamentos e materiais.

Os parâmetros de avaliação da estrutura das unidades foram materiais e instrumentos selecionados a partir das recomendações dispostas no Componente I do PHPN, os quais compuseram um roteiro para direcionamento da coleta de dados. Os indicadores de estrutura, materiais e instrumentos foram: número de salas onde ocorriam as consultas de pré-natal, presença de mesa ginecológica, espécuro, luva e material para coleta de material para realização de exame citopatológico em todas as salas, além de balança, esfigmomanômetro, fita métrica e sonar na unidade de saúde.

Além disso, foi efetuada uma entrevista com a enfermeira responsável pela assistência pré-natal da unidade, para obtenção de dados como o número de consultas de pré-natal mensais e número de profissionais que realizam a assistência pré-natal. A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre os meses de setembro de 2010 e fevereiro de 2011.

No momento da coleta, havia no município de Rio Grande, 20 ESF que prestavam assistência pré-natal. Destas, uma (1) unidade não estava disponibilizando a consulta pré-natal por falta de médico; uma (1) por ser de difícil acesso e em outras três unidades os médicos e enfermeiros recusaram-se a participar do estudo, por isso a estrutura não foi avaliada nesses locais, o que levou ao número de 15 unidades de ESF avaliadas.

Para a análise dos dados, de forma a poder avaliar objetivamente a estrutura das unidades de saúde foi criado um escore em que a cada item constante no guia norteador que fosse encontrado na unidade de saúde, era atribuído o valor de um (1) ponto, sendo atribuído o valor zero para os itens não presentes.

Foi estabelecido um critério de classificação, considerando as unidades em três níveis de qualidade, de acordo com a presença dos materiais e instrumentos considerados: estrutura adequada e estrutura inadequada. De forma a preservar o anonimato das unidades, estas foram nominadas pela sigla UESF, seguido da ordem seqüencial de realização das observações.

### **Resultados**

As unidades avaliadas estavam organizadas para que cada equipe destinasse um ou dois dias da semana para a realização da consulta pré-natal para as gestantes da área de abrangência da unidade. O número de consultas variava de cinco (5) até sessenta (60) consultas de pré-natal mensais, de acordo com o número de equipes de saúde atuantes nas unidades.

Em relação aos profissionais que desenvolviam esta assistência, 53% das unidades ofereciam a consulta realizada pelo médico, enfermeiro e por acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem, seguido de 33% das unidades com realização da consulta somente por médicos e enfermeiros.

O número de equipes se apresentou de forma variável, sendo encontradas unidades com até três (3) equipes composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogo. Apenas uma das unidades contava com a presença de um médico, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, o tamanho da estrutura física não estava relacionado ao número de equipes, uma vez que

existiam unidades que contavam com uma equipe de saúde e apresentavam a mesma estrutura de unidades com mais de uma equipe.

Quanto ao número de salas onde era realizada a assistência pré-natal, o estudo mostrou que em 10 UESF do município, há disponibilidade de duas salas para o atendimento, uma das unidades tem uma única sala e duas disponibilizam quatro salas para realização das consultas pré-natais.

Uma questão de relevância é destacada quanto à relação entre a quantidade de salas para a consulta de pré-natal, número de profissionais atuantes e número de consultas pré-natais realizadas. Percebe-se que há uma relação direta entre o número de equipes e as consultas mensais, pois as unidades que possuem maior número de salas para o pré-natal, também possuem maior contingente de profissionais e, por isso, realizam mais consultas mensais.

Tabela 1 : Materiais e instrumentos encontrados nas UESF que realizam a assistência pré-natal no município do Rio Grande/Rio Grande do Sul, 2010

	Mesa Ginec	Espe Culo	Luva Desc.	Mat. CP	Balança	Apar. P.A	Sonar	Fita métrica	Escore	Classif.
UESF1	0*	0	1	0	1	1	1	1	5	Inadeq**
UESF2	1	0	1	1	1	1	1	1	7	Adequ
UESF3	0	0	1	1	1	1	1	1	6	Inadeq
UESF4	0	1	1	0	1	1	1	1	6	Inadeq
UESF5	0	0	0	1	1	1	1	1	5	Inadeq
UESF6	0	1	1	1	1	1	1	1	8	Adequ
UESF7	0	0	1	1	1	1	1	1	6	Inadeq
UESF8	0	0	1	0	1	1	1	1	5	Inadeq
UESF9	1	1	1	1	1	1	1	1	6	Inadeq
UESF10	0	0	0	0	1	1	1	1	4	Inadeq
UESF11	0	1	1	0	1	1	1	1	6	Inadeq
UESF12	0	1	1	0	1	1	1	1	6	Inadeq
UESF13	0	1	1	1	1	1	1	1	7	Adequ
UESF14	0	1	1	1	1	1	1	1	7	Adequ
UESF15	0	1	1	1	1	1	1	1	7	Adequ
%	20%	60%	80%	67%	100%	100%	100%	100%		

Legenda: \* Atribuído o número 1 para a presença constatada do equipamento ou material e 0 para a sua ausência.

\*\* “inadeq” – classificação da unidade como contendo estrutura inadequada e “adeq” - estrutura considerada adequada.

A análise realizada mostrou a heterogeneidade quanto à organização estrutural das unidades, como pode ser visualizado na tabela acima. Porém, chama a atenção que somente os itens balança para verificação de peso corpóreo, aparelho para aferição de PA, sonar para ausculta de batimentos cardíofetais e fita métrica para medir a altura uterina da gestante, foram encontrados em todas as unidades. Estes materiais servem para operacionalizar o exame físico da gestante durante a consulta de pré-natal, o que é de suma importância para poder, juntamente com outros procedimentos, avaliar as condições de saúde da gestante.

Em relação aos demais materiais e instrumentos presentes em todas as salas, verificou-se que 20% das unidades continha mesa ginecológica; 60% espécuro; 80% luva descartável e 67% material para coleta de citopatológico.

Na análise dos critérios de qualidade considerados para a avaliação das unidades de saúde, conforme já explicitado, 35% das unidades receberam a classificação estrutura adequada e 65% das unidades foram classificadas como apresentando estrutura inadequada. É interessante destacar que dentre as unidades que receberam a classificação de estrutura adequada, apenas uma alcançou o escore máximo.

### **Discussão**

O estudo evidenciou que nas UESF do município do Rio Grande em que são realizadas as consultas de pré-natal, a assistência é prestada por médico, enfermeira e estudante de ambos os cursos. Segundo o Ministério da Saúde, os dois profissionais estão aptos a realizar a assistência pré-natal de baixo risco, sendo a primeira consulta preferencialmente realizada pelo enfermeiro e após intercalando com o médico<sup>2</sup>. Além disso, a UESF serve como campo de prática aos estudantes onde estes aprendem e exercem, com a supervisão do profissional, os conteúdos aprendidos na sala de aula.

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família, com o objetivo de reorganizar a assistência básica a saúde, na idéia de priorizar ações de forma integral e contínua. Em relação à enfermagem, foram sendo promovidas mudanças no processo de trabalho com a criação de protocolos de atenção que respaldam as ações dos enfermeiros, assim ampliando a atuação destes na assistência pré-natal<sup>10</sup>. As UESF investigadas parecem adaptadas a essas orientações.

Quanto ao espaço físico, vê-se que algumas unidades que contam com a presença de mais de uma equipe de saúde dispõem do mesmo espaço físico que aquelas que contam apenas com uma e isso se repete em relação ao número de salas de pré-natal. Com isso, presume-se que haja uma organização interna entre as equipes da unidade, com revezamento das salas para o uso nas consultas de pré-natal, sendo destinado um dia específico da semana para utilização por cada equipe.

Estes dados se assemelham ao estudo realizado em Minas Gerais envolvendo ESF, que apontou três equipes trabalhando em um mesmo local. As unidades não possuíam salas suficientes e os profissionais se alternavam na realização dos atendimentos<sup>7</sup>.

O espaço físico onde a gestante é atendida interfere no processo de trabalho e na qualidade da assistência. Um ambiente sem organização, com espaço limitado, prejudica o atendimento do profissional, e, por sua vez, a gestante não se sente confortável e segura frente aos aspectos deficitários da assistência, o que pode comprometer a adesão ao pré-natal e o vínculo com o serviço<sup>11</sup>.

Além disso, percebe-se que em relação ao número de consultas de pré-natal, há uma grande discrepância, em vista de que há unidades que realizam apenas cinco (5) consultas mensais enquanto outras realizam até 60, o que nos faz refletir se existe uma captação ativa eficaz das gestantes na comunidade. Em contrapartida, essa unidade que realiza apenas cinco consultas é a que possui o menor quantitativo de recursos humanos e

a mesma estrutura física, materiais e instrumentos que outras unidades do mesmo município com maior número de equipes e atendimentos mensais presumindo-se então que há certa deficiência no planejamento dessas unidades de acordo com o número populacional. As unidades que possuem população maior podem, conseqüentemente, conter maior número de gestantes e, com isso, precisar de um maior número de salas para o atendimento.

Quanto aos materiais e instrumentos, apesar do estudo não apresentar nenhuma unidade caracterizada como sendo de estrutura inadequada, ainda há deficiência quanto aos materiais indispensáveis, como por exemplo, mesa ginecológica nas salas onde é realizada a consulta pré-natal, obrigando ao deslocamento da gestante para uma sala que contenha a mesa para o exame, ocasionando demora na consulta e desconforto para a mulher.

Além disso, percebe-se, também, que outros materiais, como luvas, espéculos e materiais para coleta de citopatológico não estão disponíveis em todas as salas e isso, de certo modo, dificulta a assistência e o cuidado à mulher, pois o profissional, precisando desses materiais, ou se desloca com a gestante para outra sala que os contenha ou interrompe a consulta para ir buscar os materiais para a realização dos procedimentos.

Apesar da falta de alguns materiais em algumas unidades, o estudo demonstrou que aqueles indispensáveis para o acompanhamento pré-natal, que elencam o arsenal de instrumentos básicos para o exame físico da gestante conforme preconizado pelo PHPN, como balança, sonar, fita métrica e aparelho para aferição de pressão arterial estão presentes em todas as UESF do município. É importante que as salas contenham todo o instrumental necessário, de forma a que o profissional possa aproveitar ao máximo o momento da consulta. O exame físico permite uma maior aproximação profissional-gestante, por conseguinte, corroborando com o estabelecimento do plano de cuidados e uma gestação saudável<sup>12</sup>.

Os resultados apresentados neste estudo foram semelhantes ao desenvolvido em município do Ceará, com o objetivo de avaliar a qualidade da estrutura da assistência pré-natal. Foi verificado que a maioria das UESF está provida de equipamentos e insumos mínimos, necessários para a realização de um exame físico adequado, não estando fora dos padrões exigidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde<sup>12</sup>.

Apesar desses achados não se conformarem negativamente, entende-se que são demonstrativos da necessidade de certo investimento da gestão nos serviços prestadores de assistência pré-natal no município. Também, os esforços de melhoria da estrutura precisam ser aliados a mecanismos de integração entre a equipe de saúde, a gestão e as organizações acadêmicas<sup>13</sup> de forma a alcançar a qualidade assistencial a que toda cidadã gestante tem direito no sistema de saúde.

### **Considerações finais**

A avaliação da estrutura física (materiais e instrumentos) das UESF que realizam a assistência pré-natal no município do Rio Grande identificou algumas fragilidades como a falta de salas para a realização da consulta de pré natal em unidades que contam com mais de uma equipe de saúde e a falta de alguns materiais e instrumentos como a mesa ginecológica, espéculos e materiais para coleta de citopatológico em todas as salas; e pontos fortes como por exemplo, a presença de materiais em todas as unidades, como balança, fita métrica, aparelho para aferição de PA e sonar.

Além disso, quanto à classificação da estrutura, evidenciou-se que as UESF investigadas apresentam estrutura inadequada, e isso sugere que precisa haver um investimento gradativo na atenção pré-natal no município, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência à gestante. Outro fator de relevância é o elevado número de atendimentos à gestante realizados pelas unidades.

Conclui-se que as UESF do município, apesar de apresentarem algumas unidades com pontos fortes, ainda não estão preparadas para prestar a assistência pré-natal, de suma importância para a saúde materna e neonatal. Ainda é necessário certo investimento na estrutura física das unidades, principalmente naquelas que contam com mais de uma equipe de saúde, de modo a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da assistência.

É importante destacar, neste momento, o papel da enfermeira no contexto da assistência pré-natal, a qual também tem responsabilidade com a organização estrutural das unidades, uma vez que existem várias questões que não dependem exclusivamente do gestor, podendo ser solucionadas por esta profissional, como por exemplo, o abastecimento das salas com os materiais necessários para a consulta pré-natal.

Diante disso, faz-se necessário mostrar os resultados deste estudo aos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal, de forma a proporcionar a reflexão sobre o seu processo de trabalho diário e entendimento de que para um atendimento de qualidade, é preciso a interconexão entre a gestão dos serviços e os trabalhadores.

## **Referências**

1. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo Rev Bras Enferm.2008; 61(3): 349-53.
- 2.Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [acesso em: 20 jan 2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf).
- 3.Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas Aline Xavier ALQL, Costa AF. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2010 (Supl. 1): 69-81.
4. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260: 1743-8
- 5.Ministério da Saúde. Programa Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2000 [acesso em: 12 jun 2010].
6. Silveira DS, Santos I S, Costa J S D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo Cad. Saúde Pública. 2001; 17(1):131-39.

7. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschin SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 4(1):1347-1357.
8. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):669-681.
9. Contrandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineaut R: Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A (Orgs) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática da análise da implantação de programas. Fiocruz, 1997. p.29 – 46.
10. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2008; 8 (1): 113-12410.
11. Bauli JD. Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá-Paraná. [Dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2010 76f. acesso em: [20 jan 2012]. Disponível em: <http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000178004>
12. Ximenes Neto FR G, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MAS, Pontes MAC. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008; 61(5): 595 – 602.
13. Magluta C, Noronha MF, Gomes MAM, Aquino LA, Alves CA, Silva RS. Estrutura das maternidades do sistema único de saúde do Rio de Janeiro: desafio qualidade do cuidado a saúde. *Rev. Brás. Saúde matern. Infant*. 2009; 9(3): 319-329.

**Artigo 2**

**Avaliação da consulta de enfermagem pré-natal em município do Sul do Brasil<sup>5</sup>.**

**Evaluation of the pre-natal nursing consultation in city of the South of Brazil.**

**Evaluación de la consulta de enfermería pre-natal en ciudad del sur de Brasil.**

Flávia Seles Oliveira<sup>2</sup>

Nalú Pereira da Costa Kerber<sup>3</sup>

**Resumo:** Objetivou-se avaliar a assistência pré-natal prestada pelas enfermeiras nas Estratégias de Saúde da Família do município do Rio Grande/RS. Estudo avaliativo

---

<sup>5</sup> Estudo derivado do projeto de pesquisa intitulado “Auditoria em Saúde: uma avaliação da qualidade pré-natal no município do Rio Grande”, coordenado pela Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carla Vitola Gonçalves e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nalú Pereira da Costa Kerber, desenvolvido no período de setembro de 2010 até fevereiro de 2011, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência pré-natal oferecida às gestantes atendidas na rede pública de saúde do município do Rio Grande. Artigo realizado conforme as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Bolsista CAPES.

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande

analisando-se as condutas das enfermeiras na consulta pré-natal e os conhecimentos acerca da rotina básica preconizada pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011 com 14 enfermeiras, por meio da observação não participante da consulta e aplicação de um questionário abordando a rotina básica no pré-natal. As enfermeiras estão realizando as consultas de pré-natal conforme preconizado pelo PHPN, porém, seu conhecimento teórico mostrou certa discrepância em relação à prática, pois muitas enfermeiras, apesar de realizarem as condutas adequadas, não respondiam corretamente quando questionadas. Entende-se que há necessidade das enfermeiras refletirem sobre sua prática profissional como forma de terem conhecimento sobre as ações realizadas e não serem meramente executoras de tarefas e de programas institucionais.

**Descritores:** Cuidado pré-natal. Saúde da família. Avaliação de programas. Enfermagem

**Abstract:** The objective was to evaluate prenatal care provided by nurses in the Family Health Strategies from the city of Rio Grande/RS. Evaluative study analyzing the behavior of nurses in antenatal and knowledge about the basic routine advocated by the Program for Humanization of Prenatal and Birth. Data collection occurred between September 2010 and February 2011 with 14 nurses, through non-participant observation of consultation and a questionnaire addressing the basic routine in prenatal care. The nurses are carrying out consultations in prenatal care as recommended by PHPN, however, their theoretical knowledge showed some discrepancy regarding the practice, for many nurses, despite carrying the appropriate conduct, did not respond correctly when asked. It is understood that there is need for nurses to reflect on their professional practice as a way of having knowledge of the actions taken and not be merely executing tasks and institutional programs.

**Descriptors:** Prenatal care. Family health. Evaluation of programs. Nursing

**Resumen:** El objetivo fue evaluar la atención prenatal por parte de enfermería en las Estrategias de Salud de la Familia, de la ciudad de Río Grande/RS. Estudio evaluativo analizando el comportamiento de las enfermeras de atención prenatal y el conocimiento de la rutina básica defendida por el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento. La recolección de datos tuvo lugar entre septiembre de 2010 y febrero de 2011 con 14 enfermeros, a través de la observación no participante de la consulta y un cuestionario sobre la rutina básica de cuidado prenatal. Las enfermeras están llevando a cabo consultas en la atención prenatal según lo recomendado por PHPN, sin embargo, sus conocimientos teóricos mostraron cierta discrepancia respecto a la práctica, una vez que muchas enfermeras, a pesar de llevar a la conducta adecuada, no responden correctamente cuando se le preguntó. Se entiende que hay necesidad de las enfermeras reflexionen sobre su práctica profesional como una forma de tener conocimiento de las acciones tomadas y no ser sólo ejecutoras de tareas y programas institucionales

**Palabras clave:** Atención prenatal. Salud de la familia. Evaluación de los programas. Enfermería

## Introdução

A assistência pré-natal tem o objetivo de assegurar condições de saúde adequadas para mãe e feto visando a prevenção de problemas que possam afetar ambos durante os nove meses de gestação, promovendo bem-estar materno e neonatal e possibilitando que no fim da gravidez ocorra o nascimento de uma criança saudável<sup>(1)</sup>.

Segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto n.º 94.406/87 e a Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986, que regulamenta a consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira<sup>(2)</sup>.

No Brasil, atualmente, o pré-natal realizado por enfermeiras ocorre com maior frequência nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF). O direcionamento dessa assistência encontra-se disposto no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 1º de junho de 2000, através da Portaria n.º 569/GM. Este programa apresenta em sua formulação os objetivos de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, articulando três componentes: I – Incentivo à assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); II – Organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e III – Instituição de nova sistemática de pagamento da assistência ao parto<sup>(3)</sup>.

O foco deste estudo está posto no Componente I, que se refere ao pré-natal, que destaca a necessidade de qualidade da assistência pré-natal e ampliação do acesso das mulheres aos serviços, de modo a atingir a máxima cobertura por todos os municípios do país<sup>(3)</sup>.

A qualidade do pré-natal precisa ser constantemente avaliada, de forma a garantir o alcance de uma assistência adequada, conforme preconizado pelo PHPN. Para estimar a qualidade dos serviços pode ser desenvolvida a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo do processo como a melhor forma para investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência<sup>(4-6)</sup>.

Ao perceber a importância não somente da realização da assistência pré-natal, mas, também, de sua avaliação, sentiu-se a necessidade de responder à seguinte questão: De que forma as enfermeiras estão desenvolvendo a consulta pré-natal nas UESF do município do Rio Grande/RS?

Responder a essa questão se mostra necessário em virtude da visualização de estudos que demonstram deficiências na assistência prestada como, por exemplo, em relação às rotinas preconizadas pelo PHPN, como a avaliação do estado nutricional, inspeção de pele e mucosas, palpação da tireóide, palpação abdominal para verificação da posição e apresentação fetal<sup>(7)</sup> e peso, pressão arterial (PA), altura uterina e batimentos fetais<sup>(8)</sup>.

Também, outros estudos demonstram que ações consideradas como imprescindíveis de serem realizadas durante o pré-natal como exames de laboratório<sup>(9,10)</sup>, exames clínicos, imunização contra o tétano, suplemento com ferro, exame ginecológico e exame de mamas obtiveram um número muito abaixo do que é preconizado pelo PHPN<sup>(10)</sup>.

A partir da relevância dos dados apresentados surge o presente estudo que tem o objetivo de avaliar a assistência pré-natal prestada pelas enfermeiras nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) do município do Rio Grande/RS.

## **Metodologia**

Este estudo refere-se a uma avaliação de processo, que descreve as atividades do serviço em saúde, orientada, principalmente, para a análise da competência dos

profissionais em seu processo de trabalho. Este tipo de avaliação compara os procedimentos empregados, estabelecidos como normas pelos próprios profissionais de saúde e pode ser realizada de duas maneiras: observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos<sup>(6)</sup>.

O local do estudo foi o município do Rio Grande/RS, em que o atendimento a gestante de baixo risco é ofertado em 20 UESF, e as gestantes de alto risco são encaminhadas para o Hospital Universitário. O município conta, desde 2005, com o Protocolo Municipal de Atendimento Pré-Natal que norteia as ações que devem ser realizadas pelos profissionais durante a assistência pré-natal.

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras que desenvolviam assistência pré-natal nas UESF do município. No período de realização da pesquisa, entre os meses de setembro de 2010 a fevereiro de 2011, havia 16 enfermeiras desenvolvendo essa atividade, porém, houveram duas recusas e, em vista disso, somente 14 foram incluídas no estudo.

O processo de coleta dos dados foi desenvolvido por acadêmicas de enfermagem e medicina previamente treinadas e ocorreu em duas etapas, com a primeira consistindo na observação da consulta de pré-natal. Para esta, foi utilizado um guia norteador contendo condutas que fazem parte da rotina de assistência à gestante segundo o PHPN: investigação dos antecedentes obstétricos (número de gestações, número de partos vaginais, número de partos cesáreos, aborto, data da última menstruação - DUM, idade gestacional - IG e data provável do parto - DPP); exame físico (altura e peso da gestante, altura uterina, batimentos cardíacos - BCF, exame especular, exame de toque, exame de mamas, verificação de edemas e coleta de material para citopatológico -CP quando necessário) e; exames laboratoriais obrigatórios.

Para a observação, a acadêmica comparecia à unidade no dia de realização da consulta pré-natal e observava a primeira consulta do dia, não levando em conta a

realização de consultas anteriores por parte da gestante e sua idade gestacional. Além disso, eram analisados somente os procedimentos e condutas da profissional durante a consulta, sem recorrer ao prontuário da gestante. Apenas no caso da coleta de CP, quando observado sua não realização na consulta, verificava-se a existência de registros indicativos de que a mulher já o havia realizado anteriormente.

Foi observada a realização de uma consulta de cada enfermeira, no total de 14 observações, em que apenas uma se caracterizou como primeira consulta, com as demais sendo consultas subseqüentes.

A segunda etapa foi desenvolvida por meio de entrevista individual com as enfermeiras, em que foram questionados os conhecimentos básicos da rotina de pré-natal preconizada pelo PHPN. Para esta, foi utilizado um questionário estruturado com questões relacionadas ao exame físico da gestante na primeira consulta e nos retornos, fatores de risco, exames laboratoriais e interpretação de exames segundo o PHPN. As perguntas eram feitas sem fornecer as opções de resposta, de forma a obter resultados espontaneamente, sem indução.

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel e foram tabulados extraindo o número absoluto e percentual de cada questão, e foram exibidos em tabelas, para melhor visualização com a análise e discussão realizada em comparação com as recomendações do PHPN. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande sob parecer nº 63/2010.

### **Resultados**

As enfermeiras entrevistadas eram do sexo feminino, com idade entre 33 e 54 anos, formadas entre 11 e 26 anos e desenvolvendo assistência pré-natal há um período de 1 a 19 anos.

Foi observado que todas as enfermeiras registravam no cartão da gestante dados como: antecedentes obstétricos, número de gestações, número de partos e idade gestacional. O número de abortos, a data provável do parto e a data da última menstruação foram registrados por 92% das enfermeiras.

Ao realizarem o exame físico, todas as enfermeiras auscultaram BCF, efetuaram o controle do peso da gestante e verificaram a pressão arterial. A altura uterina foi verificada por 92% das profissionais, e 28% realizaram exame de mamas. 57% das enfermeiras avaliaram a presença de edema

Em relação aos conhecimentos sobre a rotina básica na assistência pré-natal preconizada pelo PHPN, ao serem questionadas quanto aos elementos que se faziam necessários de investigação, 85% das enfermeiras elencou a data da última menstruação, data provável do parto e idade gestacional.

Quando o elemento investigado foi o exame físico da gestante na primeira consulta, 85% das enfermeiras responderam a altura uterina e a pressão arterial da gestante como procedimento de rotina, seguido de 64% que citaram o CP, 50% a ausculta de BCF e 42% das enfermeiras entrevistadas destacou o exame de mamas, exame especular e a presença de edemas.

Tabela 1: Comparação do conhecimento com as condutas da enfermeira na consulta de pré-natal. N=14. Setembro de 2010 a Fevereiro de 2011. Rio Grande/RS.

Variáveis	Entrevista		Observação	
	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)	Freq. Absoluta (n)	Freq. Relativa (%)
<b>Saber e Calcular</b>				
DUM	12	85%	13	92%
DPP	12	85%	13	92%
I.G	12	85%	14	100%
GESTA PARA	10	71%	14	100%
ABORTO	11	78%	14	100%
	11	78%	13	92%
<b>Rotina do exame físico</b>				
Altura uterina	12	85%	13	92%
Exame especular	06	42%	02	14%
Toque vaginal	03	21%	01	7%
Presença de edemas	06	42%	05	35%
P.A da gestante	12	85%	14	100%
Auscultas de BCF	07	50%	14	100%
Exame de mamas	06	42%	05	35%
Realizou citopatológico	09	64%	04	28%

Ao ser questionado com as enfermeiras acerca dos exames laboratoriais que deveriam ser solicitados na primeira consulta pré-natal, todas as enfermeiras elencaram Hemograma, ABO-Rh, Glicemia de jejum, exame de urina, VDRL, IgG, IgM e exame de fezes. A solicitação destes exames não foi observada, em vista de que não houve o acompanhamento de uma primeira consulta.

Os exames laboratoriais de retorno foram observados em apenas 5 consultas, pois nas demais as gestantes não possuíam idade gestacional necessária para que fosse solicitado a repetição dos exames laboratoriais.

Ao ser questionado acerca de quais exames laboratoriais devem ser repetidos, o exame de hemoglobina e hematócrito juntamente com a glicemia de jejum, foi apontado

por todas as profissionais. Os demais exames despontaram de forma diversificada entre as enfermeiras.

Ainda na observação da consulta, em relação à prescrição de medicamentos, como o ácido fólico e o sulfato ferroso, estas medicações foram prescritas por 92% das enfermeiras observadas.

Na investigação dos fatores de risco na gestação, possibilitada somente por meio da realização da entrevista, 85% das enfermeiras identificaram o uso de drogas e a hipertensão, sendo que a história de diabetes foi citada por 78% das entrevistadas. Nenhuma das enfermeiras citou todos os elementos considerados como fatores de risco pelo PHPN.

Outro item avaliado alude à interpretação e conduta diante dos resultados dos exames. O que chamou mais a atenção foi o fato de apenas uma enfermeira responder corretamente o valor do hemograma normal da gestante, e a grande maioria não ter conhecimento acerca do significado dos diferentes resultados possíveis das Imunoglobulinas IgG e IgM. Em relação às condutas que devem ser realizadas diante da interpretação de exames como o fator Rh e a glicemia de jejum, 78% das enfermeiras relatou corretamente o que deve ser feito. Nesta questão, também, nenhuma das enfermeiras apresentou conhecimento total sobre o tema investigado. Quanto à idade gestacional em que devem ser repetidos os exames laboratoriais, 78% das enfermeiras responderam corretamente.

Em relação às imunizações, todas as enfermeiras entrevistadas responderam corretamente acerca da realização da vacina antitetânica na gestação e do número correto de doses da vacina. Outro fator respondido corretamente pela totalidade de enfermeiras foi a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso. Quanto ao número de consultas de pré-natal preconizadas pelo PHPN, 92% das profissionais responderam corretamente.

Tabela 2: Conhecimento das enfermeiras acerca dos fatores de risco gestacionais, da conduta diante do resultado de exames, vacinação antitetânica, prescrição de medicação e número de consultas do pré-natal. N= 14. Setembro de 2010 a fevereiro de 2011. Rio Grande/RS.

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
<b>Fatores de risco</b>		
Idade	6	42%
Baixa escolaridade	7	50%
Peso	4	28%
Altura	2	14%
Fumo	8	57%
Uso de bebidas alcoolicas	10	71%
Uso de drogas	12	85%
Histórico de Hipertensão	12	85%
Histórico de Diabetes	11	78%
Histórico de gemelaridade	06	42%
Histórico de Prematuridade	05	35%
Histórico de óbito fetal ou neonatal	05	35%
Intervalo entre Gestações < 2 anos	02	14%
Filho com 2kg ou menos	01	7%
Filho com mais de 4kg	01	7%
<b>Interpretação de exames</b>		
IG devem ser repetidos os exames	11	78%
Anemia na gestante	01	7%
Quando fator Rh	11	78%
Qual exame	11	78%
Valor da glicemia de jejum	11	78%
VDRL reagente	10	71%
Tratamento	13	92%
Tratamento do parceiro	12	85%
Hepatite B +	10	71%
HIV +	10	71%
Conduta quando Toxo IgG+ e IgM -	05	35%
Conduta quando Toxo IGG e IGM +	03	21%
Conduta quando Toxo IgG - e IgM -	08	57%
<b>Outros:</b>		
Vacina antitetânica (VAT)	14	100%
Nº de doses	14	100%
Sulfato ferroso	14	100%
Quando prescrever	14	100%
Ácido Fólico	14	100%
Quando prescrever	14	100%
Nº mínimo de consultas segundo o PHPN?	13	92%

## Discussão

O estudo apontou que as enfermeiras que realizam a assistência pré-natal nas UESF estão investigando alguns antecedentes obstétricos das gestantes, como o número de gestações, de partos e idade gestacional com maior frequência em relação aos demais

antecedentes preconizados. Segundo o MS, na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais<sup>(14)</sup>.

Esses dados se assemelham aos achados de estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Rio Branco, no Acre, que teve o objetivo de analisar as competências essenciais dos enfermeiros na assistência pré-natal, em que foi observado que a data provável do parto e a idade gestacional foram calculados em grande parte das consultas de pré-natal realizados por enfermeiras; e calcular a idade gestacional é de suma importância tanto para a avaliação do estado nutricional da gestante como para a avaliação do crescimento fetal<sup>(7)</sup>.

Destaca-se o fato de não haver diferenças entre o atendimento pré-natal realizado por enfermeiras há mais tempo formadas e/ou que atuam há mais tempo na área materno-infantil em relação às que possuem menor tempo de formação e de desenvolvimento da assistência pré-natal.

Percebe-se que na observação do exame físico durante a consulta, há uma discrepância em relação às respostas obtidas na entrevista, pois todas as enfermeiras realizaram a medida da pressão arterial, do peso e fizeram ausculta de BCF nas consultas, mas no momento de responder quais procedimentos deveriam ser executados durante estas, estes não foram elencados por todas. Este fato pode sugerir que a enfermeira desenvolve as consultas de forma tão rotineira que executa os procedimentos automaticamente.

Isso leva à inferência que as atividades não são desenvolvidas a partir do entendimento de sua importância e sim seguindo um protocolo, uma rotina. A base dessa compreensão são as respostas não adequadas, suscitadas com o questionamento, sem tempo para pensar sobre o tema, parecendo não deter conhecimento. Claro que, também, pode ter havido certo constrangimento e nervosismo pelo fato de se saberem avaliadas e, com isso, não lembrarem corretamente de tudo.

O exame físico deve ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico<sup>(14)</sup>.

É recomendado que seja verificado em todas as consultas: pressão arterial, controle do peso, presença de edemas, exame de mamas, altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos, toque vaginal, exame ginecológico e preventivo do colo uterino se a gestante não tiver realizado há mais de um ano, além de orientações e recomendações sobre a amamentação, o uso de sulfato ferroso e a vacinação contra o tétano<sup>(3)</sup>.

Em relação à solicitação de exames laboratoriais, destaca-se que as enfermeiras solicitam adequadamente os exames necessários ao realizarem as consultas, porém, quando questionadas diretamente, a totalidade destes não é relatada, como se não lembrassem quais exames devem ser solicitados. Tal constatação vem ao encontro da reflexão anterior em relação à anamnese, parecendo que as consultas são realizadas de forma automática, rotineira.

O Ministério da Saúde preconiza que os exames de sangue (Hemoglobina, Hematócrito, Fator Rh, Anti-HIV, Sorologia para sífilis - VDRL e toxoplasmose IgG e IgM) e Exame Comum de Urina (EQU), devem ser realizados no primeiro trimestre e repetidos até a 30ª semana de gestação<sup>(3)</sup>.

No município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul, existe o protocolo de atenção ao pré-natal que preconiza, além dos já citados, glicemia de jejum, Exame Comum de Urina (EQU) com urocultura e HbSAg. No primeiro trimestre deve ser realizado a tipagem sanguínea da gestante para que se realize o Teste de Coombs Indireto, se necessário<sup>(15)</sup>.

O plano operacional da PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais devem se concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, sendo a garantia dos exames básicos uma destas ações. A garantia de exames básicos que diagnosticam ou previnem agravos/doenças como anemias, sífilis congênita, síndrome da imunodeficiência adquirida, infecção urinária, dentre outras, são essenciais para uma satisfatória atenção ao pré-natal e qualidade de vida materna e infantil, permitindo a redução dos riscos de aquisição de morbidades e mortalidade perinatal e neonatal<sup>(16)</sup>.

Em relação aos fatores de risco na gestação, o estudo mostra o baixo conhecimento das enfermeiras sobre esses fatores, pois nenhum fator foi respondido por todas. A identificação dos fatores de risco na gestação é de suma importância, pois é por meio destes que os profissionais irão identificar a necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou apenas ter um cuidado e atenção redobrados com a gestante.

Esses fatos se corroboram ao estudo realizado na cidade de Rio Branco/AC<sup>(17)</sup> com o objetivo de identificar as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras nas atividades relacionadas à assistência pré-natal, que mostrou a maioria das enfermeiras relatando moderada dificuldade em identificar fatores de risco na gestação. As conseqüências dessas dificuldades podem se tornar sérias, especialmente para aqueles casos em que o diagnóstico rápido e o tratamento adequado se fazem imprescindíveis para a saúde materna e fetal.

Quanto à interpretação dos exames, novamente, nenhuma questão foi respondida na sua totalidade, com o agravante de os enfermeiros, em quase sua totalidade, não saberem dizer o valor correto que deve ser considerado como indicativo da anemia na gestante e a conduta em relação aos resultados do exame de toxoplasmose. Importante reiterar a importância de a enfermeira apresentar tal conhecimento, em vista da gravidade desse resultado, uma vez que a toxoplasmose é uma das infecções mais temidas durante a gravidez, devido ao risco de comprometimento fetal (abortamento, retardo do crescimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade, malformações), fato que torna fundamental o seu diagnóstico precoce durante o acompanhamento pré-natal<sup>(18)</sup>.

A partir desse fato, pode-se supor uma falta de capacitação e educação continuada para as enfermeiras que realizam a assistência pré-natal, pois a interpretação de exames é necessária para que se possa identificar possíveis alterações e com isso realizar intervenções precocemente, colaborando para um processo gestacional mais tranquilo. Essa constatação se faz apesar de se ter ciência de que durante o ano de 2010 houve um processo de capacitação para enfermeiras e médicos atuantes na Secretaria Municipal de Saúde e no Hospital Universitário no intuito de padronizar as condutas, relembrar conhecimentos e compartilhar novidades científicas.

Como foi possível vislumbrar por meio dos achados deste estudo, as enfermeiras mostraram conhecimento acerca de algumas rotinas preconizadas pelo PHPN em relação ao cuidado pré-natal, como a adequada vacinação antitetânica. A enfermeira deve verificar na primeira consulta a situação vacinal, vacinando a gestante, se indicado, na mesma oportunidade, o que vem ao encontro da orientação do MS<sup>(19)</sup>. Entende-se que esse tipo de conhecimento demonstrado pelas enfermeiras seja explicado pelo domínio dessa temática (vacinas) pela enfermagem, que se apropriou do Programa Nacional de Imunização nos serviços de saúde.

### **Considerações finais**

A avaliação do processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal no município do Rio Grande mostrou que as enfermeiras, na sua prática diária, realizam a assistência conforme o PHPN, como a investigação dos antecedentes obstétricos, exame físico na primeira consulta e nos retornos, solicitam os exames laboratoriais e os de terceiro trimestre.

Porém, evidenciou-se que quando questionadas em relação à sua prática, as enfermeiras possuem grande dificuldade de narrar as suas rotinas, sendo o fato mais preocupante relacionado a dificuldade de identificação dos fatores de risco, que são necessários para identificar possíveis intercorrências e a interpretação de exames laboratoriais, no mesmo sentido de prevenção, pois a detecção precoce proporciona uma intervenção mais rápida, evitando agravos.

Conclui-se que as enfermeiras que realizam a assistência pré-natal nas UESF estão parcialmente capacitadas para a realização desta, o que leva a suposição de que a Secretaria de Saúde precisa investir mais em processos de capacitação em serviço. Sugere-se que as enfermeiras reflitam sobre seu papel nas unidades de saúde, e se questionem se não estão sendo meras executoras de tarefas e de programas institucionais.

### **Referências**

1. Silva MB, Monteiro PS Silva MB, Monteiro PS Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. *Com. Ciências Saúde*. 2010;21(1):21-30.
2. 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 *Ciência & Saúde Coletiva*.2007; 12(2):477-486.
- 3.Ministério da Saúde do Brasil. Portaria n.º 169/GM de 1º de junho e 2000: Institui o programa de Humanização do pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília: DF, 2000.

4. Miranda FJS, Fernandes RAQ. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores Rev. enferm. UERJ; 18(2):179-84.
5. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [acesso em: 20 jan 2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf).
6. Donabedian, A. The definition of quality: approaches to its assesment. Ann Harbor: Healt Administracion Press: 1980.
7. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros Esc Anna Nery Rev Enferm 2009;13 (1): 00-00.
8. Bauli JD. Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá-Paraná. [Dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2010 76f. acesso em: 20 jan 2012]. Disponível em: <http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000178004>
9. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(6)
10. Gonçalves CV et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico de mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores, Rev Assoc Med Bras 2009; 55(3): 290-5.
11. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad. Saúde Pública, 2006; 22(1):173-179.
12. Silva MB, Monteiro OS Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. Com. Ciências Saúde. 2010; 21(1):21-30.
13. Aguilar MJ, Ander Egg E. Avaliação de serviços e programas sociais. Vozes. 1994.
14. Ministério da saúde (Br). Manual Técnico- Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e Humanizada. 3 ed. Brasília-DF, 2006.
15. Rio Grande (RS). Manual técnico de atenção ao pré-natal no Município do Rio Grande. 1º Ed. Rio Grande-RS, 2005.
16. Ximenes Neto FRG, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MSA, Pontes MAC, Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará Rev Bras Enferm 2008; 61(5): 595-602.
17. Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(5)

18. Uchoa JL, Sales AAR, Joventino ES, Ximenes. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade das gestantes atendidas em unidade de saúde da família Rev Enferm UFPE On Line. 2010;4(1):209-17
19. Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família, Esc. Anna Nery 2006; 10 (1) p.121 – 125.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação se propôs a avaliar a assistência pré-natal realizada por enfermeiras no município do Rio Grande e para isto, foi analisada a estrutura física (materiais e instrumentos) das UESF's, as ações realizadas nas consultas de pré-natal e avaliado os conhecimentos acerca da rotina básica preconizada pelo MS. Em geral, obteve-se êxito neste trabalho, pois os objetivos foram contemplados e conseguiu-se avaliar a assistência pré-natal por esses parâmetros.

Como limitações ao estudo houveram algumas fragilidades, como por exemplo, não foi observada uma primeira consulta e uma consulta de retorno (no terceiro trimestre) realizada por cada enfermeira, o que limita o processo de análise, pois presume-se que, a partir dos dados extraídos das diferentes consultas, seria possível efetuar uma correlação do conhecimento de todas nos mais diversos quesitos investigados, assim como comparar os elementos referentes a cada período gestacional acompanhado.

A metodologia escolhida adequou-se ao estudo pois, através da criação de critérios de qualidade, pode-se visualizar, de forma objetiva, a assistência e, com isso, efetuar uma medida classificatória o que permitiu proceder à avaliação do pré-natal desenvolvido pelas enfermeiras.

Ao analisar a estrutura física das unidades de saúde, a maioria destas apresentou estrutura inadequada, pois há escassez de materiais e instrumentos indispensáveis para a realização da consulta pré-natal, como mesa ginecológica e material para coleta de citopatológico em todas as salas. A estrutura existente não inviabiliza a efetivação da assistência, porém, dificulta o trabalho dos profissionais, que precisam se deslocar para obtenção de tudo o que é necessário e acabam dispendendo um tempo maior para o desenvolvimento de seu processo de trabalho.

Ao avaliar a assistência desenvolvida pelas enfermeiras durante as consultas pré-natais no município do Rio Grande/RS, estabeleceu-se uma relação das ações com a orientação preconizada pelo componente I do PHPN e o protocolo municipal de atenção pré-natal. Na observação da consulta de pré-natal da enfermeira, todos os profissionais observados realizavam grande parte das condutas preconizadas pelo MS como, por exemplo, o registro na carteira da gestante e a investigação dos antecedentes obstétricos. Também, foi observado a prescrição de medicamentos como ácido fólico e sulfato ferroso, que são medicações que o MS preconiza que podem ser prescritas pela enfermeira quando necessário.

No exame físico, alguns procedimentos como a verificação do peso e altura da gestante, verificação da pressão arterial, altura uterina, ausculta de BCF tiveram uma ocorrência maior de realização do que alguns procedimentos como o toque vaginal, exame especular e de mamas. Esse fato pode ocorrer devido a falta de abordagem desses procedimentos no curso de graduação em Enfermagem ou então à carga horária, da disciplina de saúde da mulher, que pode ser insuficiente e alguns assuntos podem estar sendo pouco abordados. Entende-se que isso não pode ser considerado uma justificativa para o não conhecimento ou não preparo das enfermeiras, porque estas devem estar continuamente buscando sua qualificação e, no caso de sentirem necessidade de realizarem curso de capacitação, devem solicitar aos gestores de seus municípios para que tais cursos de atualização sejam providenciados.

Tratando-se dos conhecimentos sobre a rotina básica no pré-natal, segundo o PHPN, os resultados não foram muito satisfatórios, pois as enfermeiras realizam a rotina adequadamente, mas quando questionadas, não conseguem descrever o que é feito. Outro aspecto de relevância está relacionado à identificação dos fatores de risco, que também foram pouco citados pelas enfermeiras, dando a entender que estas não sabem claramente quais são. Além disso, a interpretação dos exames laboratoriais também foi bastante deficitária, pois os resultados necessitam ser interpretados corretamente para que possa iniciar as intervenções brevemente.

Ao se visualizar os resultados apresentados, reflete-se que talvez a consulta esteja tão inserida no cotidiano de trabalho das enfermeiras que, na realização desta, toda a conduta seja automaticamente realizada. E, quando alguém lhes questiona fora desse contexto, e são obrigadas a refletir, o conteúdo não parece assimilado e apreendido realmente. Por outro lado, a conduta está sendo tomada de forma correta e coerente, porém, é necessário que se discuta o tipo de profissional que se faz presente nos serviços. Será que é isso que se quer, pessoas que reproduzem automaticamente tarefas que lhe são repassadas como obrigatoriedade? Será que as enfermeiras entendem o que está sendo desenvolvido e por quê?

Percebe-se então que a conduta da profissional na consulta, supre as necessidades da gestante, sendo realizados os procedimentos, exames e prescrições conforme preconizado e isto é um indício que as profissionais de enfermagem estão preparadas para o atendimento a gestante no pré-natal. Estes achados mostram que as enfermeiras estão melhorando seu papel na assistência pré-natal, realizando corretamente as recomendações do MS para uma assistência a mulher mais humanizada e qualificada. Porém, quanto à

rotina básica, deve haver uma maior reflexão do profissional quanto ao que está sendo realizado, para que este possa expor melhor o que é feito e também a constante atualização para a otimização da assistência.

Além disso, ainda é necessário que os profissionais estejam dispostos a aceitar mudanças, pois educar permanentemente e criação de protocolos não resolvem as falhas apontadas pelo estudo, portanto, ainda é preciso a disposição e a conscientização dos profissionais que realizam o pré-natal sobre a importância de mudar as atitudes tomadas e o incentivo de realizar estratégias de qualificação da assistência. O enfermeiro pode qualificar sua assistência por meio da realização de grupos de gestantes e abordagem das questões psicossociais que envolvem a gestação.

Os achados deste estudo servem de reflexão às enfermeiras, aos gestores dos órgãos responsáveis pelo pré-natal e a comunidade acadêmica, para que sejam repensadas as ações das enfermeiras na consulta de pré-natal e talvez, modificada a forma de abordagem durante a graduação, capacitando melhor as enfermeiras e contribuindo para melhoria do processo de trabalho. Com isso, entende-se que sejam realizadas transformações concretas no atendimento a gestante e RN e haja uma interferência real nos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Contudo, os resultados dessa pesquisa trouxeram outros questionamentos sobre o tema, como a percepção dos enfermeiros sobre as condutas realizadas na consulta de pré-natal e como otimizar essa assistência para o futuro, e neste sentido, instiga a realização de trabalhos futuros neste tema ou também avaliar o pré-natal sob enfoque da gestante.

O feedback desta pesquisa, apresenta a proposta de apresentar os resultados a coordenação de Estratégia de Saúde da Família e os demais órgãos responsáveis ao atendimento pré-natal no município e se possível apresentá-lo aos enfermeiros que realizam a assistência, para posteriores discussões e com isso, a proposta de melhorias ao cuidado a gestante.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M.J; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Vozes.1994.
- ALMEIDA,N.M. **A dor no parto normal na perspectiva e vivencia de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde.** [Tese de doutorado] convenio rede centro oeste UnB, UFG e UFSM. 2009.
- ANDRADE, R.B. A implantação do programa de humanização do pré-natal no município de Duque de Caxias – RJ na perspectiva dos gestores e profissionais da saúde [dissertação de mestrado] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.
- BAULI, J. D. **Avaliação da assistência pré-natal na rede básica do Município de Maringá-Paraná.** [Dissertação de Mestrado em Enfermagem] Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2010.
- BARBOSA, M.A. **Avaliação da Assistência Pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato**[Dissertação de Mestrado]. Universidade de Guarulhos. 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edições 70. 1979.
- BENIGNA,M. J. C; NASCIMENTO, W. G; MARTINS, J. L. Pré-natal no programa saúde da família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enferm.** v.9 n.2 p.23-31, 2004.
- BRASIL. Portaria nº1.459 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). 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher. Princípios e diretrizes.** Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas.– Manual Técnico. 3º edição revisada. Brasília, p. 7-32, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília: 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. **Brasília, 2004.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasilia(DF), 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada a mulher.** Secretaria de Políticas de saúde. Área técnica da mulher. Brasília. 2001.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília (DF); 2000.
- BRIENZA, A.M. **O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto.** [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo. 2005.
- BUCHABQUI, J.A; ABEICHE, A.M, BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. In: **Rotinas em obstetrícia.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed. p. 23-37. 2001.
- CALDERON, I.M.P; CECATTI, J.G; VEJA, C.E.P. Intervenções benéficas para o pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.28, n.5, p.310-315, 2006.
- CAMPOS, R, M, C; RIBEIRO, C.A; SILVA, C.V; SAPAROLLI, C.V.L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP.** v.45, n.3, p.566-74, 2011.
- CARVALHO, V.C.P; ARAUJO; T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referencia para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** v.7 n. 3 p.309 -17, 2007.
- CASTRO, M.E; MOURA, M.A.V; SILVA, L.M.S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puéperas egressas. **Rev RENE.** v. 11. Número especial. p.73-81. 2010.
- COREN- MG. Câmara Técnica de Atenção Básica. **Saúde da Família: competência dos profissionais.** Informativo. v. 29 n. 3 p. 1-8, 2007.
- CONTRANDRIOPOULOS, A.P; CHAMPAGNE, F; DENIS, J.L; PINEAUT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A (Orgs) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a pratica da analise da implantação de programas.** Fiocruz p.29 – 46. 1997.
- COUTINHO, T; TEIXEIRA, M.B; DAIN, S. SAYD, J.D; COUTINHO, L.M. A adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora- MG. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 25 n.10 p. 117- 24, 2003.
- CUNHA, M.A. **Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco –AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico puerperal** [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo. 2008.

DANTAS, J.M. **Condutas de profissionais que realizam a consulta pré natal na estratégia de saúde da família quanto a detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis**[dissertação de mestrado]Universidade Federal do Rio Grande do Norte.2008.

DE LORENZI, D.R.S.; MACLI, J.M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré natal. RBGO. v.23 n.10 p. 647-652, 2001.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites de humanização da assistência ao parto.** [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo. 2001.

DUARTE, S.J.H; ANDRADE,S.M.O. O Significado do pré-natal para mulheres grávidas: experiência no Município de Campo Grande. **Saúde Soc.** v.17, n.2, p.132-139, 2008.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA e OBSTETRICIA. **Assistência Pré-natal: manual de orientação.** São Paulo; 2005.

FERRAZ, F; SILVA, L.W.S; SILVA, L.A.A; REIBNITZ, K.S; BACKES, V.M.S. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev Bras Enferm** v.58 n.5 p.607-610 2005.

FREITAS,G.L; VASCONCELOS,C.T.M; MOURA, E.R.F; PINHEIRO,A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v.11 n.2 p.424- 428, 2009.

FREITAS, F. Rotinas em Obstetrícia. 4ªed. Porto Alegre: Artmed. 2001.

FORMIGA FILHO, J.F.N. **Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM.** In: GALVÃO L; DÍAZ J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios. **São Paulo: Editora Hucitec/Population Council p. 151-62, 1999.**

FORNAZIER, M.L; SIQUEIRA, M.M. Consulta de enfermagem em um programa de assistência ao alcoolismo **J Bras Psiquiatr** v.55 n.4 p. 280-287, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1995. 2007.

GONÇALVES, C.V; COSTA, J,D,C; DUARTE, G; MARCOLIN, A.C; LIMA, L.C.V; GARLET, G; BIANCHI, M.S; SAKAI, A.F. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. **Rev Assoc Med Bras** v.55 n.3 p.290-295 2009.

- HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerenciais e assistenciais do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm** v.18 n.2 p.258-265, 2009
- HORTA,W.A; CASTELLANOS, B.E.P. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. Disponível em < [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) > Acesso em **20 Jan 2011**
- JANDREY, C. M. **Avaliação da qualidade do processo de assistência pré-natal na rede pública do Município de Cachoeirinha, RS**. [Monografia de especialização de gestão em saúde]. Universidade Federal do Rio Grande.2005.
- KERBER, N.P.C; KIRCHHOF, A.L.C; CEZAR-VAZ, M.R; SILVEIRA, R.S. Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.18 n.5 [ 8 telas] 2010.
- LAGO, T.D.G; LIMA, L.P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da saúde. PNDS 2006: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Brasília, cap. 8 p. 150-68, 2009.
- LIMA, M.G de. **Representação social das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal**. [Dissertação de mestrado] Universidade de Brasília. 2006.
- LIMA,Y.M.S; MOURA,M.A.V. Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**. n. 1/2, p. 93-99, 2005.
- MACIEL, C.F; ARAUJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. **Rev. Latino-Am Enfermagem** v.11 n.2 p. 207-214 2003.
- MARQUES, R.G; PRADO, S.R.L.A **conduta de enfermagem no pré-natal**. **Ver Enferm UNISA** n.5 p. 33-36, 2004.
- MARTINS, C.A. **O programa de assistência integral a saúde da mulher (PAISM) em Goiânia: a (des) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal**. [ Tese de doutorado] Universidade Federal do Rio de Janeiro.2001.
- MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. Hucitec. 2004.
- NAGAHAMA, E.E.I; SANTIAGO, S.M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública** v.22 n.1 p. 173- 179, 2006

NERY, T.A.; TOCANTINS, F.R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o Significado da ação de assistir a gestante, **Rev. enferm. UERJ** Rio v.14 n.1 P.87-92, 2006.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**. v.34 n.5 p. 547-557. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura saúde reprodutiva e da família. Assistência **ao parto normal: um guia prático**. Genebra – Suíça. Grupo técnico de tradução: Ministério da saúde. Brasil. p. 53, 1996.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infant**. v.8, n.1, p.113-12, 2008.

PARENTI, P.W. O cuidado pré-natal as adolescentes: competência das enfermeiras. [Tese de doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2007.

PUCCINI, R.F; PEDROSO, G.C; SILVA, E.M.K; ARAUJO, N.S ET AL. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da região metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v.19 n.1 p. 35-45, 2003.

REIS, E.J. F. B; SANTOS, F. P; CAMPOS, F. E; ACÚRIO, F.A; LEITE ET AL Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**. v.6 n.1 p. 50-61, 1990.

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.22 n 12 p. 477-486, 2007.

ROSAS, A.M.M.T.F. **A consulta de enfermagem na unidade de saúde: uma análise compreensiva na perspectiva das enfermeiras** [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.

SABINO, A.M.N.F. **A enfermeira e a atenção pré natal em São José do Rio Preto** [tese de doutorado em enfermagem]. Universidade de São Paulo. 2008.

SERRUYA, S.J; CECATTI, J.G; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública** v. 20, n. 5 p. 1281-1989, 2004.

SILVA, S.P.C. **Representações sociais e práticas discursivas dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre o Pré-natal** [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.

- SILVA, J.L.P; CECATTI, J.G; SERRUYA, S.J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 27 n.3 p. 103-5, 2005.
- SILVA, M.R.S; SANTOS,C.S.C.A Saúde no contexto do desenvolvimento sustentável. In: Cianciarullo, T.I; Cornetta, V.K(Org) **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio.** São Paulo. Icone Editora LTDA, p. 13-35, 2002.
- SANTOS, S.M.R; JESUS, M.C.P; AMARAL, A.M.M; COSTA, D.M.N; ARCANJO, R.A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto contexto-enferm.** v.17 n.1 p.124-130, 2008.
- SANTOS, F.R.P; TYRREL, M.A.R. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 9 n.2 p. 46-53, 2005.
- SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 62 n. 3 p. 387-392, 2009.
- SPINDOLA, T; PENNA, L.H.G; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP.** v.40, n.3 p.381- 388, 2006.
- SYLVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo, E; Rivera, F.J; Machado, M.H (Orgs). **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde.** Relume – Dumará. P.95-206. 1992.
- TANAKA, O.Y; MELO,C. Reflexoes sobre as avaliações em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi, M.LM; Mercado; F.X (Orgs) **Pesquisa qualitativa de serviços de saude.** Petropolis, RJ: Vozes p.121-139. 2007.
- TANAKA, O.Y; MELO,C. avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. Editora universidade de são Paulo. 2004.
- TREVISAN, M.R; DE LORENZI, D.R.S; ARAUJO, M.N; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.24, n. 5, p. 293-299, 2002.
- TOCANTINS, F.R; SILVA, T.J.E.S; PASSOS, J.P. Ética da enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A, organizadora. **Práticas de enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios.** São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem Editora, p.333-77. 2006.
- UCHOA, J.L; SALES, A.A.R; JOVENTINO, E.S; XIMENES, L.B. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde da família **Rev Enferm UFPE On Line** v.4 n.1 p.209-217, 2010.

VANZIN, A.S; NERY, M.E.S. **consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto alegre: RM&L gráfica, p.45- 51. 1996.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde.  
In: Vieira da Silva, L.M; Hartz, Z.M.A (Orgs) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a pratica na avaliação de programas e sistemas de saude.** – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p.15-35. 2005.

XIMENES NETO, F.R.G; LEITE, J.L; FULY, P.S.C; CUNHA, I.C.K.O; CLEMENTE, A.S, Dias MAS, Pontes MAC . Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev bras enferm.** v.31 n.5 p.595-602, 2008.

WORLD HEATHLH ORGANIZATION. **Mother baby packpage: implementing page safe motherhood in coutries. Pratical guide.** Maternal health and materhood programme. Divison of Family Health, world Health Organization, geneva, 1994.

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO**

Nome da entrevistadora:

Local da entrevista:

Data:

Categoria profissional observada:

Nº da consulta da gestante:

		Consulta		Carteira da gestante	
		Sim	Não	Sim	Não
1. Observar como o profissional recebe a paciente na sala de pré-natal?	Houve cumprimento				
	Tratou-a pelo nome				
	Criou um ambiente agradável				
	Demonstou-se confiante				
2. Observar reação da paciente	Mostou-se comunicativa				
	Sentiu-se a vontade				
	Apresentou-se a vontade				
	Apresentou-se preocupada				
3. Observar como o profissional inicia a consulta	Perguntou sobre a família				
	Perguntou sobre o estado geral da mulher?				
	Perguntou sobre outras questões de assunto?				
	Falou sobre outro assunto aleatório?				
4. Conferir se o profissional verificou o peso da gestante					

5. Conferir se o profissional verificou a altura da gestante					
6. Conferir se o profissional verificou a altura uterina da gestante					
7. Verificar se o profissional realizou o exame especular					
8. Observar se o profissional fez o exame de toque vaginal					
9. Observar se o profissional verificou a presença de edemas					
10. Observar se o profissional verificou a P.A da gestante					
11. Observar se o profissional realizou ausculta de BCF					
12. Realizou exame de mamas?	Explicou o procedimento?				
	Explicou a finalidade?				
13. Realizou citopatológico?	Explicou o procedimento?				
	Explicou a finalidade?				
14. Reação da paciente perante os exames físicos realizados					
	Sentiu-se a vontade?				
	Ficou com receio?				
	Demonstrou confiança no profissional?				
	Demonstrou medo?				
15. Solicitação sobre o esquema vacinal					
16. Solicitação dos	Hemograma				

exames laboratoriais	Sorologia para sífilis				
	Sorologia para hepatite B				
	Sorologia para HIV				
	Toxoplasmose (IgG)				
	Toxoplasmose (IgM)				
	Tipagem sanguínea				
	Fator Rh				
	Glicemia de jejum				
	Exame de urina				
	Teste para rubéola				
	Ultra – sonografia				
17. Observar reação da paciente perante a consulta	Fez perguntas?				
	Demonstrou ter dúvidas?				
	Demonstrou ter conhecimento?				
	Demonstrou estar confusa?				
18. Verificar se o profissional orientou as próximas consultas de acordo com o PHPN					
19. Observar se a paciente demonstrou ter entendido tudo o que foi lhe passado na consulta					
21. Observar se a paciente demonstrou parecer satisfeita com a consulta					
22. No caso da primeira consulta, foi registrado pelo profissional:	Data da última menstruação				
	Data provável do parto				
	Idade gestacional				
	Numero de gestações				
	Numero de partos				

	Numero de abortos				
23. Prescreveu sulfato ferroso?					
24. Prescreveu acido fólico?					
25. Observações					

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO DO PROFISSIONAL**

<b>BLOCO C – IDENTIFICAÇÃO</b>	
1. Nome do(a) entrevistador(a): _____	C01 ___ __
2. Local da entrevista: _____	C02 ___
3. Data (DD/MM): ___ ___ / ___ ___ /2010	C03 ___ ___ / ___ ___ /2010
4. Número do profissional entrevistado: ___ ___ ___	C04 ___ ___ ___
5. Sexo do profissional?           (1) feminino           (2) masculino	C05 ___
6. Qual sua idade? ___ ___ anos	C06 ___ ___
7. Qual a sua formação profissional? (1) Médico. Qual especialidade? _____ (2) estudante (3) Enfermeira                           (4) outra pessoa: _____	C07 ___
8. A quantos anos você é formado (a)? ___ ___ anos	C08 ___ ___
9. A quanto tem você realiza consultas de pré-natal? ___ ___ anos	C09 ___ ___
<b>BLOCO D – AVALIAÇÃO DA ROTINA DO PHPN</b>	
<b>PODERIAMOS CONVERSAR SOBRE A ROTINA DO PRÉ-NATAL</b>	
7. Quando o senhor (a) inicia o pré-natal de uma gestante, o que é importante saber e calcular?	
Data da última menstruação (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D01 ___
Data provável do parto           (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D02 ___
Idade gestacional                   (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D03 ___
Número de gestações (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D04 ___
Número de partos           (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D05 ___
Número de abortos           (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D06 ___
Outro: _____ (0) Não	D07 _
8. Quais são os fatores que estão relacionados à gravidez de risco?	
Idade (<15 e >35 anos) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D08 ___
Baixa escolaridade           (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D09 ___
Peso (<45 e >75kg)           (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D10 ___

Altura (<1,45m)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D11 __
Fumo	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D12 __
Uso de bebida alcoólica	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D13 __
Uso de drogas	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D14 __
História de hipertensão	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D15 __
História de diabete	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D16 __
História de gemelaridade	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D17 __
História de prematuridade	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D18 __
Óbito fetal ou neonatal	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D19 __
Intervalo entre as gestações (< 2 anos)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D20 __
Ter tido algum filho com 2 kg ou menos?	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D21 __
Ter tido algum filho com 4 kg ou mais?	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D22 __
9. Qual a rotina pré-natal mínima preconizada pelo PHPN para o exame físico da gestante na primeira consulta?		
Medir a pressão	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D23 __
Pesar a gestante	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D24 __
Examinar o seio	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D25 __
Medir a altura do útero	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D26 __
Escutar os batimentos (BCF)	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D27 __
Fazer exame especular	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D28 __
Coletar citopatológico	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D29 __
Fazer exame de toque	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D30 __
Ver edema	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D31 __
10. Qual a rotina pré-natal mínima preconizada pelo PHPN para o exame físico da gestante nos retornos?		
Medir a pressão	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D32 __
Pesar a gestante	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D33 __

Medir a altura do útero	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D34 __
Escutar os batimentos (BCF)	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D35 __
Ver edema	(1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN	D36 __
11. Quais exames laboratoriais <b>OBRIGATORIAMENTE</b> devem ser solicitados na primeira consulta de pré-natal segundo o PHPN?		
Hemograma	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D37 __
Tipagem sanguínea e Rh	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D38 __
Glicemia de jejum	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D39 __
Sorologia para sífilis (VDRL)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D40 __
Sorologia para hepatite B	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D41 __
Sorologia para HIV	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D42 __
Toxoplasmose (IgG)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D43 __
Toxoplasmose (IgM)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D44 __
Exame de urina	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D45 __
Urocultura	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D46 __
Exame de fezes	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D47 __
Teste para rubéola	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D48 __
Ultra-sonografia	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D49 __
Outro _____	(0) não	D50 __
12. Quais exames laboratoriais <b>OBRIGATORIAMENTE</b> devem ser repetidos durante o pré-natal segundo o PHPN?		
Hemograma	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D51 __
Tipagem sanguínea e Rh	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D52 __
Glicemia de jejum	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D53 __
Sorologia para sífilis (VDRL)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D54 __
Sorologia para hepatite B	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D55 __
Sorologia para HIV	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D56 __
Toxoplasmose (IgG)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D57 __
Toxoplasmose (IgM)	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D58 __
Exame de urina	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D59 __
Urocultura	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D60 __

Exame de fezes	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D61 __
Teste para rubéola	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D62 __
Ultra-sonografia	(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN	D63 __
Outro _____	(0) não	D64 __
13. Com quantas semanas de gestação os exames são repetidos? __ __ semanas		D65 __
<b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS E A CONDUTA PRECONIZADA PELO PHPN</b>		
14. Quando é considerado <b>anemia</b> no exame de hemograma da gestante?		D66 __
(1) Hemoglobina $\geq$ 11g/dl		D67 __
(2) Hemoglobina entre 11 e 8g/dl (anemia leve a moderada)		D68 __
(3) Hemoglobina < 8g/dl (anemia severa)		D69 __
(4) Outra resposta _____		D70 __
(9) Não sabe		D71 __
15. Quando a gestante tem fator <b>Rh negativo</b> é preciso pedir algum exame?		
(0) Não (1) Sim (9) Não sabe		D72 __
16. <b>SE SIM.</b> Qual? _____		
17. Qual o valor <b>normal da glicemia de jejum</b> na gestante?		D73 __
(1) 85 ou 90 g/dl (9) Não sabe (4) Outra resposta: _____		
18. Quando o exame de <b>VDRL da reagente</b> . Qual conduta?		D74 __
(1) Solicitar teste confirmatório (triponemico)		D75 __
(2) Solicitar novo VDRL e ver titulação		D76 __
(3) Tratar à paciente		D77 __
(4) tratar paciente e parceiro		D78 __
(5) Outro _____		D79 __
(9) não sabe		
19. Qual o <b>tratamento de escolha</b> para sífilis?		D80 __
(1) Penicilina benzatina		D81 __
(2) Eritromicina		D82 __
(3) Outro _____		D83 __
(9) não sabe		
20. Quando o exame de <b>VDRL da reagente</b> . Preciso pedir exames e tratar o <b>companheiro</b> da paciente? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe		D84 __

<p>21. Quando o exame de <b>Hepatite B da reagente</b>. Qual conduta?</p> <p>(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco  (2) Nenhuma (9) não sei  (3) Outro _____</p>	D85 __
<p>22. Quando o exame de <b>Anti-HIV da reagente</b>. Qual conduta?</p> <p>(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco  (2) Nenhuma (9) não sei  (3) Outro _____</p>	D86 __
<p>23. Quando o exame de <b>Toxoplasmose da IgG reagente e IgM não reagente</b>. Qual conduta?</p> <p>(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco  (2) Nenhuma (9) não sei  (3) Outro _____</p>	D87 __
<p>24. Quando o exame de <b>Toxoplasmose da IgG reagente e IgM reagente</b>. Qual conduta?</p> <p>((1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco  (2) Nenhuma (9) não sei  (3) Outro _____</p>	D88 __
<p>25. Quando o exame de <b>Toxoplasmose da IgG não reagente e IgM não reagente</b>. Qual conduta?</p> <p>(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco  (2) Orientar medidas profiláticas para não se contaminar  (3) Nenhuma (9) não sei  (4) Outro _____</p> <p><b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUMAS CONDUTAS PRECONIZADA PELO PHPN</b></p>	D89 __
<p>26. A vacina do tétano deve ser feita na gestação?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	D90 __
<p>27. <b>SE SIM</b>. Quantas doses de vacina contra o tétano uma mulher deveria receber na gravidez?</p> <p>(1) nenhuma dose se for imunizada a menos de 5 anos</p>	D91 __

<p>(2) Somente o reforço se já for imunizada a mais de 5 anos</p> <p>(3) Três doses, se não for imunizada</p> <p>(4) Outra resposta _____</p> <p>_____</p> <p>(9) Não sabe</p>	D92 __
<p>28. O sulfato ferroso deve ser prescrito na gestação? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	D93 __
<p><b>29. SE SIM.</b> Quando? _____</p>	D94 __
<p>30. O ácido fólico deve ser prescrito na gestação? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe</p>	D94 __
<p><b>31. SE SIM.</b> Quando? _____</p>	
<p>32. Qual é o número mínimo de consultas de pré-natal estabelecido pelo PHPN? _____</p> <p>___ consultas</p>	D95 __
<p>33. Quais as dificuldades que você, como trabalhador encontra para realização da rotina de pré-natal preconizada pelo PHPN? _____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	
<p><b>AGRADEÇO A ATENÇÃO</b></p>	

**APÊNDICE C**  
**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA**

**BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_

2. Local da entrevista: \_\_\_\_\_

3. Data (DD/MM): \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ /2011

A01 \_\_ \_\_

A02 \_\_

**BLOCO B – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA**

**PERGUNTAR AO RESPONSÁVEL PELA ÚNIDADE**

4. Quantas consultas de pré-natal esta unidade realiza por mês? \_\_\_\_ (9) IGN

5. Quantos profissionais atendem pré-natal nesta unidade? \_\_\_\_ (9) IGN

6. Quem atende o pré-natal nesta unidade?

(1) médico                      (2) estudante                      (3) enfermeira

(4) outra pessoa: \_\_\_\_\_

7. Em quantas salas são realizadas as consultas de pré-natal? \_\_\_\_ (9) IGN

A03 \_\_ \_\_ / \_\_  
\_\_ /2011

B04 \_\_ \_\_ \_\_

B05 \_\_ \_\_

B06 \_\_ \_\_ \_\_

B07 \_\_ \_\_

**GOSTARIA DE CONHECER AS SALAS DE PRÉ-NATAL (OBSERVAR)**

8. Tem mesa ginecológica em todas as salas? (0) Não (1) Sim (9) IGN

9. Tem espelho em todas as salas? (0) Não (1) Sim (9) IGN

10. Tem luva descartável em todas as salas? (0) Não (1) Sim (9) IGN

11. Tem material para coleta do citopatológico em todas as salas?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

12. Tem balança na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN

13. Tem aparelho de medir pressão na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN

14. Tem fita métrica na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN

15. Tem sonar na unidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN

B08 \_\_

B09 \_\_

B10 \_\_

B11 \_\_

B12 \_\_

B13 \_\_

B14 \_\_

B15 \_\_

## APÊNDICE D

### Termo de consentimento livre e esclarecido

#### **AUDITORIA EM SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ NATAL REALIZADO NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/ RS**

Este estudo tem por propósito avaliar a estrutura das instituições de saúde acerca do pré-natal, desde a estrutura física da instituição oferecida para o atendimento pré-natal (consultório com mesa ginecologia, disponibilidade de material para coleta do citopatológico, aparelho de medir pressão arterial, balança, fita métrica e sonar); estudar a formação profissional dos pré-natalistas e o conhecimento que estes têm acerca das rotinas básicas preconizadas pelo Programa de humanização do Pré-natal e do Puerpério (PHPN).

Para isso será aplicado um questionário em que será com perguntas sobre a sua formação profissional, tempo de trabalho e conhecimentos sobre o PHPN.

A participação é voluntária, nenhum das participantes será identificado e em nenhum momento você será submetido a qualquer situação constrangedora ou de risco, e terá o direito de negar-se a responder alguma pergunta ou até mesmo participar do estudo, além disso, serão mantidos todos os princípios éticos e legais.

Os resultados poderão ser divulgados em eventos e publicados em periódicos científicos, no entanto, garanto-lhe que o anonimato de todas os participantes será mantido.

Se você tiver alguma dúvida poderá entrar em contato com a Dra. Carla Vitola Gonçalves (coordenadora) pelo telefone 32338823 ou 81351617 com a enfermeira Flavia Seles Oliveira pelo telefone 84059674.

Declaro ter sido esclarecido do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper minha participação a qualquer momento sem que isso possa causar-me prejuízo de qualquer natureza. Assim, concordo em participar da pesquisa cujo título é AUDITORIA EM SAUDE: UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ NATAL REALIZADO NO MUNICIPIO DO RIO GRANDE/RS coordenada pela professora Dra. Carla Vitola Gonçalves

Nome .....

Assinatura .....

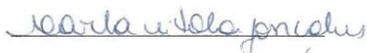
Rio Grande ...../...../.....

## APÊNDICE E

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

#### Autorização

Eu, Carla Vitola Gonçalves, coordenadora do projeto “Auditoria em saúde: uma avaliação do pré-natal realizado no município do Rio Grande” autorizo a mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Flávia Seles Oliveira a utilizar os dados referentes a estrutura das unidades de saúde, a observação da consulta de pré-natal e os conhecimentos dos profissionais cerca da rotina básica preconizada pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, para fins de desenvolver a dissertação de mestrado.



Dra. Carla Vitola Gonçalves

Coordenadora do projeto

ANEXO A

PROTOCOLO MUNICIPAL



Prefeitura Municipal do  
**RIO GRANDE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
Construindo o Rio Grande para todos

# **PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER**

**Rio Grande  
2007**

## 1. ATENÇÃO AO PRÉ – NATAL

O MS preconiza a realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento de pré-natal, sendo, preferencialmente uma no primeiro trimestre duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação.

### 1.1 Intervalo das consultas:

Mensais: até 36<sup>a</sup> semana;

Quinzenais: de 36<sup>a</sup> a 38<sup>a</sup> semana;

Semanais: a partir da 38<sup>a</sup> semana.

Obs.: está indicado encaminhar a paciente com 41<sup>a</sup> semanas para avaliação na maternidade e escolha de via de parto.

### 1.2 Roteiro para Acolhimento da Gestante no Pré-Natal:

Cabe a equipe de saúde ao receber uma gestante na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. Sendo que o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gestação (1º trimestre).

#### Cronograma de atendimento dos profissionais para baixo risco:

Mês	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	> 36 sem
Consulta Médica	CM	CM		CM		CM		CM
Consulta de Enfermagem*	CE		CE		CE		CE	

A segunda consulta deverá ser realizada pelo profissional médico, pois nesta consulta será definido o risco da gestação, baixo risco ou alto risco.

\* De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria GM 1.625 de 10 de julho de 2007, ficam estabelecidas as atribuições específicas do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, sendo estas: realização de consultas de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicações, observando-se as disposições legais da profissão, assim como os protocolos e outras normativas técnicas firmadas pelas três esferas da gestão do SUS. Além disso, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, por meio do Decreto nº 94.406/87, corrobora a portaria acima citada, determinando que "O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira". (Assistência Pré-Natal: Manual Técnico - 3ª ed. – Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da saúde, 2000, p.18).

2

### 1.3 Rotina do Pré-Natal

#### 1) Pré-consulta

- Acolhimento da gestante;
- Verificar os sinais vitais: TA, peso e altura (somente na primeira consulta);
- Registrar na SIA/SUS.

Responsável: Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem.

#### 2) Consulta

- Abertura do prontuário, ficha da gestante, carteira da gestante e o cadastro do SISPRENATAL (anexo 01);

- Anamnese da gestante e o exame físico, verificando:

\* Definição da DUM/DPP/IG;

\* Exame físico geral: peso, pressão e altura. Avaliação das mucosas, pele e tireóide, ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen e membros inferiores. (muitas vezes é diagnosticado patologias que a paciente não sabia, portanto é importante realizar o exame físico completo na primeira consulta.

\* Exame ginecológico e obstétrico: AU, BCF, MAF, exame das Mamas (mamilos), exame especular (procura de leucorréia e DSTs) e toque vaginal. (importante na primeira consulta)

\* Momento apropriado para um *check up*.

\* Abordagem quanto à saúde bucal, encaminhando se necessário;

- Conduta terapêutica medicamentosa, se necessário;

- Orientações quanto à VAT;

- Realização do CP;

- Solicitação dos exames laboratoriais de rotina, conforme lista deste protocolo.

- Explicação das fases evolutivas da gestação e a importância da amamentação e a da manutenção do Pré-Natal;

- Esclarecimento de dúvidas quanto: prescrições, exames e encaminhamentos, etc...);

- Encaminhamento ao pré-natal de alto-risco, quando necessário.
- Realização dos registros de rotina;
- Agendamento do retorno da consulta na carteira da gestante.

Responsáveis: Médicos e Enfermeiros, sendo a segunda consulta com o médico.

### **3) Pós-consulta**

- Agendamento da próxima consulta, na unidade, perante registro da carteira da gestante;
- Realização de procedimentos, quando necessários.

Responsáveis: burocrata e profissionais de enfermagem.

## **1.4 Exames Laboratoriais de Rotina**

### **Na primeira consulta:**

- Tipagem sangüínea;
- Hemograma;
- Glicemia de jejum:
- EQU, com urucull
- Anti-HIV;
- VDRL;
- HbsAg;
- Coombs Indireto, quando gestante Rh negativa\*.

\* Quando a gestante for Rh negativa solicitar tipagem sangüínea do cônjuge.

### **Exames que deverão ser solicitados no 1º e 3º trimestre:**

- Hemograma
- Glicemia de jejum;
- EQU com Urucultura;

---

<sup>1</sup> Solicitar em requisição separada dos demais exames de rotina, para autorização na SMS.

### 1.6 Critérios e pré-requisitos para encaminhamento ao pré-natal de alto risco

- Hipertensão Arterial Crônica com PA > ou = 150/100 mmHg;
- Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG/pré-eclampsia);
- Cardiopatias;
- Nefropatias;
- Doenças do colágeno;
- Diabetes Mellito (prévia ou gestacional, duas glicemias de jejum  $\geq 110$ mg/dl é diagnóstico ou glicemia de jejum  $\geq 85$  mg/dl e TTg  $\geq 140$  mg/dl);
- Doenças tireoideanas;
- Pneumopatias;
- Epilepsia não controlada;
- Ameaça de parto prematuro ou com perdas gestacionais de repetição (3 ou +);
- Neoplasias;
- Síndromes Hemorrágicas de gravidez;
- Gestante com transtorno mental;
- idade materna menor de 20 anos e maior de 35 anos;
- Isoimunização Rh (coombs indireto positivo independente da titulação);
- Malformação fetal;
- Gestação gemelar;
- I.T.U. de repetição;
- Anemia com hemoglobina entre 8 e 10 g% ou hemoglobinopatias;
- Retardo de crescimento intra uterino;
- Polihidrâmnio;
- Oligodrâmnio;
  - Ruptura prematura de membranas (amniorrexe);
  - Infecções; encaminhar quando:
    - \* Anti HIV positivo (mesmo sem confirmatório);
    - \* VDRL positivo (independente da titulação);
    - \* Toxoplasmose com IgM positivo ou IgG positivo com exame anterior IgG negativo;
    - \* HbsAG e anti-HCV Positivo.

4

- VDRL;
- anti-HIV;
- HbsAg;
- IgM e IgG para toxoplasmose.

**Exames que deverão ser solicitados entre a 22 e 24ª semanas:**

- Glicemia de jejum. (alguns lugares preconizam só solicitar o TTg para pacientes com risco ou Teste de Tolerância de Glicose (glicemia 2hs após 75g de glicose), porém deverá ser solicitado quando a primeira glicemia der maior que 85 mg/dl, então deve ser realizado imediatamente, não sendo necessário esperar o período diabetogênico);

- Coombs indireto, quando o primeiro é negativo ele deve ser repetido com 28, 32 e 36 semanas.

**Ecografia obstétrica**

S

de crescimento intra-uterino retardado (CIUR), gravidez múltipla, polidrâmnio;

\* intercorrências obstétricas anteriores: abortamentos habituais, fetos mal-formados, etc.

\* dúvidas da DUM e idade gestacional;

\* outras indicações a critério médico.

### 1.5 Vacina antitetânica (VAT)

A prevenção do tétano neonatal e a proteção da gestante são realizados com vacina Dupla tipo Adulto (dT), ou Toxóide Tetânico (TT), de acordo com o esquema abaixo:

SITUAÇÃO	CONDUTA
Gestante não vacinada ou passado vacinal ignorado	Três doses da vacina, com intervalo de 8 semanas, <b>a partir da 20ª semana</b> . Se em idade gestacional avançada, realizar 2 doses e a 3 no puerpério. Se não houver tempo para as duas doses, reduzir o intervalo para 30 dias.
Vacinação incompleta (1 ou 2 doses)	Completar o total de 3 doses, com intervalo de 8 semanas a partir da <b>20ª semana</b> .
Vacinadas com esquema completo, sendo a última dose há mais de cinco anos.	Aplicar uma dose de reforço logo que possível, a partir da <b>20ª semana de gestação</b> .
Vacinadas com esquema completo, sendo a última dose a menos de cinco anos.	Imunizadas.
<b>Obs:</b> Registrar no SISPRENATAL as doses administradas.	

**Observações:**

Mesmo que a gestante de alto de risco seja encaminhada ao atendimento especializado à equipe da UBS/UBSF deverá manter o monitoramento da mesma.

**1.7 Estratégias de captação precoce de gestantes**

- Visita domiciliária à gestante:

ACS: mensalmente.

Demais membros da equipe: no primeiro e terceiro trimestre.

**1.8 Queixas mais frequentes**

1. Náuseas, vômitos e tonturas
2. Pirose (azia)
3. Sialorréia (salivação excessiva)
4. Fraquezas e desmaios
5. Dor abdominal, cólicas, flatulências e constipação intestinal
6. Hemorróidas
7. Corrimento vaginal
8. Queixas urinárias
9. Falta de ar e dificuldade para respirar
10. Dor nas mamas
11. Dor lombar
12. Cefaléia
13. Sangramento nas gengivas
14. Varizes
15. Câimbras
16. Cloasma gravídico
17. Estrias

As orientações e condutas terapêuticas vide o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério (Brasil, MS, p.75-79, 2006).

## 1.9 Intercorrências mais freqüentes

### a) Anemias

A anemia é uma intercorrência freqüente na gestação sobre tudo entre as pacientes múltiparas ou com intervalo interpartal curto. A terapêutica com sulfato ferroso na gestação conforme o seguinte esquema:

\* Hb > 11g% - ausência de anemia, administrar 300 mg (1 drágea) de sulfato ferroso<sup>2</sup> (60 mg de Fe elementar/dia), a partir da 20 semana;

\* Hb de 8 a 11g% - anemia leve ou moderada. Tratar com 900mg/dia. Repetir Hb e Ht 4 a 8 semanas após, se mantiver ou diminuir os níveis referir ao pré natal de alto risco. Suplementar com 5mg de ácido fólico;

\* Hb < 8g% - anemia grave, referir ao pré-natal de alto risco.

### b) Infecções

#### Infecção urinária

É um dos problemas mais comuns durante a gestação. O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática (Urocultura com mais de  $10^5$  colônias) até o quadro de pielonefrite. Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática, a *Escherichia coli* é o agente etiológico identificado.

Tratamentos:

Ampicilina 500mg 01 comp. de 6/6h de 7 a 10 dias

Cefalexina 500mg 01 comp. de 6/6h de 7 a 10 dias

Nitrofurantoína 100mg 01 comp. de 6/6h ou 8/8h por 7 dias.

**Observações:** Os antibióticos seguros e prescritos habitualmente para gestantes incluem: cefalexina, ampicilina/amoxicilina e nitrofurantoína. Deve-se evitar o uso de quinolonas, tetraciclina e trimetoprima (sulfas) na primeira metade da gravidez e sulfonamidas no último mês. É recomendada nova urocultura uma

---

<sup>2</sup> O sulfato ferroso disponibilizado pela SMS é de 40 mg Fe elementar.

semana após encerrado o tratamento, para documentar a cura. A pielonefrite complicada deve ser tratada em nível hospitalar com antibióticos por via parenteral.

### **Herpes na gestação (genital)**

É uma doença viral incurável e recorrente. O período de incubação é de 3 a 9 dias. A fase prodrômica com queimação, prurido e parestesia são típicos, seguindo-se o aparecimento de vesículas que posteriormente ulceram e **coalescem**.

Tratamento: Aciclovir 200mg VO 01comp. 5x/dia, de 7 a 10 dias ou de 400mg 3x/dia de 7 a 10 dias.

Observações: evitar tratamento de gestantes com recidiva. Nestes casos encaminhar para acompanhamento hospitalar. Herpes genital ativo contra-indica parto vaginal.

### **Sífilis**

A sífilis congênita é considerada verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, pela simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico. Deve ser tratada toda gestante que tiver VDRL positivo (independente da titulação) e FTA-abs positivo. Não esquecer de solicitar sorologias para o parceiro e tratá-lo se necessário.

#### Classificação:

#### Sífilis primária

Pen. Benzatina 2,4 milhões, IM em dose única (1,2 milhões em cada glúteo)

#### Sífilis secundária e latente recente

Pen. Benzatina 2,4 milhões, 2 doses com intervalo de 1 semana entre cada dose (4,8 milhões dose total)

#### Sífilis tardia

Pen. Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas.

**Observação:** gestantes alérgicas a penicilina devem ser encaminhadas ao ambulatório de DSTs/AIDS (para uso de Estearato de Eritromicina 500mg).

### **Hepatites B e C**

Os sintomas são inespecíficos e muitos se confundem com queixas comuns e próprias da gestação; fadiga, mal-estar, inapetência, náuseas e vômitos. O diagnóstico diferencial deve ser feito com icterícia colestatia, colelitíase, síndrome de HELLP, fígado gorduroso agudo da gestação e farmacotoxicidade.

#### **Tratamento:**

O manejo da paciente com hepatite é similar para grávidas e não-grávidas. Na maioria das vezes não há indicação de hospitalização e a gestante pode permanecer em casa, em repouso e com alimentação e ingestão líquida normais.

Encaminhar para o pré-natal de alto risco para reserva de imunoglobulina para o RN.

### **Infecção pelo HIV**

A identificação precoce de gestantes soropositivas para o HIV é fundamental para um acompanhamento adequado no ciclo gravídico-puerperal e no período neonatal.

Para tanto, é fundamental encaminhar a gestante para o Hospital Dia - FURG, referência em tratamento do HIV, sem agendamento prévio e sem exame confirmatório, direto no setor.

### **Infecção pelo Papilomavírus Humano – HPV**

A gestação favorece o desenvolvimento e proliferação das lesões condilomatosas, que podem atingir grandes proporções.

Tratamento a nível de ambulatório de ginecologia e/ou de DSTs/AIDS:

- Química – Ácido Tricloroacético (ATA) 50 – 90%
- Cauterização
- Elétrica – eletrocauterização
- Crioterapia pelo CO<sub>2</sub>;
- Cirurgia de alta frequência.

**Obs:** Também usado o Podofilotoxina (wartec®) - bisnaga de 5g 2x/dia.

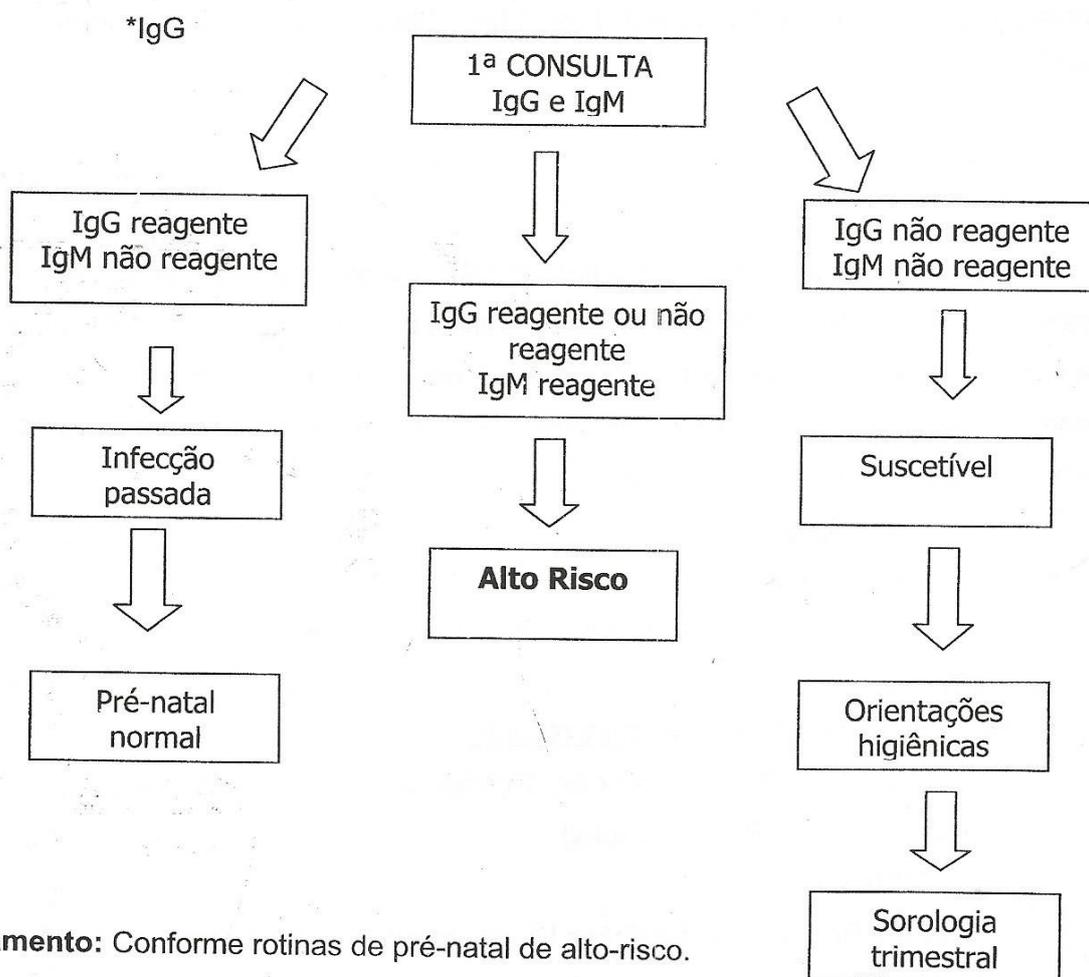
## Toxoplasmose

A toxoplasmose é geralmente assintomática e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal; RCIU, prematuridade, morte fetal e toxoplasmose congênita, aborto.

Diagnóstico:

A pesquisa sorológica de IgM e IgG para toxoplasmose **só deverá** ser solicitada na primeira consulta de pré-natal e autorizada pela SMS, quando a gestante apresentar história clínica pregressa.

\*Quando o resultado do exame for IgG reigente e IgM não-reigente = infecção passada= pré-natal normal;



Não tratar após 36 semanas, pois ficara uma área cruenta que pode infectar após o parto. Condilomatose não contra-indica parto vaginal a não ser que tenha obstrução do canal de parto.

### **c) Leucorréias**

Nas gestantes o tratamento se justifica uma vez que a infecção está associada ao parto pré-termo, rupreme e também a maiores índices de endometrite e celulite pós-parto e pós-cesárea.

#### **Candidíase**

Prurido intenso, dispareunia superficial, edema de vulva, secreção vaginal esbranquiçada aderente às paredes vaginais e colo.

Tratamento: Nistatina creme vaginal - 1aplicador de 7 a 10 dias. (devido a alta resistência, alguns lugares têm usado o Miconazol creme<sup>3</sup>).

Observações: Não é recomendado o uso de antifúngicos via sistêmica durante a gravidez. E os parceiros sintomáticos deverão ser tratados.

#### **Tricomoniase**

Prurido intenso, edema de vulva, dispareumia, secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.

Tratamento: Metronidazol creme

Metronidazol 250mg - 2 comp. 12/12h – 7 dias ou 2g dose única  
**(ambos após 20 semanas)**

- Banho de assento com vinagre de vinho branco – 01 colher de sopa por litro. (de 2-3 x/dia).

**Parceiro:** Metronidazol 2 g dose única

---

<sup>3</sup> Em caso da necessidade do uso do Miconazol creme, preencher o formulário de justificativa de medicamentos não padronizados.

Não tratar após 36 semanas, pois ficara uma área cruenta que pode infectar após o parto. Condilomatose não contra-indica parto vaginal a não ser que tenha obstrução do canal de parto.

### **c) Leucorréias**

Nas gestantes o tratamento se justifica uma vez que a infecção está associada ao parto pré-termo, rupreme e também a maiores índices de endometrite e celulite pós-parto e pós-cesárea.

#### **Candidíase**

Prurido intenso, dispareunia superficial, edema de vulva, secreção vaginal esbranquiçada aderente às paredes vaginais e colo.

Tratamento: Nistatina creme vaginal - 1aplicador de 7 a 10 dias. (devido a alta resistência, alguns lugares têm usado o Miconazol creme<sup>3</sup>).

Observações: Não é recomendado o uso de antifúngicos via sistêmica durante a gravidez. E os parceiros sintomáticos deverão ser tratados.

#### **Tricomoniase**

Prurido intenso, edema de vulva, dispareumia, secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.

Tratamento: Metronidazol creme

Metronidazol 250mg - 2 comp. 12/12h – 7 dias ou 2g dose única  
**(ambos após 20 semanas)**

- Banho de assento com vinagre de vinho branco – 01 colher de sopa por litro. (de 2-3 x/dia).

**Parceiro:** Metronidazol 2 g dose única

---

<sup>3</sup> Em caso da necessidade do uso do Miconazol creme, preencher o formulário de justificativa de medicamentos não padronizados.

**Observação:** A tricomoníase é considerada uma DSTs, por isso investigar e tratar o parceiro.

**Vaginose bacteriana** (*Gardenerella vaginalis*)

Secreção vaginal acinzentada, cremosa, aderente às paredes vaginais e colo, com odor fétido e dispareunia.

Tratamento - Metronidazol creme

Metronidazol 250mg - 2 comp. 12/12h – 7 dias ou 2g dose única  
**(ambos após 20 semanas)**

**Parceiro:** Metronidazol 2 g dose única







