

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LILIAN DONIZETE PIMENTA NOGUEIRA

**Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais  
de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal  
no município de Ribeirão Preto - SP**

**Ribeirão Preto  
2010**

LILIAN DONIZETE PIMENTA NOGUEIRA

**Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto - SP**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fabiana Villela Mamede

**Ribeirão Preto  
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### FICHA CATALOGRÁFICA

NOGUEIRA, Lilian Donizete Pimenta

Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2010.

108f. 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.  
Orientadora: Mamede, Fabiana Villela.

1. Enfermagem Obstétrica.
2. Pré-natal.
3. Atenção Qualificada.
4. Competência Profissional

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**NOGUEIRA, Lilian Donizete Pimenta**

**Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto – SP**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2010.

### BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho àqueles que me amam incondicionalmente e lutaram constantemente pelo meu sucesso – meu pai **Celso**, minha mãe **Leila** e meu irmão **Lucas**, por todo seu carinho e respeito.*

*Ao meu noivo **Erik** pela compreensão, apoio e incentivo diante das dificuldades vivenciadas nesta fase.*

## ***Agradecimentos***

*A Deus pela minha vida e por me proteger a cada instante.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fabiana Villela Mamede por todos os ensinamentos desde a residência até o mestrado, pela orientação e principalmente por toda compreensão, paciência e incentivo, que foram fundamentais para a conclusão deste.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Clapis por toda colaboração no exame de qualificação, pelo apoio na fase final deste e por todos ensinamentos ao longo destes anos na obstetrícia.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Stefanello pelas sugestões construtivas no exame de qualificação.*

*Ao Prof. Dr. Luiz de Souza pela atenção e disponibilidade em me auxiliar na elaboração de toda a parte estatística deste trabalho. Suas contribuições foram fundamentais para a conclusão desta etapa.*

*Aos docentes da Pós-Graduação da EERP/USP, especialmente aos do Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública, pela experiência e todo o conhecimento compartilhado.*

*Aos colegas da Pós-Graduação, por todo o convívio, pela amizade e pelo apoio.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto por conceder a realização deste estudo no município, obrigada pela oportunidade.*

*Aos profissionais entrevistados pela oportunidade de conhecer a realidade e refletir acerca da formação profissional.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ormezinda Maria Ribeiro – Aya, pela valiosa contribuição na revisão ortográfica e por todo carinho e amizade demonstrados.*

*Aos colegas das Faculdades Integradas de Bebedouro – FAFIBE, em especial Isabel, Bartira, Cila, Érica e Kelli por toda compreensão, apoio e carinho nesta etapa. É muito bom ter a oportunidade de dividir meus dias com vocês! E a todos meus queridos alunos, vocês são a minha dose de estímulo diária para que eu continue nesta jornada!*

*Aos colegas do 10º andar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pelo companheirismo e apoio nos momentos difíceis.*

*Às amigas Daniela Daltoso, Michelle, Patrícia, Susane e Tatiane, mesmo sem o convívio diário, sei que posso contar com vocês! Vocês fazem a diferença!*

*Aos funcionários da EERP por toda atenção e profissionalismo.*

*E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo, meu muito obrigada!*

*“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.*

*Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;*

*Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;*

*Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar;*

*Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar*

*Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;*

*Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar;*

*Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.*

*Que proveito tem o trabalhador naquilo em que trabalha?*

*Tenho visto o trabalho que Deus deu aos filhos dos homens, para com ele os exercitar.*

*Tudo fez formoso em seu tempo; também pôs o mundo no coração do homem, sem que este possa descobrir a obra que Deus fez desde o princípio até ao fim”*

**(Eclesiastes 3, 1:21).**

## RESUMO

NOGUEIRA, L.D.P. **Caracterização da assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal no município de Ribeirão Preto – SP.** 2010. 108f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A mortalidade materna é um indicador de disparidade e iniquidade entre homens e mulheres, sua extensão revela o lugar das mulheres na sociedade e o acesso delas aos serviços sociais, de saúde e nutrição, assim como as oportunidades econômicas. As mortes maternas continuam sendo um problema a ser combatido. A atenção qualificada ao pré-natal é uma estratégia fundamental para tornar as gestações e partos mais seguros, contribuindo significativamente na redução das mortes maternas. O pré-natal não necessita de alta tecnologia, pode ser conduzido na atenção básica em saúde e depende de condutas simples, que conseguem contornar a maior parte das necessidades das gestantes, pode ser acompanhado pelo enfermeiro, respaldado pela Lei do Exercício Profissional. Considerando que o profissional de saúde que atende à gestação deve possuir competências essenciais para o exercício da prática obstétrica com qualidade, o objeto desse estudo são as competências desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem no atendimento à mulher durante o pré-natal. **Objetivos:** Conhecer o atendimento à mulher durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP por meio das ações realizadas por profissionais de enfermagem, tendo por base as competências essenciais em Obstetrícia para a atenção qualificada ao parto e a redução da mortalidade materna e neonatal. **Metodologia:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram colhidos nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto. Foram entrevistados 156 profissionais: 69 enfermeiros, 9 técnicos e 78 auxiliares de enfermagem. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva. **Resultados:** Perfil da equipe de enfermagem: houve predominância de profissionais do sexo feminino, casadas, com média de idade de 45,1 anos, com filhos e mais de dez anos de formação. A renda dos auxiliares é de 37,9% da renda dos enfermeiros e a dos técnicos de 49,7%. A maioria dos profissionais aprendeu atuar na assistência pré-natal na rede de atenção básica à saúde e não participou de cursos de atualização ou eventos científicos na área de saúde da mulher nos últimos anos. A maior parte dos enfermeiros possui algum tipo de pós-graduação, destes seis possuem especialização em obstetrícia. Grande parte dos profissionais possui apenas um emprego, trabalha 40 horas semanais há mais de 10 anos nas instituições estudadas e há mais de cinco anos na assistência pré-natal, negaram dificuldades na atenção à gestante e referiram ter curso de gestantes em sua unidade de atuação. Encontram-se mais satisfeitos com a atuação profissional que com o reconhecimento. **Competências Essenciais:** os enfermeiros realizam o primeiro atendimento, tem participação discreta no pré-natal, que é centrado no médico. Não realizam exame físico geral ou obstétrico. Os auxiliares e técnicos em enfermagem realizam a pré e pós-consulta. **Conclusões:** O acúmulo de funções do enfermeiro constitui um entrave para a plena realização do cuidado pré-natal. O município de Ribeirão Preto necessita que toda a equipe de enfermagem que atua no cuidado pré-natal na atenção básica lute por maior autonomia, solidificando sua assistência, fortalecendo o vínculo com a população e oferecendo atenção qualificada e humanizada, baseada nas habilidades e competências essenciais preconizadas pela Confederação Internacional das Partoiras e pelo Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem Obstétrica. Pré-natal. Atenção Qualificada. Competência Profissional.

## ABSTRACT

NOGUEIRA, L.D.P. **Characterization of prenatal care by nursing personnel in the qualified attention to the pregnant-puerperal cycle in Ribeirão Preto - SP.** 2010. 108f. Dissertation (Master) – Nursing School of Ribeirao Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Maternal mortality is an indicator of disparity and inequity between men and women, the extension shows the place of women in society and their access to health and nutrition social services, as well as economic opportunities. Maternal deaths are still a problem to be tackled. Qualified attention to prenatal care is a key strategy to make pregnancy and childbirth safer, contributing significantly to reducing maternal deaths. Prenatal care does not require high technology, it can be conducted in primary health care and it depends on simple behaviors that can bypass most of the needs of pregnant women, it may be accompanied by nurses, supported by the Law of Professional Practice. Considering that the health professional that cares for pregnancy must have essential skills to the pursuit of quality obstetric practice, the object of this study is the skills developed by nurses in caring for women during prenatal care. **Objectives:** Getting to know the care for women during prenatal care in Ribeirão Preto - SP by the actions performed by nurses, based on core competencies in Obstetrics for skilled attention at delivery and the reduction of maternal and neonatal mortality. **Methodology:** a descriptive study with quantitative approach. Data were collected at health units in the city of Ribeirão Preto. 156 professionals were interviewed: 69 nurses, 9 technicians and 78 nursing assistants. Descriptive statistics was used to data analysis. **Results:** Profile of the nursing team: a predominance of female professionals, married, with an average age of 45.1 years, with children and more than ten years of graduation. The assistants' income is 37.9% of the nurses' and the technicians' income is 49.7%. Most professionals learned to act in prenatal care in the network of basic health care and did not participate in refresher courses and scientific events in the area of women's health in recent years. Most nurses have some sort of post-graduation, six of them have specialization in Obstetrics. Most professionals have only one job, working 40 hours a week for over 10 years in the mentioned institutions and for more than five years in prenatal care, denied difficulties in caring for pregnant women and reported there are pregnancy courses in their unities of action. They are more satisfied with the performance than with professional recognition. **Essential Skills:** nurses perform the first meeting, participate discretely in the prenatal care, which is centered on the doctor. They do not perform general physical exam or obstetrics. Assistants and nursing technicians perform pre and post-consultation. **Conclusions:** The accumulation of functions of nurses is an obstacle to the full performance of prenatal care. The city of Ribeirão Preto requires that all nursing staff that works in prenatal care fight for greater autonomy, solidifying their assistance, strengthening the bond with the population and providing qualified and humanized care, based on the skills and core competencies recommended by the International Confederation of Midwives and the Ministry of Health.

Keywords: Obstetric Nursing. Prenatal care. Qualified attention. Professional Competence.

## RESUMEN

NOGUEIRA, L.D.P. **Caracterización de la asistencia prenatal por profesionales de enfermería en la atención calificada al ciclo embarazo-puerperio en la ciudad de Ribeirão Preto – SP.** 2010. 108f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

La mortalidad materna es un indicador de disparidad e iniquidad entre hombres y mujeres, su extensión revela el lugar de las mujeres en la sociedad y el acceso de ellas a los servicios sociales de salud y nutrición, así como las oportunidades económicas. Las muertes maternas siguen siendo un problema a ser combatido. La atención calificada al prenatal es una estrategia fundamental para volver las gestaciones y partos más seguros, contribuyendo significativamente en la reducción de las muertes maternas. El prenatal no necesita de alta tecnología, puede ser conducido en la atención básica en salud y depende de conductas simples, que consiguen resolver la mayor parte de las necesidades de las gestantes, puede ser acompañado por el enfermero, respaldado por la Ley del Ejercicio Profesional. Considerando que el profesional de la salud que atende a la gestación debe poseer competencias esenciales para el ejercicio de la práctica de la obstetricia con calidad, el objeto de ese estudio son las competencias desarrolladas por el equipo de enfermería en el atendimento a la mujer durante el prenatal. **Objetivos:** Conocer el atendimento a la mujer durante el prenatal en la ciudad de Ribeirão Preto - SP por medio de las acciones realizadas por profesionales de enfermería, tomando por base las competencias esenciales en Obstetricia para la atención calificada al parto y la reducción de la mortalidade materna y del recién nacido. **Metodología:** estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo. Los datos fueron recogidos en las unidades de salud de la ciudad de Ribeirão Preto. Un total de 156 profesionales fueron entrevistados: 69 enfermeros, 9 técnicos y 78 auxiliares de enfermería. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Perfil del equipo de enfermería: hubo predominio de profesionales del sexo femenino, casadas, con un promedio de edad de 45,1 años, con hijos y más de diez años de formación. La ganancia de los auxiliares es de 37,9% de la ganancia de los enfermeros y la de los técnicos es de 49,7%. La mayoría de los profesionales ha aprendido a actuar en la asistencia prenatal en la red de atención básica a la salud y no ha participado de cursos de actualización o eventos científicos en el área de la salud de la mujer los últimos años. La mayor parte de los enfermeros posee algún tipo de posgrado, de éstos, seis poseen especialización en obstetricia. Gran parte de los profesionales posee sólo un empleo, trabaja 40 horas semanales hace más de 10 años en las instituciones estudiadas y hace más de cinco años en la asistencia prenatal, negaron dificultades en la atención a la gestante y dijeron poseer curso de gestante en su unidad de actuación. Se encuentran más satisfechos con la actuación profesional que con el reconocimiento. Competencias Esenciales: los enfermeros realizan el primer atendimento, tienen participación discreta en el prenatal, que es centrado en el médico. No realizan examen físico general u obstetricio. Los auxiliares y técnicos en enfermería realizan la pre y posconsulta. **Conclusiones:** La acumulación de funciones del enfermero constituye un obstáculo para la plena realización del cuidado prenatal. La ciudad de Ribeirão Preto necesita que todo el equipo de enfermería que actúa en el cuidado prenatal en la atención básica luche por mayor autonomía, solidificando su asistencia, fortaleciendo el vínculo con la población y ofreciendo atención calificada y humanizada, basada en las habilidades y competencias esenciales preconizadas por la Confederación Internacional de las Parteras y por el Ministerio de la Salud.

Palabras llave: Enfermería Obstetricia. Prenatal. Atención Calificada. Competencia Profesional.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 01.** Distribuição de frequências das variáveis sócio-demográficas, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010 ..... 52
- Tabela 02.** Distribuição de frequências das variáveis de formação profissional, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010 ..... 55
- Tabela 03.** Distribuição de frequências das variáveis de formação profissional nível pós-graduação, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010 ..... 56
- Tabela 04.** Distribuição de frequências das variáveis relativas às atividades profissionais, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010 ..... 60

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CSE	Centro Saúde-Escola
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HC-FMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
ICM	Conferência Internacional das Parteiras
IMPAC	Manejo Integrado da Gravidez e Nascimento
MS	Ministério da Saúde
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHPN	Programa de Humanização ao Parto e Nascimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VDRL	<i>Venereal Diseases Research Laboratory</i>

## SUMÁRIO

<b>1.0. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.0 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
2.1 Mortalidade materna e a importância da assistência pré-natal qualificada .....	17
2.1.1 As Competências de enfermagem na atenção obstétrica qualificada.....	25
<b>3.0 OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
3.1 Geral .....	33
3.2 Específicos:.....	33
<b>4.0 METODOLOGIA.....</b>	<b>35</b>
4.1. Tipo de estudo .....	35
4.2 Campo de estudo .....	36
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	39
4.4 Aspectos éticos .....	39
4.5 Coleta de dados.....	39
4.6 Procedimentos para análise dos dados .....	41
<b>5.0 RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
5.1. Competências essenciais na atenção pré-natal no contexto da atenção básica de saúde no município de Ribeirão Preto – SP .....	43
5.1.1. O pré-natal no Município de Ribeirão Preto .....	43
5.1.2. Caracterização das unidades de saúde do município.....	46
5.1.3. Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher no pré-natal.....	50
5.1.3.1. Variáveis sócio-demográficas .....	50
5.1.3.2. Variáveis de formação profissional .....	53

5.1.3.3. Variáveis de atuação profissional .....	57
5.1.4 A descrição do atendimento à mulher no pré-natal .....	61
<b>6.0 DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
6.1 O atendimento pré-natal no contexto da atenção básica em saúde.....	65
6.1.1 A equipe de enfermagem.....	65
6.1.2 Competências da equipe de enfermagem .....	77
<b>7.0 CONCLUSÕES.....</b>	<b>86</b>
<b>8.0 IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A ASSISTÊNCIA.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>106</b>

---

***Apresentação***

## 1.0. APRESENTAÇÃO

O interesse por esta temática deu-se entre os anos de 2005/2007 na vivência prática durante o curso de Especialização modalidade Residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal oferecido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP – USP. Nestes dois anos foi possível vislumbrar a importância da assistência de enfermagem qualificada no combate à mortalidade materno-infantil.

Foi possível também compreender a atuação do enfermeiro em diversas situações envolvendo a mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal de baixo risco e entendê-la como profissional-chave na melhoria da qualidade da assistência e na promoção do vínculo mulher-instituição de saúde.

A busca pelo aprofundamento nesta temática iniciou-se com a construção da monografia intitulada: “A indicação da ocitocina na condução do trabalho de parto de mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco obstétrico”; em que houve a preocupação com a excessiva medicalização na assistência durante o trabalho de parto e parto, fator que se opõe à humanização da assistência, além de levar a outras intervenções, tais como episiotomia, amniotomia, infusão de ocitócitos, dentre outras que podem levar a complicações indesejadas.

Acredito que a minha formação de enfermeira, que tem como pressuposto a valorização da abordagem humanística, e de enfermeira obstetra impulsionou-me a buscar compreender a importância da formação profissional qualificada. Passo essencial para a existência de profissionais seguros e aptos a atuar ativamente no pré-natal e em todo o ciclo gravídico-puerperal, de forma que viabilizem a condução de uma gestação saudável, minimizando os riscos. Por estas razões iniciei o Mestrado para a realização desta pesquisa que busca caracterizar os profissionais de enfermagem atuantes no pré-natal, identificando a presença de profissionais qualificados na condução da gestação saudável, fato que implica na redução da mortalidade materno-infantil.

---

## ***Introdução***

## 2.0 INTRODUÇÃO

### 2.1 Mortalidade materna e a importância da assistência pré-natal qualificada

A mortalidade materna é um indicador de disparidade e iniquidade entre homens e mulheres e sua extensão revela o lugar das mulheres na sociedade e o acesso delas aos serviços sociais, de saúde e nutrição, assim como as oportunidades econômicas.

As primeiras estimativas da extensão da mortalidade materna no mundo foram realizadas na década de 1980, quando a situação alarmante que as mulheres estavam vivenciando tornou-se pública.

A necessidade de medidas efetivas para o combate à situação de extremo risco de morrer ou à condição de viver em situações de incapacidade ou mutilação entre mulheres e seus filhos é comprovada quando a mortalidade materna, considerada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 1999) uma “desvantagem social”, tem sido motivo de preocupação por parte de todos os níveis de autoridades de saúde (BRASIL, 2004). Haja vista que no mundo, mais de meio milhão de mulheres morre como consequência de complicações durante a gravidez e o parto e aproximadamente 50 milhões de mulheres sofrem de enfermidades e incapacidades sérias relacionadas à gravidez. (MACDONALD; STARRS, 2003a).

No mundo, a razão de mortalidade materna, isto é, o número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos; está estimada em 400 por 100.000 nascidos vivos, sendo que a América Latina e o Caribe encontram-se em quarta colocação nesta estimativa, com um valor de 130 por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2007). No Brasil, morrem aproximadamente 76,1 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, segundo dados de 2004 (BRASIL, 2004). A Razão de Mortalidade Materna – RMM, no município de Ribeirão Preto, esteve entre 47,8, em 2000; e 52,5 em 2008 (RIBEIRÃO PRETO, 2009a), valor acima do preconizado pela OMS, que aceita uma Razão de Mortalidade Materna de 10 óbitos por 100 mil nascidos vivos (MOURA; HOLANDA-JUNIOR; RODRIGUES, 2003).

No Brasil, as mortes maternas são notificadas em uma base de dados no Ministério da Saúde, ao encontrar o valor da RMM bruta aplica-se um fator de correção de 1,4, com o objetivo de corrigir o possível erro relacionado à subnotificação de morte materna, isto ocorre no país como um todo, nas regiões não se utiliza desta mesma estratégia. Deste modo, entre os

anos de 2001 e 2005, a RMM no país esteve entre 71 e 74,7, respectivamente, com destaque no ano de 2005 para a região Nordeste, com valor de 64,6; já a região Sudeste evidenciou discreta redução, de 44,4 em 2001, para 41,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos no ano de 2005 (BRASIL, 2007).

A morte materna é aquela que ocorre durante o ciclo gravídico-puerperal em consequência de complicações inerentes deste período ou de doenças adquiridas ou pré-existentes. A mortalidade materna pode ser classificada em dois grupos, o de causa obstétrica direta e de causa indireta. O primeiro grupo trata de complicações específicas da gravidez, parto e puerpério, tais como hemorragias, eclampsia, aborto e infecção puerperal, que podem ter a prevenção por meio de uma boa assistência pré-natal e ao parto; já o segundo grupo, trata das doenças que podem vir oferecer risco e complicar tanto a gestação quanto o parto, fato que também pode ser controlado por uma assistência pré-natal de qualidade, refletindo na diminuição das complicações e da mortalidade materna (BRASIL, 2000b; LAURENTI, 1998).

Nos países desenvolvidos a mortalidade por causa materna encontra-se entre as últimas causas, fato oposto ao Brasil, que carrega a morte por causa materna entre as dez primeiras causas (TANAKA, 2001). Dentre as principais causas obstétricas diretas de morte materna no Brasil encontram-se: síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais e complicações do aborto (BRASIL, 2000b). Tais causas têm maior peso sobre a mortalidade materna, porém esta também sofre influência de causas indiretas, decorrentes de patologias graves associadas à gestação (TANAKA, 2001).

As principais causas das mortes maternas são conhecidas, e mais de 80% delas poderiam ser prevenidas ou evitadas por ações efetivas e disponíveis, até mesmo nos países mais pobres do mundo. Esta tragédia é ainda maior quando constatamos que mulheres morrem durante o período normal do processo reprodutivo e que muitas destas mortes poderiam ser evitadas por meio de medidas preventivas básicas, como a identificação precoce das complicações, tomada de providências em situações de urgências e emergências além da utilização de pessoal qualificado no atendimento à mulher durante o processo da gravidez, parto, nascimento e puerpério (WHO, 2004a).

A possibilidade de prevenção da mortalidade materna na maioria dos casos demonstra a existência de sérios problemas relacionados à assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (PARADA, CARVALHAES, 2007). A atenção à mulher neste período evidencia um grande desafio; uma vez que a assistência pré-natal tem sido alvo de grandes discussões no que se diz respeito à sua qualidade (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004).

A atenção qualificada no pré-natal representa a possibilidade de redução da morbimortalidade materna, contribuindo de forma significativa com a redução destas taxas, promovendo uma maternidade segura. Porém a assistência pré-natal qualificada está atrelada à presença de profissionais qualificados e habilitados para tal (CUNHA, 2008).

O cuidado pré-natal orienta e esclarece a mulher sobre todas as modificações inerentes à gestação, sobre o parto, o puerpério e cuidados com o recém-nascido; desta maneira o profissional consegue detectar possíveis alterações, prevenir agravos e tratá-las precocemente, esta atitude colabora com a redução da morbimortalidade materna (BRASIL, 2000a; CARVALHO, 2004).

Deste modo, a assistência pré-natal procura atender as verdadeiras necessidades das gestantes por meio de profissionais que tenham conhecimento técnico-científico e recursos adequados disponíveis para o atendimento de cada uma destas necessidades (GONÇALVES et al, 2008).

Vários autores têm encontrado em seus estudos que a redução da morbimortalidade materna e perinatal são dependentes do investimento na melhoria da qualidade da assistência à gestante e ao recém-nascido, bem como da melhor capacitação e formação de profissionais que atuam na obstetrícia, para a promoção da maternidade sem risco (LANSKY, FRANCA, LEAL, 2002). O acesso e a qualidade da atenção ao ciclo gravídico-puerperal prestada pelos serviços de saúde são de fundamental importância no controle da mortalidade materna (COSTA, GUILHEM, WALTER, 2005).

A assistência pré-natal, portanto, é um fator importante na redução da morbimortalidade materna e perinatal, visto que, muitas patologias do período gravídico-puerperal podem ser tratadas e/ou controladas. Uma assistência pré-natal de qualidade certamente contribuirá, para se evitar problemas específicos do parto, à mãe e aos recém-nascidos, além daqueles do período puerperal. No entanto, observa-se na prática uma deficiência tanto na extensão da cobertura como no padrão de qualidade da atenção pré-natal (MARCON, 1997; BRASIL, 2006).

Desde 1988, o Ministério da Saúde tem direcionado alguns pontos básicos para atuar na saúde feminina, abordando a saúde da mulher de forma integral. O primeiro ponto a tratar foi a redução da iniquidade dos indicadores epidemiológico relativos à saúde da mulher, objetivando diminuir as taxas de mortalidade das mulheres por causas evitáveis.

Para se conseguir o enfrentamento dos desafios na implantação das políticas nacionais de saúde, o MS, no período de 1996 a 2000 lançou Leis e Portarias que abrangiam a saúde da mulher, tais como a humanização no pré-natal e nascimento.

O Programa de Humanização na Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo MS no ano de 2000, busca melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania. Busca ainda, enfrentar o problema da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e o parto, que leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais.

O PHPN tem como objetivo primordial a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania; sendo a humanização da assistência obstétrica e neonatal o embasamento do acompanhamento do parto e puerpério adequados (BRASIL, 2002).

Neste sentido, o Ministério da Saúde procura incentivar ações de pré-natal de início precoce, isto é, identificar a gestante na comunidade o mais breve possível e dar início à assistência de forma contínua, em todos os níveis de complexidade, com o sistema de referência e contra-referência atuante (BRASIL, 2000a).

Outro fato importante a ser destacado é a adesão das gestantes ao programa de pré-natal, que fortalece a qualidade da assistência oferecida pelo serviço e pelos profissionais envolvidos, além de ser fundamental para a redução da mortalidade materna e perinatal (COIMBRA et al, 2003).

No Brasil, a assistência pré-natal inclui um número mínimo de seis consultas, com início precoce, no primeiro trimestre, outras duas consultas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2000a). Em outros países este número se difere, porém muitos têm buscado reduzir o número de consultas, investindo na qualidade e não em quantidade. Este é o caso da Inglaterra, França, Suíça e Luxemburgo, conforme destacam Sanders et al (1999) e Walker et al (2002).

Walker et al (2002) também demonstra que diversos estudos na África, Europa e Estados Unidos, bem como estudo multicêntrico realizado pela OMS em quatro países com 30.000 mulheres, não apresentaram diferença estatisticamente significativa nos resultados maternos e perinatais daquelas que frequentaram número reduzido de aproximadamente oito consultas e as que frequentaram ao número tradicional de aproximadamente 14 consultas. Tal fato deixa clara a importância da qualidade da assistência e não da quantidade de consultas oferecidas.

No ano de 2008, no município de Ribeirão Preto – SP; 78,68% das mulheres que frequentaram o pré-natal foram a sete consultas ou mais e 13,93% das gestantes compareceram entre 4 e 6 consultas (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Estudo realizado no ano de 2002, por Trevisan et al., no qual se buscou estudar a assistência pré-natal oferecida a um grupo de grávidas clientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Caxias do Sul - RS, com base nos critérios de qualidade estabelecidos pelo PHPN, verificou que em 64, 8% dos casos a atenção pré-natal foi considerada inadequada e em apenas 35,2% foi adequada, concluindo que a assistência pré-natal daquele local possui boa cobertura, porém necessita de maior qualidade. Destacou ainda a importância das ações educativas a serem realizadas durante o cuidado pré-natal.

Rios e Vieira (2007) estudaram a importância da consulta de enfermagem como espaço para educação da gestante durante o pré-natal, e encontraram que neste momento a ação praticada pelo enfermeiro é “rotineira”, “pouco participativa”, havendo predominância informativa. Neste estudo foi encontrado que a consulta de enfermagem no pré-natal ocorre sem agendamento sistemático, no intuito apenas de alívio da demanda, de “drenagem da clientela” ou pelo “encaminhamento pelo médico”. Destacaram que mesmo com as dificuldades é de extrema importância que os profissionais de enfermagem sejam persistentes na implantação de atividades que fortaleçam e melhorem as ações educativas no pré-natal, de forma que o enfermeiro tenha o reconhecimento de seu papel.

Tanto o pré-natal quanto o nascimento são considerados acontecimentos singulares para cada mulher e uma vivência peculiar na natureza feminina. Deste modo, é necessário que a mulher esteja autoconfiante para viver este momento, fato que se torna possível com o auxílio de profissionais de saúde que compartilham o saber, atuando como educadores. As ações educativas no pré-natal, especialmente, possibilitam uma gama de conhecimentos à mulher, de forma que esta possa viver a experiência do parto e nascimento de maneira positiva, diminuindo riscos e aumentando o sucesso, inclusive na amamentação. (RIOS e VIEIRA, 2007).

A educação em saúde é uma das dimensões do processo de cuidar, e neste contexto tem-se a atuação do enfermeiro num momento de preparação para a maternidade e para o parto, tanto física como psicologicamente. O pré-natal é o espaço adequado para este preparo, lembrando que este também fortalece a gestante como ser e cidadã. (RIOS e VIEIRA, 2007).

A abordagem do enfermeiro deve ser acolhedora desde o primeiro contato da gestante com a unidade de saúde, este profissional deve escutar todas as necessidades da grávida, quais as suas expectativas em relação à gestação, sua aceitação e postura de seus familiares; deste

modo é possível conhecer o grau de aprendizagem da mulher, o vínculo com o novo ser e a capacidade de realização do autocuidado. A deficiência de informações, o medo do desconhecido e da realização de cuidados com o recém-nascido são causadores de tensão para a gestante e exercem má - influência em todo o ciclo gravídico puerperal. Neste âmbito, o profissional de enfermagem é de suma importância para que, através de suas orientações, a mulher tenha autonomia nas atitudes, melhor capacidade de enfrentamento nas situações de crise e tenha capacidade de decidir acerca de sua saúde e vida. (RIOS e VIEIRA, 2007).

Calderon, Cecatti e Vega (2006) apontam pilares importantes para a promoção da saúde materna, que são a quantidade e qualidade das consultas de pré-natal, a instituição de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação.

A OMS (2003) traz uma série de recomendações para o pré-natal de baixo risco e de qualidade, tais como identificação de doenças preexistentes, detecção precoce e tratamento de complicações que possam surgir durante a gestação, promoção da saúde, prevenção de doenças, oferecendo condições de educação em nutrição, higiene pessoal e o processo de parturição, além de experimentar o pós-parto normal com sucesso na amamentação e nos cuidados com o recém-nascido no ponto de vista físico, psicológico e social, o preparo para o parto e a elaboração de um plano para estar pronta para uma complicação

Em um estudo realizado por Bezerra et al. (2005) em uma maternidade-escola em Fortaleza – CE, visando estudar a mortalidade materna por hipertensão na gestação, foi estimada a RMM e o perfil das pacientes que foram a óbito por esta causa e utilizado o registro das consultas de pré-natal. Os autores encontraram resultado espantoso de que 61,4% das mulheres que foram a óbito por esta causa não frequentaram nenhuma consulta pré-natal, sendo que apenas 6,1%, isto é, sete pacientes frequentaram as seis consultas recomendadas pela OMS. Concluindo com a importância da ligação entre o cuidado pré-natal, sua qualidade e as possíveis complicações, isto é, quanto melhor a assistência prestada menores os índices de complicações obstétricas. Nesta lógica, torna-se possível determinar o risco gestacional, facilitando a identificação e o encaminhamento das gestantes que necessitam de atenção terciária.

Coimbra et al. (2003) destacam em seu estudo a importância da avaliação da qualidade da assistência pré-natal que possibilita a identificação de problemas de saúde na população e o monitoramento do desempenho do serviço, além de oferecer subsídios para a melhoria da assistência.

De acordo com Trevisan et al. (2002) a capacitação continuada das equipes de saúde, sanando as necessidades no nível primário de saúde, bem como o comprometimento com as necessidades prioritárias da população atendida são essenciais para o aprimoramento da qualidade no cuidado pré-natal. Assim, é de extrema importância a busca ativa de pacientes faltosas e o início precoce das consultas pré-natal, lembrando que neste aspecto, tal assistência deve ser avaliada pela sua resolutividade em cada atendimento e não somente pelo número de consultas realizadas.

Vale ressaltar que em muitos países subdesenvolvidos a consulta pré-natal é a única oportunidade de assistência médica para as gestantes, devido às precárias condições de assistência médica. (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), para que o acompanhamento pré-natal exerça influencia na redução da mortalidade materna e perinatal é necessário que as mulheres tenham acesso aos serviços e que, estes a atendam com qualidade, para que seja possível e identificação e controle dos riscos. Logo, a atenção pré-natal visa a garantia de uma gravidez sadia, o preparo da mulher para o parto, puerpério e lactação normais e a identificação precoce de situações de risco.

Nesta perspectiva ainda é observado no Brasil algumas dificuldades como o acesso ao pré-natal em algumas áreas e regiões, a humanização da atenção, a qualidade da assistência prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto e altas taxas de mortalidade materna e perinatal; carentes de discussões mais amplas (BRASIL, 2000a). Percebe-se uma divergência entre os avanços tecnológicos e a qualidade da assistência à saúde, evidenciada por diferenças regionais na situação de saúde da mulher brasileira. (CAGNIN, 2008).

Neste contexto, visualiza-se a existência de lutas intensas, com objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, o qual necessita de ações que assegurem uma atenção qualificada à gestação. Tais ações necessitam da atuação de profissionais de saúde na assistência pré-natal, capazes de tomar as condutas obstétricas de forma competente, fato que se tornou preocupação por parte de entidades governamentais e não-governamentais, levando-as a promover, de alguma forma, a capacitação destes profissionais.

A consulta pré-natal envolve procedimentos simples, possibilitando que o profissional de saúde se dedique a priorizar necessidades da gestante, oferecendo apoio permanente e confiança imprescindíveis para seu fortalecimento, sendo possível conduzir a gestação e o parto com maior autonomia (SABINO, 2007). De acordo com o Ministério da Saúde (2006), os profissionais habilitados para acompanharem o pré-natal constituem-se de médicos, enfermeiros ou enfermeiros obstetras, de modo que as consultas sejam intercaladas.

O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, sendo respaldado pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto 94.406/87. (BRASIL, 2006).

A qualificação dos profissionais que atuam em obstetrícia é preocupação por parte do Ministério da Saúde, que como incentivo apoiou a capacitação profissional, proporcionando a diversas enfermeiras a especialização em Obstetrícia, através de convênios com as Escolas de Enfermagem, e o treinamento das parteiras tradicionais. (BRASIL, 2004).

Foi estabelecido também, pela ICM e pela FIGO, que a cada 5.000 habitantes deve haver um profissional qualificado para atender a gestante, o que equivale a um profissional habilitado para assistência ao ciclo gravídico-puerperal para cada 200 nascimentos por ano num país em desenvolvimento, porém em alguns locais existe um profissional habilitado para 15.000 nascimentos, com, maior escassez na zona rural, devido a concentração de profissionais nas cidades. Já nos países desenvolvidos é visualizada uma realidade diferenciada, com um profissional qualificado para cada 30 a 120 nascimentos. (MACDONALD; STARRS, 2003b).

A atenção qualificada se refere ao atendimento adequado à mulher e ao recém-nascido em todo o ciclo gravídico-puerperal, seja em casa, no centro de saúde ou no ambiente hospitalar. (MACDONALD; STARRS, 2003a).

Sabe-se que a ampliação da atenção qualificada ao ciclo gravídico-puerperal reflete positivamente na redução da mortalidade materna, logo, os países desenvolvidos possuem uma quantidade maior de profissionais qualificados que os países em desenvolvimento, que ainda contam com um número insuficiente de pessoal habilitado. (MACDONALD; STARRS, 2003a; WHO, 2004b). De acordo com a OMS, o percentual de partos atendidos por profissional qualificado é de 42% na África, 52% na Oceania, 53% na Ásia, 75% na América Latina e Caribe, 98% na Europa e 99% na América do Norte (WHO, 1996).

Para que os países se direcionem para um modelo de atenção ao pré-natal é necessária a presença de profissionais qualificados de acordo com a capacidade de cada sistema de saúde, que deve contar com o compromisso político de ação, como na experiência vivida por alguns países, tais como o Sri Lanka, Tailândia, Malásia e Colômbia. (WHO, 2004b).

No ano de 2000, em Nova Iorque, nos Estados Unidos, ocorreu o maior encontro de líderes de Estados das Nações Unidas, quando foi adotada a Declaração do Milênio, incluindo oito objetivos críticos, visando combater a pobreza e acelerar o desenvolvimento global. Uma das metas é a redução em três quartos da mortalidade materna entre os anos de 1990 e 2015. Dentre os objetivos críticos, dois se relacionam à redução da mortalidade materna e melhoria

das condições de saúde materna e inclui como indicador a proporção de gestações assistidas por profissional qualificado para o alcance desta meta. (WHO, 2004b).

Em setembro de 2002, ocorreu a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, que incentivou a participação dos Estados-membros, de modo que busquem estratégias com vistas à redução da morbi-mortalidade materna, adotando então algumas metas da Declaração do Milênio. (OPAS, 2002).

Oba e Tavares (2000) destacam a importância da assistência pré-natal, que deve oferecer qualidade, possibilitando a identificação, tratamento e controle de diversas patologias no ciclo gravídico-puerperal, evitando complicações em todo este período, contribuindo com a redução da mortalidade materno-infantil.

Portanto, estas são algumas das estratégias que o Ministério da Saúde em parceria com os estados e municípios vem adotando para a redução dos altos índices de mortalidade e morbidade maternas em nosso país. No entanto, estas estratégias não se desenvolvem e nem repercutem da mesma forma em todos os estados federativos do país.

A redução da mortalidade materna e neonatal é uma das metas do plano municipal de saúde de Ribeirão Preto – SP, entre os anos de 2010 e 2013, sendo o incentivo ao cuidado pré-natal a estratégia utilizada como referência nesta política e um dos destaques da assistência à saúde da mulher neste município (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Neste contexto, no qual a mortalidade materna é um problema de saúde pública que necessita de atenção e controle, a atenção qualificada no pré-natal é um artifício essencial para tornar as gestações e partos mais seguros, contribuindo de forma expressiva com a redução das mortes maternas. Considerando que o profissional de saúde que atende à gestação deve possuir competências essenciais (conhecimentos e habilidades) para o exercício da prática obstétrica com qualidade, definimos como objeto desse estudo as competências desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem (enfermeiras obstétricas, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) no atendimento à mulher durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto.

### **2.1.1 As Competências de enfermagem na atenção obstétrica qualificada**

A atenção pré-natal qualificada ocorre através da incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, de serviços de saúde de qualidade e de fácil acesso ao usuário, que conta com ações em todos os níveis de atenção voltados desde a

gestante ao recém-nascido, do mais básico ao mais complexo, com a disponibilidade de profissionais treinados (BRASIL, 2006). Nesta perspectiva, o enfermeiro deve ter habilidades necessárias, além de contar com apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isto inclui um marco de políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infra-estrutura adequados além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação, e de referência e transporte. (MACDONALD; STARRS, 2003b).

De acordo com a OMS (2003), a qualidade da assistência obstétrica prestada leva a intervenções e decisões que podem salvar vidas. Tal assistência se destaca também no acompanhamento pré-natal, este quando se dá de maneira adequada, permite identificação precoce de possíveis complicações, a tomada de decisão e tratamento de situações emergenciais e o encaminhamento de casos de maior gravidade a serviços de referência; fatores que contribuem com a melhoria da assistência obstétrica neste país. (VIGGIANO et al., 2004).

O acompanhamento e a assistência de qualidade, prestada as gestantes no pré-natal de baixo risco podem ser realizados pelo enfermeiro, pois além de possuir respaldo legal, como citado anteriormente, apresenta embasamento teórico-científico adequados. (CUNHA, 2009b). Porém, para que isto seja possível, durante o processo de formação, o enfermeiro deve ser treinado quanto às habilidades necessárias para que alcance as competências necessárias para o pré-natal de qualidade. (DOTTO, 2006).

O número de consultas pré-natal por mulher que recebe assistência ao parto pelo SUS aumentou no país, passando de 1,2 consultas por parto no ano de 1995 para 5,45 consultas por parto no ano de 2005. Porém, este indicador possui diferenças de acordo com a região, como no ano de 2003, quando o percentual de mulheres que tiveram sete ou mais consultas pré-natal foi menor nas regiões norte e nordeste, de acordo com informações do Ministério da Saúde (2006).

Para que haja uma assistência adequada é essencial o envolvimento de profissionais qualificados; estes, por sua vez, iniciam suas atividades durante a gestação, promovendo o autocuidado, a prevenção e ensinamentos, objetivando o alcance de condições saudáveis de vida para a mulher e recém-nascido. Logo, a mulher que tem um bom acompanhamento na gestação e condições saudáveis pode receber atenção de nível primário, isto é, em Unidades Básicas de saúde e Unidades de Saúde da Família. (WHO, 2004b; BRASIL, 2006).

No nível primário, atuação do profissional qualificado requer contato com outros prestadores de assistência à comunidade, com os agentes comunitários de saúde, por exemplo. É preciso também que haja comunicação com profissionais de outros níveis assistenciais, fato

que assegura o seguimento dos cuidados prestados à mulher no ciclo gravídico-puerperal. (DOTTO, 2006).

A atenção pré-natal objetiva o acolhimento da mulher do início da gestação até o final, garantindo um nascimento saudável e o bem-estar materno e neonatal. É imprescindível que esta assistência seja humanizada e qualificada, isto é, dependente de alguns recursos, como a utilização de procedimentos que sejam comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias, e de relações fundamentadas em princípios éticos. Fato que oferece privacidade e autonomia no atendimento à gestante, que junto à sua família passa a ser sujeito ativo, compartilhando decisões e condutas a serem tomadas a respeito de seu próprio corpo. (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o Ministério da Saúde (2006) atua procurando incentivar que os Estados e Municípios sigam diretrizes para o atendimento com qualidade no pré-natal e puerpério, a saber:

- ❖ Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
- ❖ Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- ❖ Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
  - Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
  - Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
  - Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
  - Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
  - Exames laboratoriais:
    - I - ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
    - II - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
    - III - VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;

- IV - Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- V - Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
- VI - Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;
- VII - Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível;
- VIII - Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;
- ❖ Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
  - ❖ Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
  - ❖ Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
  - ❖ Tratamento das intercorrências da gestação;
  - ❖ Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes;
  - ❖ Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
  - ❖ Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
  - ❖ Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto. (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (2006) aborda aspectos técnicos de assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco, mas cabe ressaltar a importância de outras atividades desempenhadas pelo enfermeiro, que é o profissional que possui olhar holístico, capaz de realizar o acolhimento da mulher, sendo a referência da Unidade de Saúde.

O enfermeiro é o profissional capaz de promover um ambiente propício para a escuta das queixas da gestante, bem como de suas angústias, emoções, compreendendo o significado da gestação para a mulher e seus familiares e/ou acompanhantes, livre de julgamentos ou qualquer preconceito. Desta maneira, a gestante consegue se comunicar de forma aberta,

expondo sua intimidade para a construção de conhecimentos de base sólida que servirão de ponto de apoio até o momento do parto, para que este e o nascimento ocorram de forma tranquila e saudável (BRASIL, 2006).

A qualificação profissional requer alguns quesitos fundamentais, como o treinamento, a formação e as habilidades básicas para o manejo da gestação de baixo risco, assim como o parto, puerpério e a condução de possíveis complicações (WHO, 2004b).

O desenvolvimento de habilidades específicas, exercidas de forma competente, traduz a qualificação profissional, esta depende também da aplicação de técnicas de competência e responsabilidade deste profissional. Sendo assim, as orientações, diagnósticos, condutas e toda a assistência prestada nestas condições, contemplam as necessidades das gestantes atendidas. Para que a assistência ocorra desta maneira, deve existir uma normatização de atuação dos trabalhadores e a disponibilidade de recursos físicos, recursos humanos, incentivo ao pensamento crítico, boas relações interpessoais e comunicação entre os indivíduos envolvidos (MACDONALD; STARRS, 2003a).

Neste contexto, não basta que o profissional esteja apenas treinado, este deve utilizar com coerência o conhecimento adquirido, ou seja, as habilidades que permitem a promoção da assistência obstétrica no ciclo gravídico-puerperal, estando deste modo qualificado para tal função (STARRS, 1998).

Para que um profissional desempenhe suas funções, de forma competente, faz-se necessário que este aplique seus conhecimentos e habilidades em diversos campos de sua atuação. Isto denota sua competência profissional. (WORTH-BUTLER; MURPHY; FRASER, 1994).

A Conferência Internacional das Parteiras (ICM) elaborou um documento em 2002; como resultado de um estudo entre os anos de 1995 e 2001 realizado em 17 países de cinco regiões (Ásia / Pacífico, África, Américas e Europa), incluindo as competências ditas essenciais para o “Exercício Básico da Obstetrícia”. Este procura responder os questionamentos que buscam identificar quais conhecimentos e habilidades devem fazer parte do perfil de um profissional qualificado. (FURLLERTON et al., 2003).

Para isto, foram listadas seis competências profissionais, dentre estas, a preocupação com a assistência obstétrica que proporcione alta qualidade no pré-natal, incluindo a capacidade da detecção precoce de possíveis complicações, assim como de tratá-las e encaminhá-las quando necessário. (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

A lista com as seis competências essenciais foi traduzida por Dotto (2006) e é citada a seguir:

- ❖ Competência 1: as parteiras têm conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado para as mulheres, recém nascido e famílias, no período reprodutivo.
- ❖ Competência 2: as parteiras fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positivas.
- ❖ Competência 3: as parteiras proporcionam cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações.
- ❖ Competência 4: as parteiras proporcionam, durante o parto, cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem parto higiênico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.
- ❖ Competência 5: as parteiras oferecem à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.
- ❖ Competência 6: as parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade. (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

O desenvolvimento das competências essenciais é a referência a ser seguida pelos profissionais em formação, tanto no âmbito dos conhecimentos, quanto nos das habilidades desempenhadas. (FURLLERTON et al., 2003).

A avaliação das competências dos profissionais qualificados a atuar no ciclo gravídico-puerperal, em países em desenvolvimento, tem sido o objetivo de vários estudos, como os propostos e realizados por Dotto (2006), Bussadori (2009), Cunha (2008), Cagnin (2008), Fornazari (2009) e Vorpagel (2008).

Um profissional qualificado, de modo a conduzir o atendimento na gestação, parto e puerpério, realizando a identificação de riscos e complicações, bem como tratá-las; contribui

fortemente com a redução da mortalidade materna, promovendo a maternidade segura. (FAKO; FORCHEH; NCUBE, 2004).

Neste contexto em que as mortes maternas continuam sendo um problema a ser combatido, a atenção qualificada ao pré-natal é uma estratégia fundamental para tornar as gestações e partos mais seguros, o que pode contribuir significativamente na redução das mortes maternas. Uma vez que o pré-natal não necessita de alta tecnologia, pode ser conduzido plenamente na atenção básica em saúde e depende de condutas simples, que conseguem contornar a maior parte das necessidades das gestantes.

No intuito de contribuir com as políticas públicas de combate à mortalidade materna, definimos como objeto desse estudo as competências desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem (enfermeiras obstétricas, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) no atendimento à gestante no município de Ribeirão Preto, Considerando que o profissional de saúde que atende à gestação deve possuir competências essenciais (conhecimentos e habilidades) para o exercício da prática obstétrica com qualidade.

Sendo assim, este estudo busca enfatizar a importância da assistência pré-natal, conduzida por profissionais qualificados, identificando o modelo da atenção à gestação neste município, o perfil da assistência de enfermagem prestada às gestantes, as competências profissionais desenvolvidas, bem como o perfil e a qualificação destes indivíduos.

Desse modo, temos como pressuposto deste estudo que as ações desempenhadas pelos profissionais de enfermagem na assistência pré-natal do município de Ribeirão Preto – SP tem se dado de forma mecânica, centrada nos cuidados médicos, como no modelo biologicista, medicalizado, fatores que dificultam a plena implantação da humanização da assistência e não está de acordo com as competências para atenção qualificada ao pré-natal.

Neste contexto, levantamos os seguintes questionamentos:

- Quais são as Unidades de Saúde que prestam assistência na Atenção Básica voltadas ao pré-natal de baixo risco no município de Ribeirão Preto?

- Quem são os profissionais de enfermagem envolvidos com o pré-natal nestas Unidades e qual a formação dos mesmos?

---

***Objetivos***

### **3.0 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Conhecer o atendimento à mulher durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP por meio das ações realizadas por profissionais de enfermagem, tendo por base as competências essenciais em Obstetrícia para a atenção qualificada ao parto e a redução da mortalidade materna e neonatal.

#### **3.2 Específicos:**

- Caracterizar os profissionais de enfermagem que atuam no pré-natal da rede básica do município de Ribeirão Preto-SP;
- Identificar as ações realizadas por profissionais de enfermagem no atendimento à mulher no pré-natal da rede básica do município de Ribeirão Preto-SP;

---

***Metodologia***

## 4.0 METODOLOGIA

### 4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, o qual possibilita o conhecimento da realidade, descrevendo fatos e fenômenos de interesse, com exatidão (TRIVIÑOS, 1987). O estudo terá como abordagem a quantitativa visto que se pretende estudar níveis da realidade demonstrando dados, tendências e indicadores observáveis, sendo aplicada para abranger um grande contingente de dados, classificá-los e torná-los interpretáveis através das variáveis. (MINAYO; SANCHES, 1993).

As investigações epidemiológicas, de caráter descritivo, visam informar, quantitativamente, a distribuição de determinado evento na população. Neste caso o pesquisador observa como se dá a ocorrência deste evento em uma ou mais populações e expressa as frequências. Os dados utilizados podem ser secundários ou provenientes de inquérito especial, logo, não há formação de grupo-controle. (PEREIRA, 2002).

A coleta de dados, em um ponto de tempo, para obtenção dos fenômenos estudados caracteriza os estudos transversais, também chamados de corte, corte-transversal, vertical ou de prevalência. Deste modo, são apropriados para descrever a situação do fenômeno estudado e até mesmo as suas relações em um ponto fixo. (PEREIRA, 2002; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Esta pesquisa está inserida em um amplo projeto, organizado pela OMS/OPAS sobre o “Perfil dos serviços de Obstetrícia nas Américas”, que visa identificar o diagnóstico situacional dos serviços de atendimento ao ciclo grávido-puerperal a fim de disponibilizar apoio e oferecer ações que facilitem a melhoria da qualidade da assistência obstétrica nos serviços da região, e conseqüentemente possibilitando a promoção de uma maternidade segura, sem risco, na América Latina e no Caribe. A pesquisa está vinculada ao Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para o desenvolvimento de Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP), entidade coordenadora do projeto no âmbito nacional. (OPAS, 2004).

## 4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, que se situa no nordeste do estado de São Paulo, a 313 km da capital paulista e está entre as maiores cidades do Estado de São Paulo e do Brasil. Apresenta uma população estimada de 563.107 habitantes, sendo 294.511 mulheres, das quais 161.255 encontra-se em idade reprodutiva, isto é, entre 15 e 49 anos. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

A taxa de analfabetismo encontrada no município está dentre as mais baixas do Estado e do País. Por volta de 42% da população tem mais de 8 anos de estudo, identificada como uma população qualificada, cujos anos de estudo está acima da média encontrada nas outras cidades. Os chefes de domicílio têm em média 7,6 anos de estudo. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

No município existem várias opções no âmbito da formação profissional de nível superior, incluindo oito instituições de ensino, dentre as quais destacamos que quatro oferecem curso de graduação em enfermagem. Destaca-se também a ampla variedade de cursos de pós-graduação *latu sensu* e de cursos técnicos profissionalizantes. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

A rede de saúde do município também conta com o apoio de algumas instituições de ensino superior, com ênfase o setor de pesquisa da Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto, o qual corresponde a 4% dos trabalhos produzidos no Brasil, reconhecidos internacionalmente. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Dentro desta estrutura o município é reconhecido como grande centro de saúde no panorama nacional, sendo um dos primeiros no ranking nacional na proporção de médicos por habitante, isto é, para cada 160 habitantes há 3 mil médicos. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Dentre os indicadores de renda, educação e saúde, o município possui um dos melhores padrões de vida, dentro do estado de São Paulo e do Brasil, o que proporciona uma boa colocação deste município no quesito desenvolvimento humano; estando em 14<sup>a</sup> posição no ranking nacional e em 5<sup>a</sup> posição dentre os 572 municípios do Estado de São Paulo. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Entre as décadas de 70 e 80 houve, no município, um fluxo migratório positivo, devido ao intenso crescimento populacional. Porém, entre 1991 e 1996 a taxa média de crescimento populacional teve uma redução significativa, assim, as taxas de natalidade e fecundidade mantiveram-se estáveis. (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A taxa de fecundidade, na faixa etária entre 15 e 49 anos, no ano de 2005 foi de 48,55 por mil mulheres, índice abaixo do encontrado na região e no Estado. A taxa de mortalidade infantil, no ano de 2003, foi 10,18 por mil nascidos vivos, sendo no Estado de São Paulo uma taxa de 13,28 óbitos por mil nascidos vivos neste mesmo ano. (RIBEIRÃO PRETO, 2008). Em relação ao coeficiente de mortalidade infantil, isto é, a estimativa do risco de morte no primeiro ano de vida, o valor encontrado para o município tem apresentado redução, sendo considerado baixo, num valor abaixo de 20 óbitos por mil nascidos vivos. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

No período de 2000 a 2008 o município divulgou uma razão de mortalidade materna que variou entre 0 e 52,5 por cem mil nascidos vivos, sendo que no ano de 2008 ocorreram 4 óbitos maternos, e dois destes por causas inevitáveis. Os óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos são todos investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna, reativado desde 2002. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Observa-se também que, a natalidade por faixa etária materna diminuiu entre as faixas etárias de 10-14 anos e 15-20 anos e aumentou discretamente nas idades entre 21-30 anos e 31-40 anos. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Em relação ao tipo de parto, a incidência de parto cesárea tem mantido tendência alta, num percentual de 57,96 no total; e em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS, este percentual foi de 33,53%, destacando que se encontram muito acima do recomendado pela OMS, isto é 15%. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

O índice de adolescentes grávidas também esteve abaixo do encontrado na região e no Estado, perfazendo um total de 6,18% de mães adolescentes no ano de 2005. Neste mesmo ano, o percentual de mulheres que frequentaram sete ou mais consultas pré-natal ficou acima dos valores encontrados no Estado e na região, num total de 79,03% das gestantes. (RIBEIRÃO PRETO, 2008). No ano de 2008, este percentual foi de 78,68%, sendo que 13,93% das gestantes frequentaram entre 4 e 6 consultas pré-natal; 3,71% de uma a três consultas e 1,16% das gestantes não frequentaram nenhuma consulta pré-natal. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

A assistência pré-natal é oferecida por toda a rede de atenção básica do município, que também oferece às gestantes avaliação e tratamento odontológico por meio do projeto “*Meu bem querer*” vinculado à Secretaria Municipal de Saúde - SMS. As unidades de saúde seguem o protocolo para assistência ao pré-natal e puerpério, instituído pela SMS, em que são definidas as atribuições da equipe de saúde envolvida com esta assistência e direciona as condutas a serem tomadas. Desta forma os enfermeiros realizam o primeiro atendimento para

o diagnóstico de gravidez, através de teste rápido (pregnosticon®), preenchem todos os protocolos e realizam as primeiras orientações; após agendam a primeira consulta pré-natal com o médico da unidade. (RIBEIRÃO PRETO, 2009b).

A rede de atenção básica do município de Ribeirão Preto é composta por cinco distritos de saúde, os quais contam com o atendimento de quatro Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF), 8 Unidade de Saúde da Família (USF) e quatro Centros Saúde-Escola (CSE) e um Centro Médico Social Comunitário (CMSC) conforme Anexo I. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a). Cabe lembrar que uma das UBDS não oferece serviços de atenção básica município.

As USF e NSF somam 13 unidades que compõem 21 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), instrumento utilizado na tentativa de reorganização da Atenção Básica em todo o país de acordo com a portaria do Ministério da Saúde – GM 648/2006, que trata da Política Nacional da Atenção Básica. Tais equipes apresentam uma cobertura de 11% da população. Outra estratégia utilizada são as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que junto às ESF perfazem uma cobertura populacional total de 32,1%, embora a meta do município tenha sido o alcance de 50% da população, que foi dificultada pela escassez de profissionais formados atuantes na área (BRASIL, 2006; RIBEIRÃO PRETO, 2009a). De acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, o número de famílias cadastradas no município é de 53.441, num total de 189.974 habitantes. (DATASUS, 2010).

Já o atendimento hospitalar conta com 15 unidades no município, sendo 5 com leitos particulares e de convênios, não conveniados ao SUS; e 10 com leitos SUS. Verifica-se o total de 1942 leitos, sendo 71,5% destes disponibilizados para o SUS, isto é, 1389 leitos SUS, dos quais 295 são pertencentes ao Hospital Psiquiátrico público. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

O número de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos cresceu nos últimos anos, isto é, entre 1996 e 2009, passaram de 169 enfermeiros para 259, de 453 para 671 auxiliares de enfermagem e de 579 médicos para 648; já o número de técnicos de enfermagem foi de 63 para 54 profissionais neste mesmo período. (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

### **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Trata-se dos profissionais de enfermagem que estão envolvidos com a atenção pré-natal oferecida pela Rede Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto.

Fizeram parte deste estudo enfermeira obstétrica/obstetriz, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que atendem as mulheres durante a gravidez, no pré-natal, em todas as unidades de saúde do município e se disponibilizaram a participar do estudo.

### **4.4 Aspectos éticos**

O Projeto foi submetido à avaliação por parte da Secretaria de Saúde do Município, que autorizou a coleta de dados em suas unidades de saúde (Anexo II) em toda a rede após a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP. O projeto foi aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as normas regulamentadoras da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sob o protocolo nº 1094/2009. (Anexo III).

Os sujeitos envolvidos na assistência pré-natal só participaram deste estudo após consentirem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos.

### **4.5 Coleta de dados**

Para caracterização da assistência pré-natal, oferecida pelas Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto, foi realizada uma busca de informações junto à Secretaria de Saúde, visando o conhecimento do número de profissionais envolvidos na assistência pré-natal, sua formação, os serviços disponíveis para a assistência à mulher, as normas de funcionamento destas Unidades, como regime de trabalho, normatização, rotinas no atendimento pré-natal.

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista estruturada com os sujeitos deste estudo. Foi utilizado um instrumento (Apêndice B) para entrevista com o profissional de enfermagem, buscando informações sócio-demográficas, além de identificar as funções e atividades exercidas por estes no atendimento pré-natal. O roteiro da entrevista é formado de perguntas abertas e fechadas adaptados do trabalho de Dotto (2006) e Cunha (2008). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no local de trabalho do profissional.

A coleta de informações acerca das atividades desempenhadas por estes profissionais no pré-natal buscou verificar se a categoria atende aos princípios fixados na Declaração sobre as competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia (ICM), no Guia Prático da Assistência ao Parto Normal da OMS/MS e no instrumento do projeto sobre o “Perfil dos Serviços de Obstetrícia nas Américas” elaborado pela OMS / OPAS.

Buscou-se verificar o funcionamento das unidades na assistência pré-natal, o local de atendimento da gestante e realizar um registro diário do observado para caracterização das unidades de saúde do município.

Participaram deste estudo 156 profissionais de enfermagem, subdivididos em enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; com atuação no pré-natal, isto é, enfermeiros que atendem as gestantes em consulta de enfermagem em pré-natal e auxiliares e técnicos que atuam na pré e pós-consulta pré-natal. A pré e pós consulta ocorre para auxiliar o atendimento médico, onde o profissional de enfermagem de nível médio realiza uma triagem, uma busca de informações, e de queixas da gestante a ser atendida, verifica sinais vitais (pressão arterial e frequência cardíaca), a encaminham para a consulta médica e após a mesma procedem ao agendamento de retornos e de coleta de exames além de orientar quanto ao uso das medicações prescritas.

Houve perda de 41 profissionais, relacionada à recusa em participar do estudo, que se deu na maioria das vezes relacionada à sobrecarga de trabalho do profissional, ressaltando o surto de dengue que ocorreu no município durante o período da coleta de dados; num total de 11 recusas sendo cinco enfermeiros e seis auxiliares e / ou técnicos de enfermagem; e 30 profissionais que não se encontravam na Unidade de Saúde, mesmo após três tentativas de visita, incluindo 25 profissionais de férias, três de Licença Saúde e dois de Licença Gestante.

#### **4.6 Procedimentos para análise dos dados**

Os dados foram armazenados em um banco de dados em Excel<sup>®</sup>, com dupla digitação. Após validação dos dados, eles foram transferidos para outro software, o stata<sup>®</sup>, que auxiliou na análise estatística.

Foi realizada uma análise sistemática dos dados coletados para identificação das relações e tendências. A estatística descritiva foi utilizada para descrição e síntese dos dados, os quais estão apresentados por meio de tabelas de contingência e pelos testes estatísticos convenientes.

A análise dos dados foi baseada na documentação que sustenta a atenção qualificada ao parto tais como: o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal (OMS), o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à mulher, do Ministério da Saúde, as Competências essenciais publicadas pelo ICM / OMS / OPAS, e pelas Diretrizes do Manejo Integrado da Gravidez e Nascimento (IMPAC / OMS).

---

## ***Resultados***

## **5.0 RESULTADOS**

### **5.1. Competências essenciais na atenção pré-natal no contexto da atenção básica de saúde no município de Ribeirão Preto – SP**

#### **5.1.1. O pré-natal no Município de Ribeirão Preto**

O município de Ribeirão Preto – SP busca atender a demanda da assistência pré-natal na perspectiva do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, sendo assim a Secretaria Municipal de Saúde – SMS utiliza um protocolo de atendimento para os profissionais de saúde que atuam nesta área e direciona as condutas a serem tomadas.

Neste cenário, o enfermeiro atua seguindo um fluxograma de atendimento. O início se dá com a procura de atendimento da mulher com queixa de atraso ou irregularidade menstrual, náuseas e/ou vômitos, dor e/ou aumento do volume das mamas ou aumento do volume abdominal. Neste momento, a mesma pode ser atendida de imediato pelo enfermeiro ou necessitará agendar uma consulta de enfermagem para sanar sua necessidade. O enfermeiro faz o acolhimento, colhe histórico do ciclo menstrual, data da última menstruação, se há atividade sexual e uso de método contraceptivo; se constatado atraso menstrual maior que uma semana em mulheres sexualmente ativas, procede-se o teste gestacional.

O teste gestacional realizado nas unidades de saúde participantes do presente estudo utiliza uma tira que em contato com a diurese da mulher detecta a presença de gonadotrofina coriônica, evidenciando resultado positivo para gestação. Caso o teste tenha resultado negativo o enfermeiro o realiza novamente dentro de sete dias, orienta neste período o uso de preservativo, após este tempo se houver persistência da amenorréia e resultado negativo realiza o encaminhamento para investigação ginecológica e orientação em prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e contracepção; porém se após este período o resultado for positivo, inicia-se o pré-natal.

No caso de resultado positivo no primeiro teste ou mesmo no segundo teste, é confirmada a gravidez e dá-se início ao atendimento pré-natal. A primeira consulta pré-natal é uma atribuição do enfermeiro em todas as unidades de saúde do município, porém foram encontrados alguns locais onde o enfermeiro não realiza interinamente tal procedimento e locais onde o enfermeiro intercala consultas com o médico.

De acordo com o Protocolo da assistência pré-natal de baixo risco do município de Ribeirão Preto (2009) e com as informações colhidas durante as entrevistas com os enfermeiros atuantes na atenção básica e no cuidado pré-natal, o roteiro a ser seguido envolve acolhimento da mulher, abertura do cartão da gestante com coleta de informações sócio-demográficas, ginecológicas e obstétricas, observação do comportamento da mulher de aceitação ou não da gestação, orientação quanto às mudanças no corpo e principais desconfortos da gestação, sexualidade, exercícios físicos, alimentação, trabalho, e demais preocupações da mulher. Neste momento, segundo o protocolo, deve-se realizar o exame físico das mamas e orientações quanto à amamentação, cuidados com as mamas, benefícios do aleitamento materno. Verifica-se ainda a situação vacinal e, caso necessário, a gestante é encaminhada para a sala de vacinas para atualização. O enfermeiro cadastra a gestante no SIS-PRENATAL, esclarece a importância do pré-natal, solicita exames laboratoriais preconizados para o primeiro trimestre gestacional, a saber: glicemia, urina 1, parasitológico de fezes, sorologias para sífilis, toxoplasmose, hepatite B e C, tipagem sanguínea, fator rh, hemograma e teste anti-HIV, este último com consentimento da mulher.

Após as orientações acerca da coleta dos exames, procede-se o encaminhamento da mulher ao “Programa Meu Bem Querer”<sup>1</sup>, tal projeto oferece assistência odontológica à gestantes e recém-nascidos.

Ainda de acordo com o protocolo do município, o enfermeiro prescreve ácido fólico 5 mg a ser utilizado uma vez ao dia até a 14ª semana gestacional e agenda consulta médica pré-natal, de preferência com os resultados dos exames já solicitados. A ultrassonografia é solicitada apenas pelo médico.

Este atendimento ocorre de maneira sistemática, padronizada, num contexto em que os enfermeiros atuam neste primeiro atendimento e depois ficam responsáveis pelas visitas domiciliares e/ou busca ativa de gestantes faltosas, além da captação de gestantes para o curso de gestante, que ocorre de maneira heterogênea no município estudado.

As gestantes de baixo risco são acompanhadas nas unidades de saúde, pela equipe médica, até a 36ª semana gestacional, quando são encaminhadas via “Projeto Nascer”<sup>2</sup> para a maternidade de escolha, onde irão terminar o seguimento pré-natal e parir.

---

<sup>1</sup>**Projeto Meu Bem Querer** – Programa de assistência à saúde oral da gestante para cumprir recomendação do MS (BRASIL, 2000) de assistência odontológica a todas as gestantes inseridas no pré-natal para controles de problemas odontológicos comuns desta fase

<sup>2</sup>**Projeto Nascer** – Criado em 1999, visando contornar a dificuldade de acesso à maternidade, através do acompanhamento das gestantes a partir da 36ª semana de gestação, dentro dos hospitais da rede pública do município (RIBEIRÃO PRETO, 1999).

Após o parto, a mulher retorna a comunidade onde vive com a guia de contra-referência preenchida pelo hospital onde foi atendida, com agendamento de consulta de puericultura, teste do pezinho e vacinação, possibilitados pelo “Projeto Floresce Uma Vida”<sup>3</sup>, que ocorre no município por meio da atuação de auxiliares de enfermagem que visitam as puérperas nas maternidades públicas e efetuam agendamento para o recém-nascido. Tal projeto visa a redução da mortalidade neonatal. Neste encaminhamento do recém-nascido é iniciada a participação da mulher no primeiro retorno de puerpério na unidade de saúde, realizado pelo enfermeiro.

O atendimento prestado pelo enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal é restrito à primeira consulta pré-natal, consulta de enfermagem no puerpério, visita domiciliar quando necessária, atuação em grupos de gestantes e orientações a mulheres que solicitam. Cabe ressaltar que o enfermeiro nem sempre tem uma agenda fixa para atendimento à mulher, atuam de acordo com a prioridade da sua área de abrangência, recebendo livre demanda de atendimento de mulheres com queixa de amenorréia e alguns agendamentos. Já o atendimento médico é realizado por obstetras nas unidades que contam com atendimento especializado, e nas unidades de saúde da família e núcleos de saúde da família é feito pelo médico da equipe, o “médico da família”.

A atuação dos profissionais de enfermagem de nível médio se dá por meio da pré e pós-consulta pré-natal realizada pelo médico. A gestante chega até a unidade, o auxiliar ou técnico de enfermagem verifica a pressão arterial, peso, estatura, queixas, resultados de exames, e a encaminha para a consulta médica. Após o atendimento, a grávida retorna para esclarecimentos a serem realizados pelo mesmo profissional de enfermagem, acerca do uso de medicamentos prescritos pelo médico, exames solicitados, agendamento de consulta subsequente e procura pela unidade caso haja alguma intercorrência.

As gestações de alto risco obstétrico são encaminhadas para seguimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP, que possui ambulatório direcionado às diversas patologias obstétricas.

---

<sup>3</sup>*Projeto Floresce Uma Vida - é um conjunto de ações desenvolvidas em várias instâncias, voltadas para o atendimento materno-infantil que disponibiliza acompanhamento médico e de enfermagem (puericultura da criança e puerpério da mãe), coleta de sangue para o teste do pezinho (prevenção de doenças metabólicas), vacinação da criança e da mãe, cuidados com a mama puerperal e promoção do aleitamento materno (RIBEIRÃO PRETO, 2004).*

### 5.1.2. Caracterização das unidades de saúde do município

A atenção básica em saúde do município de Ribeirão Preto é composta por 47 unidades de saúde distribuídas em cinco distritos / regiões de saúde. Deste total, apenas duas unidades não oferecem atenção pré-natal. Os distritos de saúde estão organizados em conformidade com a localização no mapa geográfico do município, isto é, região Central, Norte, Sul, Leste e Oeste. Nestas unidades atuam profissionais de enfermagem de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), na pré e pós-consulta pré-natal e enfermeiros que realizam o protocolo estabelecido pelo município.

A **Região Central** possui cinco unidades de saúde, sendo uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), que funciona junto ao pronto atendimento desta região, três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro Saúde-Escola (CSE) vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Nesta região foi observado o caráter itinerante de algumas mulheres, que procuram a UBDS Central apenas para realizar o teste gestacional, após dão seguimento pré-natal em outras unidades de saúde. Assim, nesta unidade o cuidado pré-natal constitui-se de consultas atendidas pelo médico, atendimento de pré e pós-consulta, realizado pelos profissionais de nível médio e, por último, cabe às enfermeiras deste local a prática do protocolo de assistência, pois possuem tempo restrito para realizar atividades de orientação ou para atender as consultas subsequentes, isto é ficam restritas ao primeiro atendimento, não formam vínculo com as gestantes ali atendidas.

Ainda nesta região, no período da coleta de dados, uma das UBS possuía atendimento em local provisório, em virtude da reforma da unidade, porém, mesmo com a restrição de sua estrutura física os enfermeiros atuavam realizando o protocolo preconizado pela SMS; desenvolveram uma cartilha de orientações à gestante que é oferecida à mulher durante a consulta, para que a mesma leia e esclareça suas dúvidas.

A **Região Norte** conta com 12 unidades de saúde, sendo uma UBDS, que não possui atendimento pré-natal, tendo caráter de atendimento de urgências e emergências; seis UBS, quatro Unidades de Saúde da Família (USF) e um CSE, vinculado ao Centro Universitário Barão de Mauá, onde há participação dos alunos de graduação em medicina e enfermagem, sendo os últimos que participam do pré-natal e dos cursos de gestante.

Nesta região, destaca-se o curso de gestantes em uma das UBS, onde há boa adesão das gestantes e participação ativa de equipe multiprofissional, incluindo enfermeiro, ginecologista e obstetra, pediatra, farmacêutico e dentista da unidade. As gestantes que

frequentam todas as aulas recebem um incentivo por meio de um pequeno enxoval doado por algumas entidades filantrópicas.

Observou-se também em uma USF a participação ativa de duas enfermeiras no pré-natal, que realizam o protocolo de atendimento e intercalam as consultas com o médico, estando mais próximas do preconizado pelo Ministério da Saúde.

Na **Região Sul** consta de uma UBDS e três UBS, somando quatro unidades de saúde. A UBDS deste local tem o perfil de atendimento de urgências e emergências, porém há quatro enfermeiras que atuam na área de saúde da mulher, cumprem o protocolo de atendimento pré-natal e atuam no curso de gestantes com a colaboração dos alunos de graduação em enfermagem da Universidade Paulista – Unip.

Dentre as três UBS foi encontrada, durante o período de coleta de dados, uma em local provisório, devido reforma de seu local original, onde há participação de alunos do curso de graduação em medicina da Universidade de Ribeirão Preto – Unaerp, que no passado formavam um grupo de gestantes sob a supervisão de uma docente. No momento da coleta a unidade não possuía curso de gestantes, justificado pela falta de espaço físico e baixa adesão das gestantes da área. Este último problema também foi relatado por outra profissional em outra UBS da mesma região.

Por fim, a terceira UBS desta região, conta com o atendimento do protocolo de pré-natal por duas enfermeiras, além da realização do curso de gestantes. As mulheres atendidas neste local eventualmente procuram os enfermeiros para esclarecimento de dúvidas.

A **Região Oeste** compreende um conjunto de 18 unidades de saúde, sendo dois CSE vinculados à FMRP – USP, com atendimento de profissionais vinculados a esta Universidade, com atuação dos alunos de graduação em medicina no pré-natal, curso de gestantes em uma dessas unidades oferecido pelas enfermeiras, que raramente executam o protocolo de primeiro atendimento devido à participação dos alunos. No outro CSE a enfermeira responsável pela assistência à saúde da mulher consegue realizar o protocolo de atendimento, porém não realiza cursos de gestante. Ainda foram observadas sete UBS, cinco NSF, três USF e um CMSC.

Foi verificado que em uma UBS o atendimento pré-natal teve seu início três meses antes da data da coleta de dados, pois antes não havia a presença do médico ginecologista e obstetra. Neste local, as enfermeiras ainda não haviam dado início ao protocolo de atendimento da primeira consulta pré-natal, quando necessário o teste gestacional é realizado pelo médico ou pela auxiliar de enfermagem que atua na pré e pós-consulta.

Dentre os enfermeiros que atuam nas três USF, uma das equipes referiu atender a gestante em outra consulta, no terceiro trimestre, momento em que realizam a solicitação dos exames preconizados para este período e incrementam as orientações relativas ao trabalho de parto, parto e puerpério.

Ainda nesta região, foi observada uma característica peculiar, a presença dos cinco NSF, vinculados ao HC-FMRP e FAEPA – Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência, e de um Centro Médico Social Comunitário, também vinculado à esta instituição; ou seja, são unidades de saúde do município com a atuação de profissionais do estado de São Paulo. Os Núcleos têm caráter de estratégia de saúde da família, com equipes menores, em que apenas o médico e o enfermeiro atuam no pré-natal. Nestes locais não há pré e pós-consulta médica, pois de acordo com os profissionais, entende-se que é de responsabilidade do executor da consulta todas as orientações antes e após o atendimento, bem como a aferição de pressão arterial e medidas antropométricas.

A estrutura física dos NSF é melhor distribuída possibilitando ao enfermeiro o atendimento da gestante em melhores condições tanto de espaço, como de recursos materiais adequados. Nestas unidades, estão presentes alunos de residência de medicina em saúde da família, que atendem as consultas pré-natal, porém a variação da densidade de gestantes em cada núcleo é que vai resultar no atendimento do enfermeiro e na realização de cursos de gestantes. Consequentemente, áreas com poucas gestantes têm a predominância da consulta médica e a de enfermagem mais restrita ao protocolo, fato que foi encontrado em duas unidades. Nos outros três núcleos, pela quantidade de gestantes e forma de trabalho da equipe, as enfermeiras atendem o protocolo, porém conseguem realizar um atendimento mais contínuo, com retornos ou até mesmo intercalam com o médico, além de realizar o curso de gestantes.

Já no CMSC, observou-se a presença de atendimento médico direcionado à mulher, ao pré-natal, puericultura, pediatria e geriatria. Neste local a atuação das enfermeiras é voltada à educação durante os cursos de gestantes; não atendem pré-natal, porém mantêm o grupo fixo nos dias de consultas e são solicitadas para esclarecimento de dúvidas na gestação e no puerpério, relatam bom vínculo com as mulheres e realizam o controle de gestantes faltosas.

Na **Região Leste** foram encontradas sete unidades de saúde, sendo uma UBDS, uma USF e cinco UBS. Não foi possível conhecer a rotina de funcionamento da UBDS desta região, devido ao surto de dengue no município que sobrecarregou as equipes de saúde, impossibilitando a coleta de dados, mesmo após várias tentativas. A USF desta região engloba

quatro equipes da estratégia saúde da família, com a participação de quatro enfermeiras que realizam o protocolo de atendimento pré-natal e juntas organizam o curso de gestantes.

Dentre as UBS, encontramos uma localizada no distrito de Bonfim Paulista, onde há baixa demanda de gestantes, que usualmente são atendidas pelo médico e raramente são atendidas pelas enfermeiras, que também não têm muito sucesso na realização de cursos de gestantes, devido à baixa adesão das mesmas. Cabe ressaltar também a dificuldade encontrada em outra UBS desta mesma região, na realização do curso de gestantes, que neste caso é dificultado pela clientela da área que é “diferenciada”, devido presença de muitas gestantes que moram no seu local de trabalho e são impedidas de sair no horário de trabalho para o curso. Neste local, a estratégia utilizada, durante o curso de gestante, pelas enfermeiras é um ciclo de palestras durante a semana da amamentação anualmente.

O horário de funcionamento das unidades é bem variado, sendo que nas UBDS e em um CSE ocorre 24 horas, os NSF, USF, CMSC, CSE e algumas UBS funcionam das 7 às 17 horas de segunda a sexta-feira e outras UBS tem seu funcionamento estendido até as 22:00 horas.

O atendimento pré-natal ocorre diariamente e em diversos horários na maioria das unidades, porém algumas ainda optam por agenda fixa em determinados dias da semana e horários pré-estabelecidos.

Os recursos físicos para o atendimento prestado pelos enfermeiros são bem parecidos na maioria das unidades, em que as gestantes são atendidas em salas simples, com mesa, cadeira, alguns armários e macas de atendimento em raros casos. Deste modo, é dificultada a realização do exame físico e quando é possível, os enfermeiros utilizam a sala de atendimento médico para uso dos equipamentos necessários, como mesa ginecológica, foco de luz, sonar Doppler. Outra dificuldade observada é o compartilhamento da sala do enfermeiro com outros profissionais e atividades, o que gera interrupções durante o atendimento por parte de profissionais e de usuários da unidade impedindo a melhor aproximação entre profissional-cliente.

A planta física das unidades estudada é bem heterogênea, porém a sala do enfermeiro segue um mesmo padrão, sempre como um “escritório”, com o mobiliário já citado. O profissional fica a mercê da boa vontade do médico do local e de seu horário de atendimento para revezamento de sua sala, tal fator influencia também na coleta de exame cito patológico, que se torna escassa por parte dos profissionais de enfermagem.

Outros fatores também foram encontrados como entraves da assistência, como má ventilação, espaço reduzido, salas utilizadas para várias funções e com muitas pessoas utilizando-as.

O local de atendimento de pré e pós-consulta realizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem também segue um padrão, com presença de balança com paquímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, computador, mesa, cadeira, diversos livros de registro e impressos. A variação encontrada foi quanto ao tamanho do local e ventilação, algumas amplas e bem ventiladas, outras nem tanto.

### **5.1.3. Caracterização da equipe de enfermagem que assiste a mulher no pré-natal**

A equipe de enfermagem que atua no pré-natal no município de Ribeirão Preto é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Da população total de profissionais de enfermagem que atuam no pré-natal da rede básica do município de Ribeirão Preto, foram entrevistados 156 sujeitos, após consentimento em participar da pesquisa, sendo 69 (44,2%) enfermeiros, 9 (5,8%) técnicos em enfermagem e 78 (50%) auxiliares de enfermagem.

Os enfermeiros executam atividades administrativas na unidade e são envolvidos com a assistência dentro dos programas de assistência a saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso, do adolescente, todos fazem parte da programação do Ministério da Saúde. A assistência pré-natal, incluída no programa de assistência integral a saúde da mulher, é oferecida pelo enfermeiro por meio do que é denominada por todos como “primeira consulta de pré-natal”. Tal atendimento é a execução do protocolo de enfermagem preconizado pela SMS.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem atuam junto a gestante desempenhando suas ações na pré e pós-consulta de enfermagem.

#### **5.1.3.1. Variáveis sócio-demográficas**

Entre os 156 profissionais entrevistados a maioria (96,2%) era do sexo feminino, fato que reafirma a predominância feminina nesta área de atuação. Foram encontrados apenas seis profissionais do sexo masculino, sendo dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados relativos às variáveis sócio- demográficas. Os profissionais que atuam na zona oeste da cidade representa 35,9%, enquanto apenas 10,3% trabalham na zona sul. Tal fato está diretamente relacionado ao número de unidades de saúde em cada região, sendo 18 e 4 unidades, respectivamente.

A maior parte dos profissionais entrevistados (74,3%) tem 40 anos ou mais, são casadas ou vivem em união estável (62,2%), tem dois filhos (28,9%) e apenas quatro das 33 mulheres solteiras tiveram filhos.

Dentre os profissionais de nível médio 21 referiram estar cursando ou terem concluído o terceiro grau. O nível de escolaridade encontrado concentrou-se no segundo grau completo (38,5%) e terceiro grau completo (51,3%).

Em relação aos rendimentos, foi verificada a renda na instituição e a da família, lembrando que no momento da coleta de dados o valor do salário mínimo no país era de R\$ 510,00. Quanto aos rendimentos na instituição encontramos uma média de R\$ 1.423,78 para os auxiliares de enfermagem, com o mínimo de R\$ 800,00 e máximo R\$ 3.000,00; R\$ 1.868,22 para os técnicos, variando entre R\$ 1.100,00 e R\$ 3.900,00, e entre os enfermeiros a média da renda encontrada foi de R\$ 3.756,92, com o mínimo de R\$ 2.000,00 e máximo R\$ 6.000,00. O valor da renda na instituição não foi informado por dois auxiliares de enfermagem e seis enfermeiros. Verificou-se que 65,2% dos enfermeiros têm renda na instituição de saúde pública de R\$ 3.000,00 ou mais; 66,7% dos técnicos e 79,5% dos auxiliares de enfermagem recebem entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00. Assim, constatamos que os auxiliares tem uma remuneração de 37,9% da renda dos enfermeiros e os técnicos de 49,7%. Vale ressaltar que a remuneração dos enfermeiros vinculados ao HC-FMRP é menor do que para aqueles vinculados à SMS.

A média da renda familiar foi de R\$ 3.256,76 para os auxiliares de enfermagem, variando de R\$ 1.200,00 a R\$ 7.000,00; R\$ 2.388,89 para os técnicos em enfermagem, sendo o mínimo R\$ 1.200,00 e máximo o R\$ 5.000,00; e R\$ 6.866,15 para os enfermeiros, variando entre R\$ 2.000,00 e R\$ 15.500,00. Foi observado que 32,7% dos profissionais têm renda familiar entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.000,00 e 37,2% renda familiar acima de R\$ 5.000,00. Vale lembrar que oito profissionais não informaram a renda familiar, sendo quatro auxiliares de enfermagem e quatro enfermeiros.

**Tabela 01.** Distribuição de frequências das variáveis sócio-demográficas, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Ocupação</i>							
	<i>Auxiliar</i>		<i>Técnico</i>		<i>Enfermeiro</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Região</i></b>								
Central	10	12,8	1	11,1	10	14,5	21	13,5
Leste	13	16,7	2	22,2	11	15,9	26	16,7
Oeste	28	35,9	5	55,6	23	33,3	56	35,9
Norte	20	25,6	0	0	17	24,6	37	23,7
Sul	7	9,0	1	11,1	8	11,6	16	10,3
<b><i>Sexo</i></b>								
Feminino	74	94,9	9	100	67	97,1	150	96,2
Masculino	4	5,1	0	0	2	2,9	6	3,8
<b><i>Idade (anos)</i></b>								
Menos de 30	9	11,5	0	0	2	2,9	11	7,1
30 a 39	17	21,8	1	11,1	11	15,9	29	18,6
40 a 49	25	32,1	5	55,6	29	42	59	37,8
50 ou mais	27	34,6	3	33,3	27	39,1	57	36,5
<b><i>Estado civil</i></b>								
Solteira	11	14,1	1	11,1	21	30,4	33	21,2
União Estável	4	5,1	0	0	2	2,9	6	3,9
Casada	50	64,1	6	66,7	35	50,7	91	58,3
Divorciada	8	10,3	0	0	8	11,6	16	10,3
Separada	2	2,6	1	11,1	3	4,4	6	3,9
Viúva	3	3,9	1	11,1	0	0	4	2,6
<b><i>Número de filhos</i></b>								
0	17	21,8	1	11,1	25	36,2	43	27,6
1	17	21,8	4	44,4	12	17,4	33	21,2
2	21	26,9	4	44,4	20	29	45	28,9
3	20	25,6	0	0	12	17,4	32	20,5
4	3	3,9	0	0	0	0	3	1,9
<b><i>Escolaridade</i></b>								
1º grau completo	3	3,9	0	0	0	0	3	1,9
2º grau incompleto	3	3,9	0	0	0	0	3	1,9
2º grau completo	54	69,2	6	66,7	0	0	60	38,5
3º grau incompleto	8	10,3	2	22,2	0	0	10	6,4
3º grau completo	10	12,8	1	11,1	69	100	80	51,3
<b><i>Renda na instituição (R\$)</i></b>								
Menos de 1000	6	7,7	0	0	0	0	6	3,9
1000 a 1999	62	79,5	6	66,7	0	0	68	43,6
2000 a 2999	7	9,0	2	22,2	20	29,0	29	18,6
3000 ou mais	1	1,3	1	11,1	45	65,2	47	30,1
Não informou	2	2,6	0	0	4	5,2	6	3,9
<b><i>Renda familiar (R\$)</i></b>								
Menos de 2000	11	14,1	3	33,3	0	0	14	9,0
2000 a 2999	18	23,1	4	44,4	3	4,4	25	16,0
3000 a 4999	37	47,4	1	11,1	13	18,8	51	32,7
5000 ou mais	8	10,3	1	11,1	49	71,0	58	37,2
Não informou	4	5,1	0	0	4	5,8	8	5,1

### 5.1.3.2. Variáveis de formação profissional

Na tabela 2 estão registradas as frequências de variáveis de formação profissional, onde podemos observar que o maior percentual de profissionais (37,8%) possui entre 21 e 30 anos de formação. Quando verificado por categoria profissional, constata-se que 46,1% dos auxiliares de enfermagem têm até 10 anos de formação com uma média de 13,6 anos e variando de 1 a 42 anos de formação; a equipe de técnicos tem até 30 anos de formação com uma média de 17,1 anos, no mínimo 4 anos e no máximo 30 anos de formação e a maioria dos enfermeiros do município, que atuam no pré-natal, têm mais de 20 anos de formação profissional, possuindo uma média de 23,5 anos de formação, que varia de 3 a 34 anos de formação. Foi verificada a presença de uma equipe de enfermagem experiente, atuando na área há bastante tempo.

Quando questionados acerca de sua formação profissional, encontramos 51,3% (40) auxiliares de enfermagem que fizeram o curso técnico profissionalizante, porém ainda atuam como auxiliares de enfermagem; tal fato é justificado pela contratação por parte da prefeitura com predominância de auxiliares de enfermagem, os técnicos são vinculados ao HC-FMRP ou obtiveram mudança de função junto ao judiciário. Existem ainda quatro auxiliares de enfermagem que possuem o curso de graduação em enfermagem, porém mesmo após sua formação continuam na mesma função.

Os profissionais ainda foram questionados quanto ao aprendizado para atuarem no cuidado pré-natal, se tiveram aula teórica durante o curso de formação profissional de cada categoria, aula prática e estágio exclusivamente no pré-natal, a categoria profissional dos professores durante a formação profissional, e se após esta, nos últimos anos, têm participado de cursos de atualização na área de saúde da mulher, voltados à assistência pré-natal, ou de eventos científicos na área de saúde da mulher

Verificou-se que 59% dos profissionais aprenderam atuar na assistência pré-natal na rede de atenção primária à saúde, isto é, referiram ter aprendido na prática, na unidade em que trabalham, treinados por outros profissionais que já atuavam ali. Quando observado por categoria profissional, encontra-se que a maioria dos auxiliares (68%) e dos técnicos (66,7%) aprenderam na atenção básica, sendo que dez auxiliares e dois técnicos referiram ter aprendido atuar no pré-natal no curso profissionalizante e nove auxiliares e um técnico aprenderam em atuação anterior em maternidade. Dentre os enfermeiros, 29 (42%) dos profissionais aprenderam atuar no curso de graduação em enfermagem, 33 (47,8%) na atenção básica, um profissional aprendeu durante atuação em maternidade e três durante curso de especialização.

A maioria dos profissionais (84%) referiu ter tido conteúdo teórico durante sua formação profissional, sendo que apenas 15 pessoas não tiveram aprendizado teórico de assistência pré-natal durante formação profissional. Em relação às aulas práticas o percentual cai para 45,5% daqueles que as tiveram e sobe para 46,8% entre os que não tiveram; porém quando verificado por categoria profissional, encontra-se que 59,4% (41) enfermeiros tiveram aulas práticas e a maioria dos auxiliares e técnicos não tiveram aulas práticas sobre o conteúdo pré-natal. Já em relação a presença de estágio voltado ao cuidado pré-natal durante a formação profissional, a maioria dos profissionais (58,3%) referiu ter participado do mesmo, sendo que 73,9% (51) dos enfermeiros referiram ter frequentado estágio voltado ao cuidado pré-natal durante a graduação, onde somente 14 profissionais não tiveram tal estágio. Vale ressaltar que a carência de aprendizado durante a formação profissional leva ao desenvolvimento das habilidades na prática, no campo de trabalho, junto a outros profissionais, fato que nem sempre traduz a qualidade de informações oferecidas e impede a formação qualificada.

Quanto à categoria profissional que ministrou as aulas acerca do cuidado pré-natal, a maioria foi distribuída entre enfermeiros (38,5%) e enfermeiros obstetra (40,4%), o que demonstra que muitos profissionais já têm tido aprendizado com profissional mais qualificado para esta área do saber. Verificou-se ainda que três enfermeiros referiram terem tido aulas durante a graduação com enfermeiros e médicos obstetras.

Ao averiguar a participação em atualização profissional percebe-se que a maioria dos profissionais (54,5%) não tem participado, nos últimos anos, de cursos de atualização voltados para a assistência pré-natal. Quando verificado por categoria profissional, os enfermeiros participam com maior percentual de atualizações, isto é, 65,2% (45) desta categoria referiram participar de atualizações, que principalmente são oferecidas pela SMS; já dentre os profissionais de nível médio, apenas 30,8% (24) dos auxiliares e 22,2% (2) técnicos participaram de algum tipo de curso de atualização nos últimos anos. Alguns profissionais declararam que não tem oportunidade de participar dos treinamentos oferecidos pela SMS, ficando restrita aos enfermeiros e a depender da multiplicação destes a informação encaminhada à sua equipe.

Dentre os cursos de atualização oferecidos pela SMS, os profissionais citaram a participação nos temas a seguir: aleitamento materno, DST/AIDS, planejamento familiar, citologia oncótica e protocolo de atendimento de pré-natal.

A participação de eventos científicos, na área de saúde da mulher, nos últimos anos se deu de forma bem discreta, onde apenas 30 profissionais referiram ter comparecido a algum evento neste nível, dos quais foram 10 auxiliares de enfermagem, 2 técnicos e 18 enfermeiros. Tal fato pode estar relacionado ao interesse maior daqueles que cursaram um curso superior. Podemos concluir que o aprimoramento profissional por meio de eventos científicos é um artifício pouco utilizado pela equipe de enfermagem.

**Tabela 02.** Distribuição de frequências das variáveis de formação profissional, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Ocupação</i>						<i>Total</i>	
	<i>Auxiliar</i>		<i>Técnico</i>		<i>Enfermeiro</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Tempo de formação</i></b>								
Até 10 anos	36	46,1	3	33,3	7	10,1	46	29,5
11 a 20 anos	18	23,1	3	33,3	7	10,1	28	18
21 a 30 anos	13	16,7	3	33,3	43	62,3	59	37,8
31 ou mais	3	3,9	0	0	12	17,4	15	9,6
Sem registro	8	10,7	0	0	0	0	8	5,1
<b><i>Formação</i></b>								
Auxiliar	34	43,6	0	0	0	0	34	21,8
Técnico	40	51,3	9	100	0	0	49	31,4
Enfermeiro	4	5,1	0	0	69	100	73	46,8
<b><i>Aprendizado</i></b>								
Graduação	0	0	0	0	29	42	29	18,6
Curso Profissionalizante	10	12,8	2	22,2	0	0	12	7,7
Atenção Básica	53	68	6	66,7	33	47,8	92	59
Maternidade	9	11,5	1	11,1	1	1,5	11	7,1
Especialização	0	0	0	0	3	4,4	3	1,9
Sem Registro	6	7,7	0	0	3	4,4	9	5,8
<b><i>Teoria</i></b>								
Sim	60	76,9	6	66,7	65	94,2	131	84
Não	11	14,1	3	33,3	1	1,5	15	9,6
Não Lembra	7	9	0	0	3	4,3	10	6,4
<b><i>Prática</i></b>								
Sim	29	37,2	1	11,1	41	59,4	71	45,5
Não	44	56,4	7	77,8	22	31,9	73	46,8
Não Lembra	5	6,4	1	11,1	6	8,7	12	7,7
<b><i>Estágio</i></b>								
Sim	36	46,2	4	44,4	51	73,9	91	58,3
Não	36	46,2	5	55,6	14	20,3	55	35,3
Não Lembra	6	7,7	0	0	4	5,8	10	6,4
<b><i>Professores</i></b>								
Enfermeiro	45	57,7	4	44,4	11	15,9	60	38,5
Enfermeiro Obstetra	13	16,7	2	22,2	48	69,6	63	40,4
Enfermeiro e Médico	0	0	0	0	3	4,4	3	1,9
Não Lembra	6	7,7	0	0	6	8,7	12	7,7
Não teve	11	14,1	3	33,3	1	1,5	15	9,6
Sem registro	3	3,9	0	0	0	0	3	1,9
<b><i>Atualização</i></b>								
Sim	24	30,8	2	22,2	45	65,2	71	45,5
Não	54	69,2	7	77,8	24	34,8	85	54,5
<b><i>Eventos Científicos</i></b>								
Sim	10	12,8	2	22,2	18	26,1	30	19,2
Não	68	87,2	7	77,8	51	73,9	126	80,8

Ao averiguar a participação dos enfermeiros em cursos de pós-graduação *latu sensu* e *strictu sensu*, observamos que 63 (91,3%) profissionais cursaram algum destes conforme explícito na tabela 3. Apenas seis enfermeiros não cursaram nenhum tipo de pós-graduação. Daqueles que cursaram especializações, obtivemos a maior parte da amostra com duas especializações ou mais (62%), sendo que as modalidades mais cursadas foram a de saúde coletiva e saúde pública com 23 profissionais, seguida pela saúde da família, com 13 profissionais; foi referida também a participação em cursos de especialização em gerenciamento e administração hospitalar, saúde do trabalhador, licenciatura, hemoterapia, urgência e emergência, dentre as quais ressaltamos a presença de seis enfermeiras obstétricas e de duas enfermeiras que estão cursando a especialização em cuidado pré-natal.

A tabela 3 ainda demonstra que dos 63 enfermeiros que cursaram pós-graduação, treze frequentaram a pós-graduação *strictu sensu*, sendo onze profissionais no nível mestrado, com oito que cursaram na área de saúde pública, que abrange a área de saúde da mulher e três em enfermagem geral; e dois profissionais no nível doutorado, uma na área de saúde pública e a outra em enfermagem geral

**Tabela 03.** Distribuição de frequências das variáveis de formação profissional nível pós-graduação, segundo os níveis de ocupação enfermeiro que presta atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Ocupação Enfermeiro</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><u>Pós-graduação</u></b>				
Sim	63	91,3	63	91,3
Não	6	8,7	6	8,7
<b><u>Nº Especializações</u></b>				
1	24	38,1	24	38,1
2	27	42,9	27	42,9
3	9	14,3	9	14,3
4	3	4,8	3	4,8
<b><u>Mestrado</u></b>				
Saúde Pública	8	11,6	8	11,6
Enfermagem Geral	3	4,4	3	4,4
Não Fez	58	84,1	58	84,1
<b><u>Doutorado</u></b>				
Saúde Pública	1	1,5	1	1,5
Enfermagem Geral	1	1,5	1	1,5
Não Fez	67	97,1	67	97,1

### 5.1.3.3. Variáveis de atuação profissional

Na tabela 4 destacamos as variáveis de atuação profissional, tais como o número de empregos, a jornada de trabalho na instituição de saúde pública e em outros empregos, o tipo de unidade de saúde onde se exerce a atuação no pré-natal, o tempo de atuação na instituição de saúde pública e no pré-natal, bem como a atividade pré-natal, o conhecimento sobre o curso de gestantes, as dificuldades vivenciadas e a satisfação com a atuação e o reconhecimento profissional.

Sobre o número de empregos, 82,1% (128) profissionais trabalham apenas na unidade de saúde pública, 27 profissionais possuem vínculo com outra instituição e apenas uma enfermeira referiu ter três empregos.

Quanto à carga horária trabalhada na instituição estudada verificamos uma média de 39,4 horas, com no mínimo 30 horas e no máximo 42 horas semanais para os auxiliares de enfermagem, ressaltando que o único profissional que referiu trabalhar 42 horas semanais é vinculado ao HC-FMRP, logo 84,6% deste nível profissional trabalha na unidade 40 horas por semana. A equipe técnica em enfermagem trabalha em média 39,6 horas semanais, variando de 36 a 40 horas, sendo que a maioria (88,9%) trabalha 40 horas semanais. Os enfermeiros exercem carga horária de trabalho mais variada, há profissionais (42%) com jornada semanal de 20 horas e 55,1% com 40 horas semanais, estes geralmente são admitidos para uma jornada de 20 horas e “dobram” a carga horária de acordo com o tempo de serviço e a necessidade da instituição. No caso dos enfermeiros que atuam nos NSF, que possuem vínculo com HC-FMRP por meio da FAEPA, também possuem jornada semanal de 40 horas. Deste modo, encontramos apenas dois enfermeiros que possuem carga horária de 30 horas semanais, vinculados ao HC-FMRP e uma média de jornada semanal de 31,3 horas, que varia de 20 a 40 horas. No total de profissionais, 112 (71,8%) exercem suas atividades 40 horas semanais.

Dentre os profissionais que atuam em outro emprego, 28 profissionais, foram encontrados oito auxiliares de enfermagem que trabalham em média 32,5 horas semanais em outro local, executando no mínimo 15 horas e no máximo 36 horas semanais; apenas um técnico em enfermagem trabalha em outra instituição, com carga horária de 36 horas semanais. Dentre os enfermeiros, observamos 19 profissionais com vínculo com outras instituições, obtendo uma média de 24,2 horas semanais de atuação em outra instituição, variando de 10 a 40 horas semanais.

Em relação ao tipo de unidade onde o profissional executa suas atividades de assistência pré-natal, encontramos a maior parte dos profissionais (59,6%) concentrados em UBS, fato relacionado ao número destas unidades no município em relação aos outros tipos de unidade, lembrando que nos NSF os auxiliares e técnicos não exercem atividades de pré e pós-consulta pré-natal.

Quando questionados acerca do tempo de atuação na instituição, em meses, o maior percentual (34,6%), referiu estar atuando há 120 meses ou mais, ressaltando que dentre os auxiliares o maior percentual (35,9%) se concentra num tempo de atuação entre 24 e 59 meses; para os técnicos em enfermagem e enfermeiros o maior percentual se encontra atuando há 120 meses ou mais, com valores de 66,7 e 50,7%, respectivamente. Cabe destacar que o tempo longo de atuação vai de encontro ao tempo de formação profissional.

Comportamento parecido foi encontrado quando verificamos o tempo de atuação na assistência pré-natal, onde obtivemos a maioria dos profissionais (69,9%) atuando há mais de 60 meses nesta área, sendo 61,6% (48) dos auxiliares de enfermagem, 77,8% (7) técnicos em enfermagem e 78,2% (54) enfermeiros, totalizando 109 profissionais.

Os enfermeiros foram questionados se realizam pré-natal ou não e três profissionais (4,4%) referiram realizar o protocolo de atendimento eventualmente, porém não executam atividades de assistência pré-natal. Tal pergunta não foi realizada aos profissionais de nível médio, pois não é de competência profissional dos mesmos a realização do pré-natal.

Cabe ressaltar neste momento que o primeiro atendimento pré-natal realizado pelos enfermeiros no município de Ribeirão Preto-SP compreende a execução do roteiro de atendimento proposto pelo protocolo de assistência pré-natal do município, que direciona as principais condutas e atividades a serem realizadas.

Foi verificado que 71% (49) dos enfermeiros executam apenas o primeiro atendimento, o protocolo, 17,4% (12) atendem a gestante em outras oportunidades, como em retornos e apenas cinco (7,3%) enfermeiros intercalam o atendimento pré-natal com o médico, ficando mais próximos do ideal de atendimento buscado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, uma vez que legalmente possui todo o respaldo para este tipo de atividade. Para os profissionais de nível médio, foi observado que a maioria, 71,8% dos auxiliares e 88,9% dos técnicos, têm sua atuação no pré-natal restrita à pré e pós-consulta; apenas 23 profissionais referiram executar atividades que vão além da simples pré e pós-consulta.

Quando foram questionados sobre a existência de curso de gestantes nas unidades onde trabalham, 90 (57,7%) profissionais disseram que em suas unidades possuem tal curso. Muitos associaram a inexistência de um curso de gestantes na unidade de atuação à falta de

espaço físico, desinteresse por parte das mulheres, que só aumentam a adesão ao curso quando o mesmo se encontra vinculado a algum prêmio ou brinde. A coordenação dos cursos de gestantes é uma das atribuições do enfermeiro, que em algumas unidades conta com a participação de equipe multiprofissional, como médico, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, auxiliares, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A maioria dos profissionais (78,2%) negou ter qualquer tipo de dificuldade na assistência à gestante. Dos profissionais que afirmaram possuir algum tipo de dificuldade no atendimento à gestante foram encontrados oito (10,3%) dos auxiliares, quatro (44,4%) dos técnicos e 21 (30,4%) dos enfermeiros. Os tipos de dificuldades encontrados foram a falta de capacitação, citada por oito profissionais, falta de habilidade, dita por sete profissionais, falta de espaço físico e baixa adesão das gestantes citadas por cinco entrevistados, seguidas insegurança, falta de autonomia, dificuldade em realizar o exame físico obstétrico, auscultar os BCF – Batimentos Córdio-Fetais, identificar queixas, abordagem, dentre outras.

Ao questionarmos sobre a satisfação com a atuação profissional e com o reconhecimento profissional verificamos que a primeira supera a segunda, isto é, o reconhecimento profissional não tem contentado a todos que estão satisfeitos com a sua atuação profissional. Logo, observa-se que 74 profissionais de nível médio encontram-se satisfeitos com a sua atuação profissional e 62 satisfeitos com seu reconhecimento profissional, sendo que 13 não estão satisfeitos com nenhuma das duas questões e doze auxiliares de enfermagem que estão satisfeitos com sua atuação não o estão em relação ao reconhecimento profissional. Dentre os enfermeiros observa-se comportamento parecido; em que apenas 8,7% (6) dos enfermeiros não se encontram repletos com a atuação profissional, percentual que sobe para 30,4% (21) quando verificado o contentamento com o reconhecimento profissional, ou seja, uma diferença de 15 profissionais. Durante a entrevista muitos destes se queixaram da falta de autonomia, da falta de reconhecimento por parte do médico da unidade, falta de capacitação e de treinamentos mais frequentes e específicos. Neste contexto, verificamos que 110 profissionais (70,5%) estão satisfeitos tanto com a atuação profissional quanto com o reconhecimento.

**Tabela 04.** Distribuição de frequências das variáveis relativas às atividades profissionais, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Ocupação</i>							
	<i>Auxiliar</i>		<i>Técnico</i>		<i>Enfermeiro</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Empregos</i></b>								
1	70	89,7	8	88,9	50	72,5	128	82,1
2	8	10,3	1	11,1	18	26,1	27	17,3
3	0	0	0	0	1	1,5	1	0,6
<b><i>Carga Horária Instituição</i></b>								
20 horas	0	0	0	0	29	42	29	18,6
30 horas	1	1,3	0	0	2	2,9	3	1,9
36 horas	10	12,8	1	11,1	0	0	11	7,1
40 horas	66	84,6	8	88,9	38	55,1	112	71,8
42 horas	1*	1,3	0	0	0	0	1	0,6
<b><i>Carga Horária Outras Inst.</i></b>								
10 horas	0	0	0	0	2	10,5	2	7,1
15 horas	1	12,5	0	0	0	0	1	3,6
20 horas	0	0	0	0	8	42,1	8	28,6
30 horas	0	0	0	0	6	31,6	6	21,4
36 horas	5	62,5	1	100	1	5,3	7	25
40 horas	0	0	0	0	1	5,3	1	3,6
Sem registro	2	25	0	0	1	5,3	3	10,7
<b><i>Tipo de Unidade</i></b>								
UBDS	7	9	0	0	7	10,1	14	9
CSE	6	7,7	2	22,2	4	5,8	12	7,7
UBS	47	60,3	7	77,8	39	56,5	93	59,6
USF	16	20,5	0	0	12	17,4	28	18
NSF	0	0	0	0	5	7,3	5	3,2
CMSC	2	2,6	0	0	2	2,9	4	2,6
<b><i>Tempo na Instituição</i></b>								
< 24 meses	14	18	1	11,1	10	14,5	25	16
24 a 59 meses	28	35,9	3	33,3	18	26,1	49	31,4
60 a 119 meses	13	16,7	0	0	15	21,7	28	18
120 meses ou +	23	26,5	5	55,6	26	37,7	54	34,6
<b><i>Tempo no Pré-natal</i></b>								
< 24 meses	10	12,8	1	11,1	6	8,7	17	10,9
24 a 59 meses	20	25,6	1	11,1	9	13	30	19,2
60 a 119 meses	18	23,1	1	11,1	19	27,5	38	24,4
120 meses ou +	30	38,5	6	66,7	35	50,7	71	45,5
<b><i>Realiza Pré-Natal</i></b>								
Sim	0	0	0	0	66	95,7	66	95,7
Não	0	0	0	0	3	4,4	3	4,4
<b><i>Atividade Pré-Natal</i></b>								
Enf. Protocolo	0	0	0	0	49	71	49	31,4
Enf. Protocolo+Retorno	0	0	0	0	12	17,4	12	7,7
Enf. Protocolo+Intercala	0	0	0	0	5	7,3	5	3,2
Aux. Pré / Pós-consulta	56	71,8	8	88,9	0	0	64	41
Aux.Pré/Pós+outras ativ	22	28,2	1	11,1	0	0	23	14,7
Consulta Enfermagem	0	0	0	0	3	4,4	3	1,9

(Continua)

\*Funcionária do CMSC, vinculada ao HC-FMRP

**Tabela 04. (Continuação)** Distribuição de frequências das variáveis relativas às atividades profissionais, segundo os níveis de ocupação profissional dos profissionais que prestam atendimento no pré-natal. Ribeirão Preto/SP, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Ocupação</i>						<i>Total</i>	
	<i>Auxiliar</i>		<i>Técnico</i>		<i>Enfermeiro</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b><i>Curso de Gestantes</i></b>								
Sim	45	57,7	4	44,4	41	59,4	90	57,7
Não	33	42,3	5	55,6	28	40,6	66	42,3
<b><i>Dificuldades</i></b>								
Sim	8	10,3	4	44,4	21	30,4	33	21,2
Não	70	89,7	5	55,6	47	68,1	122	78,2
Sem registro	0	0	0	0	1	1,5	1	0,6
<b><i>Atuação profissional</i></b>								
Sim	68	87,2	6	66,7	63	91,3	137	87,8
Não	10	12,8	3	33,3	6	8,7	19	12,2
<b><i>Reconhecimento</i></b>								
Sim	56	71,8	6	66,7	48	69,6	110	70,5
Não	22	28,2	3	33,3	21	30,4	46	29,5

(Conclusão)

#### 5.1.4 A descrição do atendimento à mulher no pré-natal

O atendimento pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP segue uma rotina de atendimento nas unidades de saúde, por este motivo estão descritas neste tópico as rotinas informadas pelos profissionais de saúde durante as entrevistas. Primeiramente, ocorre a procura pela unidade de saúde por parte da mulher; num primeiro momento esta se dá em virtude do atraso menstrual. Neste caso, o atendimento pode ser feito no momento, de acordo com a demanda da unidade e disponibilidade do enfermeiro, se não é possível, o atendimento é agendado para o dia mais próximo possível. Os enfermeiros do município nem sempre têm uma agenda com um dia fixo para este tipo de atendimento, sempre se organizam de acordo com as atividades e prioridades a resolver.

No primeiro atendimento o enfermeiro realiza o acolhimento da possível gestante, procurando abordar os desejos e vontades em relação à futura gestação, observando assim a sua aceitação diante da notícia que está por vir. Neste momento, realiza uma coleta de dados com os antecedentes ginecológicos e obstétricos, pessoais, paridade, data da última menstruação, características do ciclo menstrual, estado conjugal, situação social, hábitos de

vida, verifica pressão arterial, após orienta sobre a metodologia utilizada no teste de gravidez, oferece o material e aguarda o retorno da usuária com o frasco com a diurese. Insere a fita para o teste gestacional e aguarda o resultado junto à mulher. Na ausência do enfermeiro, os profissionais de nível médio realizam o teste de gravidez.

Diante de um resultado positivo a conduta dos profissionais é a de aconselhamento, apoio mediante a notícia, orienta a importância do pré-natal, preenche o cartão da gestante, prontuário, SISPRENATAL, calcula idade gestacional, solicita os exames do primeiro trimestre (ABO-Rh – Tipo sanguíneo e fator Rh, hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, Urina tipo 1, testagem anti-HIV- com consentimento da mulher, sorologia para hepatite B - HBsAg, sorologia para toxoplasmose e parasitológico de fezes), orienta coleta da colpocitologia oncótica (a ser realizada pelo médico), verifica e orienta imunização antitetânica, orienta alimentação, cuidados com as mamas, encaminha para assistência odontológica, prescreve ácido fólico 5 mg a ser utilizado até a 14ª semana, agenda consulta subsequente com o médico, que já deixa a solicitação de Ultrassom Obstétrico pronta. Neste momento o enfermeiro não realiza o exame físico obstétrico de prática. Quando há curso de gestantes na unidade este é o momento do convite.

Após este atendimento, que é considerado pelos profissionais como o mais duradouro a mulher volta para a coleta dos exames e retorna na consulta médica para o início do pré-natal por parte médica.

Este é o segundo momento da chegada da mulher à unidade, com o diagnóstico de gravidez buscando o pré-natal. Ela chega à recepção, onde é acolhida e encaminhada à enfermagem. Existe uma sala de pré e pós-consulta de enfermagem onde os profissionais de nível médio atuam, verificam peso, estatura, pressão arterial, eventuais queixas, anotam no prontuário estes achados e orientam a aguardarem pelo atendimento médico.

Ao término da consulta a gestante passa na mesma sala para a pós-consulta, os auxiliares e técnicos em enfermagem orientam medicações prescritas pelo médico, encaminhamentos e agendamentos de consultas futuras.

O espaço da prática do atendimento do enfermeiro e da pré e pós-consulta é bem restrito. A privacidade da mulher nem sempre é atendida em virtude do uso das salas para diversas finalidades, gerando muitas interrupções do atendimento.

Dentro deste perfil de atendimento encontramos algumas particularidades citadas anteriormente e realçadas aqui. Verificamos que há enfermeiros que realizam o primeiro atendimento como o dito acima, que trata-se da execução das atividades propostas pelo protocolo, após este dificilmente mantém contato com a mulher atendida, apenas o faz quando

---

esta a procura para esclarecer dúvidas, não cria muitos vínculos com as mulheres atendidas. Identificamos outro tipo de atendimento, o daquele enfermeiro que realiza este primeiro contato, mas também atende a gestante em outras oportunidades consideradas como retornos que podem ocorrer no terceiro trimestre, para solicitação de exames ou para orientação sobre o trabalho de parto, parto e aleitamento materno ou até por solicitação da gestante. E por fim, os enfermeiros que intercalam as consultas pré-natal com o médico da unidade, este evento foi característico de unidades menores e com maior demanda de gestantes, como em NSF e USF. Houve três casos em que os enfermeiros consideraram o atendimento como consulta de enfermagem, com caráter mais amplo do que apenas o protocolo.

Para os profissionais de nível médio foi verificado que alguns auxiliares e técnicos executam suas atividades apenas na pré e pós-consulta pré-natal e outros que além desta atividade, possuem outras atividades voltadas à gestante, como orientação voltada à amamentação, cuidados com as mamas, sinais de alerta e de trabalho de parto, busca ativa de faltosas, visita domiciliar, participação em cursos de gestante ou até realizam o teste de gravidez.

---

*Discussão*

## 6.0 DISCUSSÃO

### 6.1 O atendimento pré-natal no contexto da atenção básica em saúde

#### 6.1.1 A equipe de enfermagem

Neste estudo foram entrevistados 156 profissionais, sendo que 44,2% são enfermeiros, 5,8% técnicos e 50% auxiliares de enfermagem. Percebemos a predominância de profissionais de nível médio, fator que também foi relevante no estudo de Cagnin, realizado no ano de 2008 no município de Araraquara-SP, que versou sobre a assistência de enfermagem no ciclo gravídico puerperal, bem como no município de Alfenas-MG, conforme destaca o estudo de Leite (2009). O estudo de Fornazari (2009), realizado em maternidade no município de Piracicaba-SP, sobre a atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério; encontrou que 79% da amostra estudada era constituída por profissionais de nível médio, enquanto que apenas 21% eram enfermeiros. Ainda no estado de São Paulo, no município de Porto Ferreira, Vorpapel (2008) também estudou a qualificação profissional e verificou um número insuficiente de enfermeiros atuando no local. No Acre, em Rio Branco, o percentual de enfermeiros que prestam assistência à mulher durante o pré-natal é diferenciado, destacando um percentual de 73,91% de enfermeiros, 17,4% de técnicos e 8,7% de auxiliares de enfermagem. (Cunha, 2008). Assim, verificamos que o percentual de enfermeiros empregados no Acre sobressai ao de auxiliares, evento oposto ao encontrado em Ribeirão Preto-SP.

Nos países da América Latina os profissionais de nível médio representam cerca de 83,8% da mão de obra, variando de 52,7% a 87,8%, sendo que no Brasil o percentual estimado de enfermeiros é de 16,2%, demonstrando assim uma proporção superior de técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam na área da saúde. (PAHO, 2005).

As categorias profissionais que atendem a mulher durante o pré-natal demonstraram predominância do sexo feminino, com 96,2% dos entrevistados, encontrando apenas seis profissionais do sexo masculino atuando na assistência pré-natal, dos quais quatro são auxiliares de enfermagem e dois enfermeiros. Tal característica foi similar ao encontrado por Bussadori (2009), que estudou as ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico

puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto no município de São Carlos-SP, onde 97,3% da amostra estudada foi do sexo feminino, com a presença de apenas um auxiliar de enfermagem do sexo masculino. Cagnin (2008) encontrou 96,9% da amostra estudada do sexo feminino, Cunha (2008) estudando a assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco – AC; verificou presença feminina em 91,3% dos entrevistados e Vorpagel (2008) 85% do sexo feminino. Os estudos de Sabino (2007), realizado com enfermeiros que atuam no pré-natal no município de São José do Rio Preto-SP, Gardenal et al (2002), sobre o perfil dos enfermeiros de Sorocaba-SP e Fornazari (2009) em Piracicaba-SP, encontraram que 100% dos entrevistados eram do sexo feminino.

Embora nos últimos anos os cursos de formação na área de enfermagem tenham aumentado no Brasil, ainda é intensa a presença feminina nesta área do saber. O estudo de Lopes e Leal (2005) deixa evidente a feminilização da enfermagem brasileira, fato que nos faz refletir acerca do próprio processo de formação profissional; no qual os enfermeiros e enfermeiras são resultados de um processo de construção dinâmica e complexa da definição das relações entre os sexos e do “ser” enfermagem. Tal predominância deixa enraizado o discurso homogêneo em relação ao sexo, demonstrando também que para a imagem social masculina tal profissão não denota valor. Os autores ainda destacam a presença de uma seletividade deliberada baseada no sexo no campo da enfermagem brasileira, evidenciada no ensino e condicionada por alunas; campo em que permeia a própria seletividade dos professores e até de textos didáticos, onde fica explícita a escolha de pacientes e de técnicas mais adequadas às habilidades de gênero. Dessa maneira, o homem se sobressai pela sua força física e a mulher por outros atributos, como dedicação e paciência.

Dos indivíduos estudados encontramos profissionais mais maduros, sendo 74,3% com idade superior a 40 anos, com média de idade de 45,1 anos, semelhante ao encontrado por Cagnin (2008), que verificou que 65,6% da amostra estudada tinha mais que 41 anos. Gardenal et al (2002) encontraram 86,5% dos indivíduos estudados com idade superior a 30 anos, assim como no estudo de Sabino (2007), em que 66,7% tinham mais de 30 anos. Outros estudos evidenciaram um predomínio de profissionais mais jovens. Cunha (2008) encontrou que 88,24% dos profissionais tinham menos que 40 anos, com média de idade 34,3 anos; Ferrari, Thomson e Melchior (2005), que traçaram o perfil dos médicos e enfermeiros de Londrina-PR; verificaram que 94,4% dos enfermeiros eram mulheres, com menos de 40 anos e média de idade de 33,9 anos. Bussadori (2009), Fornazari (2009) e Vorpagel (2008)

encontraram média de idade dos profissionais estudados de 35,11, 30 e 33,2 anos, respectivamente.

O estudo de Dotto (2006) demonstrou que a idade média dos profissionais entrevistados foi de 41,8 anos, sendo que a maioria tinha idade superior a 40 anos, revelou profissionais com longa experiência no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal e que atingiram a maturidade pessoal. Assim, encontrou um perfil de profissionais maduros tanto no ponto de vista profissional como no etário, característica semelhante ao evidenciado neste estudo. Profissionais mais maduros possuem maior vivência prática, tiveram maior tempo para se aprimorar, são mais seguros e acumulam maior número de informações a oferecer às gestantes. No entanto, necessitam de atualização constante e correm o risco de se tornarem resistentes na busca por reciclagem, uma vez que já se encontram mais próximos da aposentadoria.

Verificamos que 62,2% dos profissionais de enfermagem que atuam no pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP, são casados ou vivem em união estável. Tal observação ocorreu no mesmo percentual de enfermeiros casados nos municípios de São Carlos e Sorocaba, nos estudos de Bussadori (2009) e Gardenal et al (2002) respectivamente. Vorpagel (2008) evidenciou que 45% dos indivíduos entrevistados são casados e 10% vive em união estável, próximo ao verificado na pesquisa de Cagnin (2008), que encontrou 50% dos profissionais em situação marital e por último Sabino (2007), com 47,6% dos indivíduos nesta situação.

A equipe de enfermagem de diversos locais vive, em sua maioria, em situação marital e já tiveram filhos. No município de Ribeirão Preto-SP 72,4% dos entrevistados tiveram filhos, dos quais 28,9% tiveram dois filhos. Nos municípios de São Carlos, Araraquara e São José do Rio Preto, todos no estado de São Paulo, a maioria dos profissionais tem filhos, com percentuais 64,8%; 68,7% e 57,2% respectivamente. (BUSSADORI, 2009; CAGNIN, 2008, SABINO, 2007). O oposto ocorreu nos estudos de Fornazari (2009) e Vorpagel (2008), nos municípios de Piracicaba e Porto Ferreira – SP, onde a maioria dos profissionais ainda não teve filhos, com percentuais de 58 e 55%, respectivamente. Em Ribeirão Preto o número de filhos dos profissionais de enfermagem variou de um a, no máximo, quatro filhos, variação idêntica ao encontrado em São Carlos-SP por Bussadori (2009).

É reconhecido, a nível mundial, que o estresse laboral é um problema cada vez mais importante e pode estar presente em todos os locais de trabalho, especialmente com trabalhadores da área da saúde. Segundo a classificação feita pela Health Education Authority a enfermeira ocupa a quarta profissão que mais gera estressante. (REIG,

CARUANA, 1989). Esses profissionais, geralmente, empregam como estratégias de afrontamento para manejar o estresse diferentes tipos de alterações que podem provocar desde transtornos físicos como também pode afetar o seu desempenho profissional. Portanto toda esta problemática não afeta somente o seu individual, mas também o usuário que é atendido por este profissional, por apresentar falta de qualidade na assistência. Plata (2006) pesquisou, na Colômbia, a determinação do nível de estresse com o objetivo de identificar os estressores que afetam a equipe de enfermagem que trabalham em uma unidade de terapia intensiva. A autora concluiu que a presença de filhos e de companheiro através de uma união estável ou casada pode influenciar no aumento do nível de estresse do profissional. Sendo estes encontrados em nossa pesquisa.

Quando verificamos o nível de escolaridade percebemos que 24,1% dos indivíduos deste estudo são profissionais de nível médio que já se inseriram ou concluíram algum curso de graduação. No município de Araraquara-SP, 42,3% dos profissionais de nível médio cursaram ou cursam o terceiro grau. (CAGNIN, 2008). Fica clara a procura por aprimoramento profissional por parte de profissionais de nível médio, com vistas a melhoria salarial.

Nos achados do estudo de Dotto, Moulin e Mamede (2006) foi relatado que as enfermeiras entrevistadas possuíam grande experiência no pré-natal, atribuída ao número de consultas que atendiam, ressaltando o desenvolvimento de habilidades pela repetição da prática profissional. As diretrizes curriculares nacionais apontam a necessidade de formação de um novo perfil profissional, no qual o estudante tenha contato com a teoria e com a realidade da prática desde o início do curso de formação profissional, para que possa desenvolver o “saber-fazer” em diversas situações, desenvolvendo assim as habilidades essenciais para a prática da assistência pré-natal qualificada. (DOTTO, MOULIN, MAMEDE, 2006).

A necessidade do “saber-fazer”, que visa à integração da prática à teoria, nos remete à importância do aprimoramento profissional constante, para atualização dos conhecimentos e implementação de técnicas e habilidades profissionais no dia-a-dia corroborando com os ideais da assistência qualificada.

Quanto à renda na instituição de saúde pública, verificamos que em Ribeirão Preto-SP, a remuneração dos auxiliares de enfermagem perfaz um total de 37,9% da renda dos enfermeiros e a remuneração dos técnicos 49,7% desta renda. Em outros estudos foi verificado comportamento bem diversificado. Em Araraquara, os profissionais de nível médio que atuam na ESF recebem mais que aqueles que atuam nas UBS, os primeiros com

remuneração de 58,5% da renda do enfermeiro e 43,9%, respectivamente. (CAGNIN, 2008). Girardi e Carvalho (2002) e Fornazari (2009) encontraram que a renda dos profissionais de nível médio era de 41,9% e 44,4% da renda dos enfermeiros. Em Rio Branco – AC, os técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam no pré-natal contam com uma remuneração de 33,75% da renda dos enfermeiros, e aqueles que atuam na assistência ao parto o percentual é de 32,83% da renda dos enfermeiros, valores inferiores ao que os estudos da região Sudeste demonstram. (CUNHA, 2008; DOTTO, 2006).

Nos países da América Latina os profissionais de nível médio têm remuneração de 69,5% da renda dos enfermeiros, isto é, recebem apenas 30% a menos que os profissionais de nível superior. (PAHO, 2005). Tal característica diverge do que encontramos neste estudo.

Embora oito profissionais não tenham informado quanto recebem na instituição onde trabalham em Ribeirão Preto-SP, sendo dois auxiliares e seis enfermeiros, foi verificado que a renda dos auxiliares de enfermagem variou de R\$ 800,00 a R\$ 3.000,00, com média de R\$ 1423,78 e a dos técnicos em enfermagem variou de R\$ 1.100,00 a R\$ 3.900,00, com média de R\$ 1.868,22. Destacamos que 66,7% dos técnicos e 79,5% dos auxiliares de enfermagem têm remuneração entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00, valor superior ao de outras pesquisas.

Em São Carlos a renda dos profissionais de nível médio variou entre R\$ 800,00 e R\$ 1.450,00, com média R\$ 973,41 conforme o encontrado por Bussadori em 2009. Já em Porto Ferreira – SP, no ano de 2008, Vorpapel encontrou uma variação de renda entre os profissionais de nível médio de R\$ 600,00 a R\$ 1.600,00.

Ainda neste estudo, verificamos uma renda média dos enfermeiros de R\$ 3.756,92, que variou de R\$ 2.000,00 a R\$ 6.000,00, sendo que 65,2% destes profissionais têm remuneração na instituição de saúde pública, no município de Ribeirão Preto – SP, superior a R\$ 3.000,00. Tal variação foi superior ao encontrado por Bussadori (2009) e Vorpapel (2008), que verificaram uma variação da renda dos enfermeiros de R\$ 1.600,00 a R\$ 4.500,00 e média R\$ 2.253,35 em São Carlos e de R\$ 1.200,00 a R\$ 2.300,00 em Porto Ferreira – SP.

De acordo com Malvárez e Castrillón-Agudelo (2005) a renda dos enfermeiros nos países da América Latina é diversificada, sendo de aproximadamente U\$ 120 na Nicarágua, U\$ 210 na Venezuela, U\$ 580 no Panamá, U\$ 830 no Brasil e até U\$ 1.100 em Costa Rica.

Quanto à renda familiar dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado pré-natal em Ribeirão Preto-SP, verificamos que 32,7% dos indivíduos possuem renda familiar superior a R\$ 5.000,00, lembrando que oito profissionais não a informaram. Em relação a média e variação da renda familiar para enfermeiros os valores encontrados foram de R\$ 6.866,15 que variou de R\$ 2.000,00 a R\$ 15.500,00. Tal resultado foi diferente ao encontrado

por Vorpapel (2008) e Bussadori (2009), em que a média da renda familiar de enfermeiros foi de R\$ 4.333,33 no primeiro, que variou de R\$ 2.000,00 a R\$ 6.500,00; e R\$ 4003,35 no segundo variando de R\$ 2.000,00 a R\$ 10.000,00.

Neste estudo a renda familiar dos profissionais de nível médio variou de R\$ 1.200,00 a R\$ 7.000,00 para os auxiliares, com média de R\$ 3.256,76 e de R\$ 1.200,00 a R\$ 5.000,00 para os técnicos em enfermagem, com média de R\$ 2.388,89. Ao confrontar os valores com os resultados dos estudos de Vorpapel (2008) e Bussadori (2009) observamos média e variação inferior em relação no primeiro e média e variação superior no segundo, com renda média familiar de R\$ 3.258,63, variando de R\$ 800,00 a R\$ 18.000,00.

Cabe ressaltar que os profissionais de enfermagem têm contribuído de forma significativa com o sustento familiar.

Ao verificar o tempo de formação profissional concluímos que os profissionais de enfermagem que atuam no pré-natal na atenção básica de Ribeirão Preto-SP, são experientes. O tempo de conclusão do curso de maior grau variou de um a quarenta e dois anos, a média de tempo de formação dos enfermeiros foi de 23,5 anos, técnicos 17,1 anos e auxiliares 13,6 anos. Verificamos que a maioria dos enfermeiros tem mais de 20 anos de formados, os técnicos possuem no máximo 30 anos de formação, em contrapartida, 46,1% dos auxiliares de enfermagem tem até 10 anos de conclusão do curso profissionalizante. Dentre os entrevistados, o maior percentual, 37,8% apresenta entre 21 e 30 anos de formados. O que caracteriza a inserção na área de saúde há tempo suficiente para buscarem por qualificação e aprimoramento profissional.

Desse modo, neste estudo, era esperado que os profissionais mais maduros profissionalmente já tivessem desenvolvido as habilidades e competências essenciais para o exercício da assistência obstétrica qualificada. Enquanto que os indivíduos que se encontram em início de carreira profissional e com pouca experiência em saúde da mulher, jovens e em amadurecimento profissional têm melhor perspectiva na procura por ampliação da qualificação para assistência profissional (VORPAGEL, 2008).

O encontrado na literatura foi semelhante nos relatos de Cagnin (2008), em que 37,8% tem mais de 10 anos de profissão, Gardenal et al (2002), em que 52,1% da amostra tem de 11 a 20 anos de carreira e Ferrari, Thomson e Melchior (2005), em que 52,1% dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família e 46% dos que atuam em unidades de atendimento a gestante têm mais de nove anos de formação profissional.

Em São José do Rio Preto-SP, a realidade evidenciada por Sabino (2007) foi de que 57% das enfermeiras que atuam no pré-natal têm menos de 10 anos de formadas. Profissionais

com tempo mais curto de formação foram encontrados também em Piracicaba por Fornazari (2009) e em Porto Ferreira por Vorpapel (2008), que ainda mostrou uma peculiaridade, uma população de enfermeiros recém-formados, com tempo de formação de, no máximo, cinco anos.

Ainda em relação à formação profissional, observamos que 40 (51,3%) auxiliares de enfermagem cursaram o ensino técnico profissionalizante em enfermagem, mas continuam atuando como auxiliares de enfermagem.

Em Porto Ferreira foram encontrados seis profissionais de nível técnico que atuavam como auxiliares e após complementação mudaram sua ocupação para técnico em enfermagem na instituição onde foi realizado o estudo. (VORPAGEL, 2008). Já em São Carlos, foram entrevistados três auxiliares de enfermagem que possuem graduação em enfermagem e quatro com curso superior incompleto. (BUSSADORI, 2009). Tais resultados demonstram a dificuldades que os profissionais encontram nas instituições, mesmo após aprimoramento profissional nem sempre têm à disposição um Plano de Cargos e Carreiras.

Quando questionados sobre onde aprenderam sobre o pré-natal, os profissionais de Ribeirão Preto-SP, responderam em sua maioria (59%) que o aprendizado se deu na prática, através da atuação na rede de atenção básica em saúde. Dentre os enfermeiros o aprendizado durante a graduação em enfermagem também foi destaque (42%). Tal achado não se difere muito do encontrado por Fornazari (2009), no qual os profissionais referiram ter aprendido obstetrícia na prática profissional, na formação profissional e num misto das duas, evidenciando a questão da educação informal e nos fazendo refletir acerca da importância dos treinamentos e da educação continuada oferecida pelas instituições. O aprendizado durante o curso de graduação, durante a especialização em enfermagem obstétrica e na prática foram os destaques oferecidos pelos profissionais de São Carlos. (BUSSADORI, 2009).

A maioria dos profissionais entrevistados teve conteúdo teórico (84%) e estágio (58,3%) durante a formação profissional; um menor percentual (45,5%) relatou ter tido aulas práticas sobre o pré-natal.

Vorpapel (2008) verificou que dentre os profissionais de enfermagem que participam do processo de nascimento em Porto Ferreira-SP, nenhum recebeu treinamento ou capacitação específica para a prática obstétrica. O relato dos enfermeiros é que aprenderam a obstetrícia básica na graduação, nas aulas teóricas e em estágios, exames mais específicos como o toque vaginal, aprenderam com o médico, não realizam parto na rotina, apenas em situações de emergência. Os auxiliares e técnicos relataram que aprenderam sobre obstetrícia nas aulas teóricas e estágios do curso técnico profissionalizante. Vale ressaltar aqui a importância da

qualidade destes cursos, que anualmente lançam inúmeros novos profissionais de enfermagem no mercado de trabalho.

Em relação aos professores durante a formação profissional, os enfermeiros referem terem tido aulas com enfermeiros obstetras, e em três casos com participação de médicos, já os auxiliares e técnicos aprenderam junto a enfermeiros sem especialidade na área principalmente; fato que nos faz refletir acerca do perfil de formação profissional que pode estar sendo firmado por algumas instituições. Tal resultado se assemelha ao encontrado na amostra estudada por Vorpagel (2008).

No município de Ribeirão Preto a maioria dos profissionais (54,5%) negou ter participado de cursos de atualização voltados para a assistência pré-natal nos últimos anos. Quando verificamos este dado por categoria, percebemos que 65,2% dos enfermeiros tiveram participação em cursos de atualização, e dentre os profissionais de nível médio, apenas 30,8% dos auxiliares de enfermagem e 22,2% dos técnicos referiram ter participado de algum curso de atualização na área nos últimos anos. O motivo alegado por parte destes seria a falta de oportunidade, devido à ida do enfermeiro no curso, os demais profissionais cobrem a sua ausência e ficam “presos” na unidade. Resultado parecido foi encontrado em Rio Branco-AC, onde os enfermeiros participaram dos cursos de atualização em assistência pré-natal, porém não houve participação dos profissionais de nível médio. Em Piracicaba-SP, em 2009, 68% dos profissionais participaram de atividades de atualização promovidas pela educação continuada da instituição estudada. (FORNAZARI, 2009). Ao contrário deste estudo, em Araraquara-SP, 90,6% dos profissionais de nível médio participaram de cursos de atualização na área de saúde da mulher, já os enfermeiros não participaram. (CAGNIN, 2008).

Em relação aos eventos científicos, apenas 30 (19,2%) dos profissionais declararam ter participação nos últimos anos, ocorrência parecida foi visualizada nos estudos de Bussadori (2009), Cagnin (2008), Cunha (2008), Dotto (2006), Fornazari (2009), Gardenal et al (2002) e Sabino (2007). Ainda no estudo de Fornazari, foi verificado que dos 15,9% que participaram de algum evento, os profissionais não se lembram da pauta ou assunto, levando a crença de que o evento pouco acrescentou para o conhecimento destes indivíduos.

Os profissionais necessitam de aprimoramento num ambiente fora do ensino formal, através de congressos, conferências e seminários; tudo em virtude das constantes mudanças tecnológicas e à obsolescência do conhecimento. (URBANO, 2002). Cabe ressaltar neste momento a importância da intervenção da instituição no sentido de incentivar a participação de seus servidores nos diversos eventos científicos, bem como em fortalecer a prática da educação continuada, de forma que todos os profissionais tenham acesso aos cursos e

treinamentos promovidos. É pertinente destacar que é durante a prática profissional que são desenvolvidas e aprimoradas as habilidades relacionadas às competências essenciais para a assistência qualificada (KAK, BURKHALTER, COOPER, 2001) daí a importância dos treinamentos e cursos, que atualizam os novos conhecimento teóricos para associação com a prática.

A qualificação dos enfermeiros de Ribeirão Preto, por meio dos cursos de Pós-Graduação *latu sensu* e *strictu sensu*, ocorreu em 91,3% dos casos, apenas seis enfermeiros não fizeram nenhuma pós-graduação. De todas as especialidades cursadas, encontramos apenas seis enfermeiras obstetras e duas cursando especialização em cuidado pré-natal. Valores altos ainda foram encontrados em estudos como os de Bussadori (2009), Cagnin (2008), Sabino (2007) e Vorpagel (2008), porém destes apenas o primeiro relatou a presença de três enfermeiras obstetras, nos demais não houve nenhum caso.

No município de Rio Branco – AC, 11,76% dos enfermeiros que atuam no pré-natal, possuem especialização em obstetrícia, os demais realizaram um curso de capacitação em pré-natal de 24 a 40 horas de duração para atuarem na área. (CUNHA, 2008). Em Sorocaba – SP, 54,8% dos enfermeiros possuem especialização na área de saúde da mulher, aqueles que não a possuem fizeram uma capacitação em enfermagem obstétrica que durou de 2 a 45 dias. (GARDENAL et al, 2002).

Neste contexto ainda existem as SMS que não empregam enfermeiros obstetras, como descrito no estudo de Costa, Guilhem e Walter (2005). Tal constatação nos faz refletir acerca da importância da especialização em obstetrícia no manejo das gestações; aprimoramento que facilita a condução da gestação por parte dos profissionais de enfermagem. Benigna, Nascimento e Martins (2004) estudaram as ações realizadas pelos enfermeiros durante a assistência pré-natal no programa saúde da família do município de Campina Grande – PB, verificando que naquele local todos os enfermeiros fizeram especialização, sendo 25% dos mesmos em obstetrícia e afirmaram também a importância na condução da gestação, gerando profissionais capacitados, competentes e mais seguros.

Quanto ao número de cursos de especialização frequentados encontramos que a maioria (62%) esteve em mais de uma especialização, oposto ao encontrado por Sabino (2007), que foi de 56% das enfermeiras que frequentaram apenas um curso de especialização.

Dos entrevistados, apenas 11 frequentaram a pós-graduação *strictu sensu* nível mestrado e dois no nível doutorado, mesmo que nem todos estejam vinculados a atividades de ensino e/ou pesquisa.

A maioria dos indivíduos presentes neste estudo (82,1%) possui apenas um emprego, apenas 28 profissionais possuem outro vínculo, sendo que destes, os enfermeiros são os que se encontram em maior frequência fazendo dupla-jornada. Cagnin (2008), Fornazari (2009), Sabino (2007) e Vorpapel (2008) verificaram em seus estudos que a maioria dos profissionais possuem apenas um emprego, porém 75% dos enfermeiros no estudo feito em Piracicaba-SP têm dois empregos de acordo com Fornazari (2009).

No Acre, em Rio Branco, 52,17% dos profissionais que atuam no pré-natal possuem mais de um vínculo empregatício, e 40% daqueles que atuam na assistência ao parto também têm outro emprego. (CUNHA, 2008; DOTTO, 2006).

Em Ribeirão Preto não há diferença entre a carga horária de trabalho de acordo com o tipo de unidade, diferente do ocorrido em Araraquara, onde a carga horária dos profissionais que atuam na ESF é superior em relação aos que atuam nas UBS. (CAGNIN, 2008).

A média da jornada de trabalho nos países da América Latina é de oito horas diárias ou 45 horas semanais, variando de 30 a 45 horas semanais. (PAHO, 2005). Neste estudo 71,8% dos indivíduos possuem carga horária de 40 horas semanais na instituição de saúde pública, destacando que a média da jornada semanal dos auxiliares de enfermagem é de 39,4 horas, variando de 30 a 42 horas; dos técnicos é 39,6 horas, variando de 36 a 40 horas e dos enfermeiros 31,3 horas, variando de 20 a 40 horas.

Bussadori (2009) e Sabino (2007) encontraram médias iguais ou próximas a 40 horas semanais na jornada de trabalho dos enfermeiros, abaixo do encontrado por Cunha (2008), lembrando que este acontecimento se dá em virtude dos indivíduos deste último estudo possuírem mais de um emprego em sua maioria.

Para os profissionais que atuam em outras instituições verificamos que os enfermeiros têm uma jornada fora da instituição de saúde pública de em média 24,2 horas semanais, variando de 10 a 40 horas, já para os auxiliares esta média é de 32,5 horas semanais, que variaram de 15 a 36 horas e o único técnico que tem outro vínculo tem uma jornada de 36 horas semanais em outra instituição.

O acúmulo de jornadas de trabalho tanto na esfera profissional quanto na doméstica e o número excessivo de horas trabalhadas (mais que 44 horas semanais) deve ser preocupação por parte de todos, uma vez que se torna importante fonte de tensão, insônia, ansiedade, falta de tempo para o descanso/lazer, para o cuidado com a casa, com a família e consigo mesmo. (PORTELA; ROTEMBERG; WAISSMANN, 2005).

O enfermeiro possui dentre suas atribuições atividades assistenciais, administrativas, gerenciais, de liderança e pesquisa. O acúmulo de funções junto à rotina exaustiva de trabalho

pode levar à fragmentação da assistência que se torna vulnerável, deficitária em qualidade e executada sem planejamento adequado, sem estímulo e motivação. (SILVA et al., 2006).

Este estudo revelou que 34,6% dos profissionais atuam nas instituições de saúde pública há mais de 10 anos, dado semelhante ao descrito no estudo de Cagnin (2008). Cabe ressaltar que o tempo de atuação na instituição vai de encontro ao tempo de formação profissional e demonstra uma equipe experiente na área de saúde.

Quanto à assistência pré-natal, 69,9% dos profissionais a tem prestado há mais de cinco anos, demonstrando uma equipe com vivência na área de saúde da mulher. O mesmo atributo foi levantado nos profissionais entrevistados por Bussadori (2009), com profissionais de nível médio atuando neste seguimento em média há sete anos; por Cunha (2008), Ferrari, Thomson e Melchior (2005) e Sabino (2007). Em estudo feito por Dotto, Moulin e Mamede (2006) com enfermeiras que atuavam no pré-natal em Rio Branco – AC, em 2002, foi exposto que o tempo de experiência estava entre um e dezenove anos, com média de 6,4 anos prestando assistência pré-natal.

O perfil assistencial dos enfermeiros de Ribeirão Preto demonstra que estes profissionais entendem o primeiro atendimento, com o teste gestacional positivo e preenchimento de papéis como primeira consulta pré-natal, apenas três entrevistados relataram não realizar tal atendimento. Neste município, a rotina de atendimento pré-natal se dá, em sua maioria (71%), por meio do primeiro contato vinculado à busca por amenorréia, quando o teste gestacional é feito ou agendado, e diante do resultado positivo são iniciadas orientações, preenchimento e entrega de cartão da gestante, cadastro no SISPRENATAL (*Software* desenvolvido para acompanhamento da frequência das gestantes durante pré-natal), solicitação de exames e agendamento de retorno para consulta pré-natal com o médico.

Em Araraquara-SP Cagnin (2008) identificou a atuação do enfermeiro no cuidado pré-natal de modo parecido, onde os enfermeiros das equipes da ESF realizam consultas pré-natal apenas durante o período de férias dos médicos. Em São José do Rio Preto-SP, Sabino (2007) aponta que os enfermeiros realizam a solicitação de exames do primeiro trimestre, orientam acerca da consulta médica e sobre o curso de gestantes.

No município de Sorocaba-SP, Gardenal et al (2002) encontraram enfermeiros efetuando assistência pré-natal de forma descontínua, pois atendem a primeira consulta, solicitam exames, preenchem papéis e intercalam consulta com o médico. Lembrando que a lei do exercício profissional oferece plenas condições de acompanhamento de todo o pré-natal de baixo risco por parte dos enfermeiros.

Ainda neste estudo, verificamos que 17,4% (12) dos enfermeiros realizam um retorno no pré-natal em algum momento da gestação, de forma irregular, alguns apenas para solicitação dos exames do terceiro trimestre, outros para orientações acerca do trabalho de parto, parto e amamentação ou até conforme solicitação da gestante. Foram encontrados apenas cinco enfermeiros (7,3%) que intercalam a consulta com o médico e destes, uma enfermeira referiu que muitas vezes atende mais que o médico, devido a demanda de gestantes em sua área.

No Acre, no município de Rio Branco, o atendimento contínuo do pré-natal por parte dos enfermeiros não é nenhuma novidade, faz parte da rotina e das atribuições destes profissionais, sendo que 68,75% realizam a pré-consulta. (CUNHA, 2008).

A maioria dos profissionais do município (57,7%) disse ter curso de gestantes nas unidades onde trabalham. O estudo de Sabino (2007) apontou presença de curso de gestantes em 76,2% das unidades de saúde.

Apenas 21,2% dos profissionais entrevistados relataram ter algum tipo de dificuldade na atenção à gestante. Quando verificado por categoria profissional revelamos que 30,4% dos enfermeiros expuseram alguma dificuldade no atendimento à gestante. Das dificuldades encontradas visualizamos a falta de capacitação, falta de habilidade, falta de espaço físico e baixa adesão das gestantes, seguidas de insegurança, falta de autonomia, dificuldade em realizar o exame físico obstétrico, auscultar os BCF – Batimentos Cárdio-Fetais, identificar queixas, abordagem, dentre outras. Dificuldades semelhantes foram encontradas por Sabino (2007) e Gardenal et al (2002).

Metade dos enfermeiros abordados por Bussadori (2009) disseram ter algum tipo de dificuldade no cuidado pré-natal, principalmente no que se diz respeito a falta de protocolo de atendimento, nível de instrução da comunidade e o modelo de atendimento centrado no médico, além da estrutura física. Para os achados de Cunha (2008) a dificuldade é encontrada na restrição de material, uma vez que estes profissionais estão mais habituados ao atendimento contínuo das gestantes.

Ao verificar a satisfação com a atuação e com o reconhecimento profissional foi evidenciado que os enfermeiros estão mais satisfeitos com a sua atuação profissional que os profissionais de nível médio, com percentual de 91,3% para os enfermeiros e 85,1% para os auxiliares e técnicos de enfermagem.

Em relação ao reconhecimento profissional este estudo revela que os profissionais de nível médio (71,3%) encontram-se pouco mais satisfeitos que os enfermeiros (69,6%). O contrário do estudo de Cagnin (2008), em que os enfermeiros demonstraram maior satisfação

que os auxiliares e técnicos; e do exposto por Gardenal et al (2002) que foram 73% de enfermeiros satisfeitos com o reconhecimento profissional.

### **6.1.2 Competências da equipe de enfermagem**

No município de Ribeirão Preto-SP os enfermeiros participam do atendimento pré-natal através da realização do teste de gravidez e da primeira consulta que vislumbra preenchimento do cartão da gestante, cadastramento da mesma no SISPRENATAL, solicitação de exames laboratoriais do primeiro trimestre, prescrição de ácido fólico, bem como o preenchimento do prontuário com a história obstétrica da gestante.

Bussadori (2009) encontrou realidade parecida no município de São Carlos, onde os enfermeiros são responsáveis por este primeiro atendimento, mas não dão seguimento as demais consultas durante o pré-natal. Gardenal et al. (2002) encontraram no município de Sorocaba-SP, que os enfermeiros também realizam este primeiro atendimento, porém intercalam as consultas com o médico, e consideraram tal assistência descontínua, que impede o seguimento de toda a gestação de forma mais abrangente.

Para Cagnin (2008) o pré-natal é realizado pelos enfermeiros apenas na ausência do médico responsável, ou seja, quando ele se encontra de férias. Já em São José do Rio Preto-SP, os enfermeiros realizam o primeiro atendimento para a solicitação de exames do primeiro trimestre, orientam retorno com o médico e o curso de gestantes. (SABINO, 2007). Assim observamos nestes dois estudos uma participação bem discreta dos enfermeiros no cuidado pré-natal, fato que se assemelha a este estudo.

No entanto, foi possível encontrar outra realidade no estudo realizado por Cunha (2008), em Rio Branco-AC, onde o acompanhamento integral do pré-natal de baixo risco é atribuição do enfermeiro, que desempenha as habilidades básicas preconizadas pela ICM (2002) e as recomendações feitas pelo Ministério da saúde (BRASIL, 2006) quase que na sua totalidade.

Quando confrontamos a recomendação do PHPN e do protocolo de assistência pré-natal do município de Ribeirão Preto-SP, com as diretrizes da prática assistencial executada pelos enfermeiros deste local, percebemos que os enfermeiros têm cumprido o esperado no que se diz respeito à captação precoce das gestantes e solicitação de exames laboratoriais. Porém verificamos que a consulta pré-natal não tem uma padronização, levando os

profissionais de algumas unidades desenvolverem instrumentos próprios para melhoria do atendimento, para abrangerem a mulher como um todo e não perderem nenhuma informação importante, assim o atendimento fica a critério dos enfermeiros e médicos da unidade. Além desse aspecto, constatamos que não há regularidade no atendimento, pois há enfermeiros que o agendam e outros que o realizam conforme a demanda da unidade, até mesmo durante o acolhimento, o que dificulta a observação nas unidades.

Os achados deste trabalho não estão diferentes dos encontrados por Almeida (1991) no ano de 1990, que ao analisar o modelo de saúde na rede básica de Ribeirão Preto, naquele ano, constatou que o mesmo estava predominantemente embasado no pronto atendimento, sem o desenvolvimento de ações coletivas, sendo efetivado como eixo condutor principal de ação “... a doença e não o doente”, concluindo que as atividades estão concentradas para a consulta médica, e a enfermeira vem incorporando este mesmo instrumento, o qual reproduz na sua prática cotidiana, quando atende a demanda espontânea, sendo que a sua assistência permanece inserida através de atividades auxiliares de consultas.

O modelo de saúde vigente é o que proporciona uma assistência pré-natal ainda técnica, baseada em normas e rotinas. O enfermeiro poderia se colocar como elemento facilitador do processo, tentando buscar alternativas pautadas na promoção e prevenção da saúde e, não como mero executor de procedimentos técnicos. Portanto, cabe ao grupo de enfermeiras que atuam no pré-natal da rede básica do município de Ribeirão Preto – SP encontrar possibilidades para atender a mulher de uma nova forma, no sentido de conhecê-la na sua singularidade, seus valores, crenças, dificuldades físicas, emocionais e suas relações com o núcleo familiar e social, reconstruindo a prática de ações baseadas na queixas, voltando-se para ações integrais e direcionadas ao atendimento da população de mulheres da área de abrangência.

Em algumas unidades de saúde de Ribeirão Preto observamos diferenças no modo de trabalho das equipes de enfermagem de distintas unidades que vão de acordo com as necessidades da clientela e com a quantidade de atendimentos, assim nas unidades com muitas gestantes é efetuado o agendamento da primeira consulta e alguns enfermeiros intercalam a consulta com o médico para “desafogar” a agenda, porém sem assumir a atribuição das consultas subsequentes, sem gerar vínculo com as mulheres. Nas unidades de baixa demanda de mulheres grávidas o enfermeiro acaba tendo apenas o primeiro contato com a gestante e não a encontra mais, apenas no puerpério, quando a mulher procura a unidade para atendimento do recém-nascido no intuito de realizar o teste do pezinho, momento em que o enfermeiro aborda a mulher novamente. É importante lembrar neste momento que o

enfermeiro é o profissional adequado e com melhor custo-efetividade para realizar a assistência pré-natal de baixo risco. (OMS, 1999).

O estudo de Rios e Vieira (2007), acerca das ações educativas no pré-natal e da consulta de enfermagem, apontou que as ações executadas pelo enfermeiro no pré-natal são voltadas à informação, pouco participativas e que não há agendamento sistemático das consultas realizadas por este profissional uma vez que possuem a função de aliviar a demanda e contribuir com a agenda médica neste aspecto.

Shimizu e Lima (2009) fizeram um estudo em Brasília-DF visando analisar as representações sociais das gestantes acerca da gestação e a atenção recebida na consulta de enfermagem do pré-natal. Os autores encontraram que a gestante reconheceu positivamente a consulta de enfermagem durante o pré-natal, devido à obtenção de informações de interesse para o momento em que viviam, que possibilita a redução de medos, e ao espaço de acolhimento, o qual possibilita um ambiente de escuta, de retirada de dúvidas capaz de estreitar os vínculos entre enfermeiro e gestante. Embora a avaliação tenha se dado de forma positiva, as gestantes tinham a percepção inicial de que a consulta de enfermagem era um procedimento complementar ao atendimento médico e as orientações eram oferecidas de forma tradicional, num meio onde a gestante é sujeito passivo.

Todos os enfermeiros tomam por base o atendimento focado no protocolo assistencial oferecido pelo município, que possibilita a captação precoce das gestantes e solicitação de exames e verificação do perfil obstétrico no primeiro trimestre, porém não trabalha a sistematização da assistência de enfermagem. O protocolo não traduz a necessidade do acompanhamento do pré-natal de baixo risco por parte dos enfermeiros de forma contínua ao longo da gestação. Esta característica é semelhante ao citado por Bussadori (2009) em seu estudo, e assim como neste estudo, os enfermeiros não cumprem todas as recomendações das competências essenciais a serem desenvolvidas de acordo com o ICM (2002), mas adotam o programa de assistência integral à saúde da mulher proposto pelo município.

Há que se destacar que dentre as diretrizes preconizadas pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002) está o histórico inicial da mulher em cada consulta pré-natal, momento em que deve se oferecer a orientação a respeito dos cuidados em saúde da mulher como o preparo para a maternidade, planejamento familiar, modificações na gestação, quando procurar a assistência de emergência, sanando as principais dúvidas.

A existência de um protocolo de atendimento é fundamental para a condução e o respaldo de uma atenção qualificada oferecida por profissional qualificado. (MACDONALD, STARRS, 2003b). O estabelecimento de normas, embora que não seja engessada, é de suma

importância para a garantia da qualidade da assistência prestada, porém um protocolo assistencial deve ser baseado em evidência científica e passar por constante avaliação para que haja sucesso em sua implantação e desempenho. (MARQUEZ, 2001). O Ministério da Saúde traz por meio de um manual, a normatização de procedimentos e condutas a serem praticados durante o cuidado pré-natal prestado por todos os profissionais da rede pública de saúde viabilizando o atendimento qualificado, bem como a melhoria e avaliação do desempenho dos prestadores de serviços de saúde. (BRASIL, 2000a).

Ao longo dos anos tem-se aumentado a preocupação, por parte de chefes de organizações de saúde, governantes, associações de profissionais e grupos de consumidores, com a publicação de guias práticos e normatizações da prática no intuito de melhoria da assistência, redução de procedimentos sabidamente ineficazes e promoção do avanço tecnológico no campo biomédico. (MARQUEZ, 2001).

Outro ponto relevante do atendimento pré-natal oferecido pelos enfermeiros em Ribeirão Preto-SP é que todos referiram solicitar os exames laboratoriais preconizados pelo MS (ABO-Rh – Tipo sanguíneo e fator Rh, hemoglobina/hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, Urina tipo 1, testagem anti-HIV – após consentimento da gestante, sorologia para hepatite B - HBsAg, sorologia para toxoplasmose e parasitológico de fezes). (BRASIL, 2000).

A realização destes exames é de grande importância na identificação de doenças que em sua maioria envolvem um tratamento simples, de baixo custo e de fácil acesso, como no caso da anemia ferropriva e da sífilis, de acordo com o relato de Koffman e Bonadio. (2005).

Os enfermeiros que atendem pré-natal em Rio Branco-AC, solicitam todos os exames de rotina considerados pelo MS como complementares e ainda solicitam outros que não se encontram nas normas do Ministério da Saúde. (CUNHA, 2008). Moura e Rodrigues (2002) também relataram em seu estudo que os enfermeiros solicitam todos os exames de rotina preconizados pelo MS, diferente do exposto por Benigna, Nascimento e Martins (2004), em que as sorologias para hepatite e toxoplasmose não são solicitadas pelos enfermeiros, fator justificado pela demora na realização e na entrega dos resultados destes exames. A solicitação incompleta de exames também foi identificada por Trevisan et al. (2002), que relatou a ausência da coleta de glicemia, urina I, teste anti-HIV e VDRL em alguns casos estudados.

Ainda durante o primeiro atendimento pré-natal, não faz parte da rotina dos enfermeiros deste estudo a realização do exame físico geral e obstétrico, lembrando que são atividades fundamentais no acompanhamento pré-natal e recomendados exclusivamente pela ICM e MS. (BRASIL, 2000a; INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES,

2002). Dado semelhante foi revelado no estudo de Bussadori (2009), em que o exame físico completo foi observado em apenas um atendimento.

No estudo de Cunha (2008) foi verificado que os enfermeiros daquele local realizavam o exame físico, porém não se dava de forma completa em todas as consultas, pontuando a avaliação nutricional, das mamas e palpação abdominal, que são de extrema importância e muitas vezes não ocorrem. O autor ainda encontrou as anotações dos enfermeiros no prontuário e no cartão da gestante, item recomendado pela ICM (2002) e que foi relatado como rotina nos atendimentos dos enfermeiros de Ribeirão Preto-SP.

Os enfermeiros deste estudo referiram verificar a medida da altura uterina e realizar ausculta dos BCF apenas quando a primeira consulta se dá em idade gestacional avançada. Lembrando que a maior parte dos atendimentos é no primeiro momento, em que a gestação é recente e impossibilita tanto a ausculta quanto a averiguação da altura uterina. Os enfermeiros que intercalam consultas com o médico possuem a rotina de verificar BCF e altura uterina, pois encontram com a gestante em outras oportunidades. Tais aferições foram verificadas em dois atendimentos observados no estudo de Bussadori (2009), em que os profissionais referiram fazer a ausculta sempre que a idade gestacional permitia.

O estudo de Koffman e Bonadio (2005) observou que em 96,7% dos atendimentos foi registrada a ausculta dos BCF e em 97,6% houve palpação abdominal com verificação da apresentação fetal, que é de suma importância na identificação do dorso fetal para o encontro do foco de ausculta dos BCF.

Quanto à verificação de altura uterina, os estudos de Benigna; Nascimento e Martins (2004), Cunha (2008), Koffman e Bonadio (2005) e Moura e Rodrigues (2002) demonstraram que foi uma habilidade pela maioria se não por todos os profissionais. Cabe ressaltar que a medida da altura uterina é uma prática recomendada como contribuição na identificação do crescimento fetal, possibilitando o reconhecimento de desvios. (BRASIL, 2000a).

A avaliação do estado nutricional e orientações acerca da alimentação foram ditas como um dos itens de abordagem durante o primeiro atendimento pré-natal realizado pelos enfermeiros em Ribeirão Preto-SP na atenção básica.

A importância da avaliação do estado nutricional da gestante é evidenciada pelo MS, e é tida como uma das habilidades adotadas pelas competências essenciais da Conferência Internacional das Parteiras podendo contribuir na identificação e controle de mulheres em baixo peso e em sobrepeso que podem influenciar o crescimento do feto no meio intra-uterino com a ocorrência de restrição de crescimento intra-uterino e macrosomia fetal por exemplo, dentre outras ocorrências como anemia, infecções e outras doenças debilitantes que levam a

necessidade de encaminhamento a serviço de atenção à gestação de alto risco. (BRASIL, 2006; ICM, 2002).

Tal preocupação foi evidenciada pelo estudo de Moura e Rodrigues (2002), que demonstrou que 87,5% dos enfermeiros realizaram a avaliação do estado nutricional da gestante. Ocorrência divergente foi identificada no estudo de Benigna, Nascimento e Martins (2004) que identificaram que apenas 4,16% dos enfermeiros disseram realizar tal avaliação e no estudo de Cunha (2008), onde foi observada a realização da avaliação em apenas 24,59% das consultas.

A preocupação com a vacinação antitetânica também foi relatada como item indispensável no atendimento pré-natal dos enfermeiros que atuam na atenção básica no município de Ribeirão Preto-SP, achado que vai de encontro ao relatado no estudo de Cunha (2008) e de Moura e Rodrigues (2002). Esta vacina é recomendada no intuito de prevenir o tétano neonatal e para proteção da gestante. (BRASIL, 2006).

A prescrição do ácido fólico também se encontra dentro da rotina de atendimento pré-natal dos enfermeiros participantes deste estudo, porém ainda dependem do médico para solicitação de ultrasson e prescrição de outras medicações não padronizadas no protocolo do município. Bussadori (2009) revelou que em São Carlos-SP, o enfermeiro depende do médico para prescrição do ácido fólico e para a solicitação de ultrasson, fato que o deixa sem autonomia no atendimento à gestante.

Na realidade exposta por Cunha (2008), os enfermeiros que atendem as consultas de pré-natal têm inerente a sua rotina a prescrição de algumas medicações como sulfato ferroso, ácido fólico, nistatina creme vaginal, metronidazol creme vaginal, paracetamol, buscopan, ampicilina, cefalexina, miconazol creme vaginal, complexo B e benzoato de benzila, todas com respaldo legal dos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem e instituído na normatização do município de atuação. Cabe ressaltar que tais medicações foram prescritas após o primeiro trimestre, com exceção do sulfato ferroso e ácido fólico.

Todos os profissionais entrevistados, tanto enfermeiros quanto os de nível médio citaram em algum momento da entrevista que realizam o acolhimento da gestante, achado também evidenciado por Bussadori (2009). O autor relata que mesmo todos os enfermeiros que realizaram consulta acolheram e trataram as gestantes com carinho, no entanto evidenciou que durante a pré-consulta, mesmo quando realizada por enfermeiro, ficou clara a falta de vínculo entre gestante e profissional em alguns casos.

O MS tem preconizado o acolhimento como uma de suas prioridades para a humanização da assistência. Tal procedimento deve ser iniciado desde a chegada da mulher

na unidade de atendimento, ouvindo suas queixas, promovendo um ambiente onde ela possa ser ouvida e expressar toda sua angústia, medo, preocupações, garantindo que sua atenção seja resolutiva e articulada com outros serviços para que se dê a continuidade da assistência ali iniciada. Deste modo é necessário que o profissional de enfermagem saiba executar o exercício de ouvir, sem preconceitos ou julgamentos diante da exposição da intimidade do usuário do serviço de saúde e, no caso da gestante, tenha atitude que ofereça apoio e segurança para o enfrentamento da gestação até o parto e puerpério. (BRASIL, 2006).

A atuação dos profissionais de nível médio no pré-natal ficou concentrada na pré e pós-consulta, onde verificam peso, estatura, pressão arterial, administram medicamentos, vacinas, realizam orientações acerca das medicações prescritas, agendamento e encaminhamentos solicitados pelo médico. Cabe ressaltar que neste estudo os enfermeiros não realizam a pré e pós-consulta, porém aqueles que atendem a gestante em outros momentos, isto é, consultas diferentes da primeira, nos retornos, eles é que realizam a pré e pós-consulta da gestante que irão atender. Vale lembrar também, que nos NSF os profissionais de nível médio não executam tal atividade, que fica sob a responsabilidade do médico ou enfermeiro que fará o atendimento da gestante.

Cunha (2008) relatou em seu estudo que a pré-consulta é realizada por profissionais de nível médio, com maior participação dos enfermeiros nas USF. Rios e Vieira (2007) e Moura e Rodrigues (2002) encontraram predominância de profissionais de nível médio neste tipo de atendimento, diferente do encontrado por Benigna, Nascimento e Martins (2004) que verificaram que a maioria dos procedimentos de pré-consulta são realizados por enfermeiros. Já no estudo de Bussadori (2009) a predominância da atividade foi de profissionais de nível médio, com a participação de alguns enfermeiros que realizavam a pré e pós-consulta nos mesmos moldes dos técnicos e auxiliares de enfermagem. O MS descreve nas suas normas que as atividades realizadas na pré e pós-consulta são de competência de profissionais de nível médio. (BRASIL, 2000a).

O atendimento por parte dos enfermeiros e dos profissionais de nível médio se dá em espaços restritos ou com a realização de outras atividades concomitantemente, gerando interrupções e perda da privacidade da gestante.

Tal caracterização demonstra a necessidade de racionalização dos espaços, estabelecimento de um fluxo dentro na unidade, de acordo com a especificidade de cada uma, promovendo um ambiente mais seguro, calmo, humanizado e que possa atender integralmente, conforme as perspectivas do sistema único de saúde, a uma população satisfeita.

As informações oferecidas pelos profissionais deste estudo, bem como a observação do funcionamento das unidades durante a pesquisa, provam que, em relação às competências essenciais e habilidades esperadas na assistência pré-natal, estas não foram realizadas em sua totalidade. A participação dos enfermeiros no pré-natal tem ocorrido de forma discreta, muitas vezes justificada pelo acúmulo de funções, como a atuação em outros programas, tais como o da hipertensão, diabetes, de imunização, da criança, além da saúde da mulher e da intensa atuação em surtos como o de dengue e H1N1 vivenciadas pelo município. O estudo de Gardenal et al. (2002) evidenciou realidade parecida e sugeriu a criação do cargo Enfermeiro Obstetra, visando a atuação exclusiva no programa de saúde da mulher ou materno-infantil, área de prioridade da saúde para a população.

O estudo de Brienza (2005) sobre o processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP revela que o protocolo de assistência pré-natal foi um projeto criado para atender as políticas públicas vigentes no país, tendo caráter vertical, implantado sem planejamento de infra-estrutura e de recursos humanos. O autor evidencia que o modelo de assistência prioriza a consulta médica, ficando evidente a escassez de espaço físico e de privacidade no atendimento.

Desse modo, ao visualizar a realidade encontrada no município, percebemos que já existe um pequeno movimento por parte de alguns profissionais de conquista de seu espaço, de busca por autonomia e qualidade no atendimento. Acreditamos que o reconhecimento do profissional de enfermagem seja um dos fatores determinantes para a qualidade da assistência prestada à mulher e, por conseguinte na colaboração para com as estratégias de redução da morbimortalidade materna e neonatal.

---

***Conclusões***

## 7.0 CONCLUSÕES

A análise dos dados coletados por meio da entrevista estruturada e da observação sistemática não participante nos possibilitou conhecer o atendimento à mulher durante o pré-natal nas unidades de saúde pública do município de Ribeirão Preto-SP por intermédio das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem e do perfil destes.

A assistência pré-natal oferecida pela rede de atenção básica deste município conta com a participação de enfermeiros, enfermeiros obstetras, técnicos e auxiliares de enfermagem no que se diz respeito à equipe de enfermagem. A população deste estudo contou com 156 profissionais, predominantemente do sexo feminino, casadas ou em união estável, com média de idade de 45,1 anos e a maioria com filhos, com mais de dez anos de formação. A renda dos auxiliares é de 37,9% da renda dos enfermeiros e a dos técnicos de 49,7% desta. Quanto a renda familiar, o maior percentual (32,7%) dos profissionais tem renda superior a R\$ 5.000,00.

A maioria dos profissionais aprendeu a atuar na assistência pré-natal na prática na rede de atenção básica à saúde, tiveram aulas teóricas e estágio durante a formação profissional, ministradas por enfermeiros obstetras (40,4%) e enfermeiros sem essa especialidade (38,5%). A maioria não participou de cursos de atualização na área de saúde da mulher nos últimos anos, tampouco de eventos científicos na área.

Constatamos que 91,3% dos enfermeiros possuem algum tipo de pós-graduação, destes, seis possuem especialização em enfermagem obstétrica. A maioria cursou mais que um curso de especialização.

Verificamos que a maioria dos profissionais de enfermagem possui apenas um emprego, trabalham 40 horas semanais há mais de 10 anos nas instituições estudadas e há mais de cinco anos na assistência pré-natal, negaram dificuldades na atenção à gestante e referiram ter curso de gestantes em sua unidade de atuação.

Quanto à satisfação profissional verificamos que a maioria encontra-se mais satisfeita com a atuação profissional que com o reconhecimento profissional, mas a satisfação com as duas categorias é fato na maioria das entrevistas.

Os enfermeiros reconheceram sua assistência pré-natal como sendo o primeiro atendimento oferecido à gestante, que se dá a partir do teste de gravidez, já a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem atuam com procedimentos simples na pré e pós-consulta pré-natal, verificando peso, estatura, pressão arterial e queixas das gestantes.

Em relação às competências essenciais e habilidades a serem oferecidas na assistência pré-natal verificou-se que mesmo com a atribuição dos enfermeiros em atender a primeira consulta, preencher todos os papéis e SISPRENATAL, solicitar exames laboratoriais de rotina e prescrever ácido fólico, a participação nas consultas subsequentes ainda é muito discreta, fica centrada no médico. Os enfermeiros não realizam exame físico e obstétrico, a ausculta de BCF, palpação e verificação da altura uterina se dá apenas nas unidades de saúde que possuem profissionais que atendem a mulher em outras oportunidades fora deste primeiro atendimento. Tal realidade nos faz refletir acerca de novos caminhos a serem traçados pelos enfermeiros do município, no sentido de ampliarem a sua atuação vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência prestada. Deste modo, podem obter a formação de maior vínculo com as gestantes atendidas, que por sua vez tornam-se mais seguras e tem a redução do risco para complicações, fato que vai de encontro à redução da mortalidade materna e neonatal.

Neste estudo ficou evidente que o acúmulo de funções do enfermeiro constitui um entrave para a plena realização do cuidado pré-natal. Fato que norteia para um caminho onde o enfermeiro carece de condições institucionais e políticas para que possa cumprir com a atribuição de atendimento contínuo do pré-natal de baixo risco.

As ações desempenhadas pelos profissionais de enfermagem na assistência pré-natal do município de Ribeirão Preto – SP tem se dado de forma mecânica, centrada nos cuidados médicos, como no modelo biologicista, medicalizado, fatores que dificultam a plena implantação da humanização da assistência e das ações adotadas pelo “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”.

Logo, o município de Ribeirão Preto-SP necessita que toda a equipe de enfermagem que atua no cuidado pré-natal na atenção básica lute por maior autonomia. Dessa forma conquistará seu espaço de forma natural, solidificando sua assistência, e fortalecerá o vínculo com a população e oferecendo atenção qualificada e humanizada, baseada nas habilidades e competências essenciais preconizadas pela Confederação Internacional das Parteiras e pelo Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_ *Implicações para o Ensino,  
a Pesquisa e a Assistência*

## **8.0 IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, A PESQUISA E A ASSISTÊNCIA**

Os resultados deste estudo foram de grande valia, pois oferecem a sustentação de uma reflexão sobre a qualidade da assistência pré-natal oferecida pelos profissionais de enfermagem do município como um todo e o desempenho diferencial de alguns que já buscam qualificação profissional e da assistência.

No entanto, foi possível identificar pontos críticos, como a sobrecarga de funções e estrutura física com “multifunções”, aspectos que merecem atenção e fortalecimento de políticas públicas para a construção de um novo caminho no cuidado pré-natal.

Ressaltamos aqui a importância da atuação do enfermeiro e de toda a sua equipe para a população, para as gestantes e o município em geral. Deste modo, identificamos uma categoria profissional carente do desenvolvimento de habilidades, dentre elas o exame físico obstétrico e geral, de atualizações consistentes e específicas e da prática diária do atendimento pré-natal para otimização da assistência oferecida.

É digno de notar que o protocolo da assistência pré-natal instituído pelo município é o principal norteador da prática profissional dos enfermeiros, porém, não deve ser a única fonte de aprendizado, lembrando da importância da educação continuada da equipe como um todo.

Assim, faz-se necessária a reflexão acerca de como estão sendo executadas as ações no programa de assistência à saúde da mulher no município, atentando para a necessidade de saúde deste grupo e de profissionais qualificados e habilitados para o desenvolvimento pleno das competências essenciais. Lembrando que a cobertura pré-natal e o número de consultas realizadas não traduzem a qualidade da assistência.

É de suma importância esclarecer a relevância não só das habilidades técnicas, mas da vivência de realizar o verdadeiro acolhimento, de ouvir, permear um ambiente humanizado no sentido real da palavra, onde o enfermeiro e sua equipe passam a ser a referência da unidade de saúde, a porta de entrada, permitindo a criação de vínculo com a gestante.

Nesse sentido, estudos sobre a formação de vínculo entre o enfermeiro e as mulheres por ele atendidas, colaborando com a assistência qualificada no município de Ribeirão Preto-SP, seriam de grande relevância para solidificação da importância das competências essenciais preconizadas.

---

## *Referências*

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**. Rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa de Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 23-31, jun./dez. 2004.

BEZERRA, E. H. M. et al . Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, Sept.2005

BRASIL, DATASUS. Sistema de **Informação da Atenção Básica**. 2008. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em: 02 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras – ABENFO. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2. Ed. rev. Brasília: MS, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização de Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Informe da Atenção Básica, Brasília, ano 5, maio-junho 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: MS, 2007.

BRIENZA, A. M.; **O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto – SP.** 168f. (tese de doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BUSSADORI, J. C. C. **Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto.** 2009. 153f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CAGNIN, E. R. G. **Assistência de enfermagem a mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP.** 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CALDERON, I.M.P.; CECATTI, J.G.; VEGA, C.E.P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.5,p.310-315, Maio. 2006.

CARVALHO, G. M. et al. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. **REME**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 449-454, out.-dez. 2004.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M; MOCHEL, E.G.; ALVES, M.T.S.S.B.; RIBEIRO, V.S.; ARAGÃO, V.M.F. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública.** 2003; 37(4): 456-62.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, out. 2005.

CUNHA, M. A. **Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco – AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao ciclo grávido-puerperal.** Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2008.

DOTTO, L. M. G. **Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco - AC.** Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, 2006

DOTTO, L. M. G.; MOULIN, N. M.; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 682-688, set.-out. 2006.

FAKO, T. T; FORCHEH, N., NCUBE, E. **Prospects of safe motherhood in Botswana: midwifery training and nurses' ability to complete the Botswana obstetric record.** Soc. Sci. Méd., Oxford, v.58, n.6, p.1109-20, Marc.2004.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina Cienc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 101-108, out.-dez. 2005

FORNAZARI, D.H. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP.** 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

FURLLERTON, J. et al. The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice. **Midwifery**, Edimburgo, v.19, 3, p. 174-90, Sep.2003.

GARDENAL, C.L.C. et al. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 478-84, jul.-ago. 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação dos profissionais de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D'A. (Org.). **Recursos humanos em saúde: políticas, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Unicamp, 2002.

GONCALVES, R. et al . Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, June 2008.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies.** New York: ICM, 2002. Disponível em:<<http://www.internationalmidwives.org>>. Acesso em 2 set. 2008.

KAK, N.; BURKHALTER, B.; COOPER, M.A. Measuring **the competence of healthcare providers.** Operations Res Issue Paper 2001 [serial online] July [cited 10 mai 2010]; 2(1):1-28. [12 screens]. Disponível em: <<http://www.qaproject.org/pubs/PDF/competence.pdf>> Acesso em: 20 jun 2010.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, supl. 1, p. S23-S32, dez. 2005.

LANSKY, S.; FRANCA, E.; LEAL, M. do C.. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6,dez.2002.

LAURENTI, R.. Mortalidade materna no Brasil: faltam dados de uma assistência digna. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, n. 15, p. 3-4, mai. 1998.

LEITE, E. P. R. C. **A participação dos profissionais de enfermagem na assistência às parturientes no município de Alfenas - MG**. 2009. 137 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **cadernos pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

MACDONALD, M.; STARRS, A. **La atención calificada durante el parto**. Um cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York: Family Care Internacional, 2003a.

MACDONALD, M.; STARRS, A. **La atención calificada durante el parto**. Recomendaciones para política. New York: Edinbur, v.19, n.3, p.163-9, Sep. 2003b.

MALVÁREZ, S. M.; AGUDELO, M. C. C. **Panorama de la fuerza de trabajo em enfermería en América Latina**. Washington-DC: OPS, 2005, 69 p. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, 39).

MARCON, S.S. "Flashes" de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. **Rev.latino-am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 43-54, 1997.

MARQUEZ, L. Helping healthcare providers perform according to standards. **Operations Res. Issue Paper**, Betlesda, v. 2, n. 3, p 1-34, Sep. 2001. Disponível em:<<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/helphcpro3.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2010.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul.-set. 1993.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Desempenho profissional de enfermeiras na assistência pré-natal. **RENE**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 27-33, jan.-jun. 2002.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA-JUNIOR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, nov.-dez. 2003.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 11-17, abril, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: **Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal** Genebra: Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS; 2003. Disponível em: <<http://who.int/reproductive-health/rhl>> Acesso em 15 mai 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **26ª Conferência Sanitária Pan-americana.** Washington: OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Perfil dos serviços de obstetrícia/parteria nas Américas.** Washingtons: OPAS, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. **Overview of the nursing workforce in Latin America.** Washington: PAHO/WHO/ICN, 2005. Disponível em: <<http://www.icn.ch/global/Issue6LatinAmericanSP.pdf>>. Acesso em: 25 mai 2010

PARADA, C. M. G.L.; CARVALHAES, M. A. B. L. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe,out. 2007

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 596p.

PLATA, G. E. Z. Estresores en las unidades de cuidado intensive. **Aquichan**;6(1):156-169, oct. 2006 :

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time:relations to domestic and paid work in nurses. **Revista de Saúde Pública**, SãoPaulo, v. 39, n. 5, p. 802-808, 2005.

REIG, A.; CARUANA, A. Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. **Enfermería científica** 1989; (91): 4-44.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto nascer.** Ribeirão Preto, SMS, 1999. (mimeo).

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Floresce uma vida**. 2004. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>> acesso em: 01 set. 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de saúde de Ribeirão Preto 2005-2008**. 2005. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>> acesso em: 15 jan. 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2008**. 2008. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>> acesso em: 15 jan. 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de saúde de Ribeirão Preto 2010-2013**. 2009a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>> acesso em: 06 out. 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de Enfermagem da Assistência ao Pré-Natal de baixo risco do Município de Ribeirão. 2009b**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>> acesso em: 06 out. 2009.

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**, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

SABINO, A. M. N. F. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP**. 2007. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SANDERS J. et al. To see or not to see? Midwives' perceptions of reduced antenatal attendances for 'low-risk' women. **Midwifery**, Edinburg, v. 15, p. 257-263, May 1999.

SERRUYA, S. J., LAGO T. D. G., CECATTI J. G. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1-15, set./out. 2004.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, June 2009.

SILVA, B. M. da et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

STARRS, A. **The safe motherhood action agenda**: priorities for the next decade. New York: Family Care International, 1998.

TANAKA, A. C. d'A. **Dossiê mortalidade materna**. Rede Saúde, 2001. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/dossies/HTML/body\\_mt-panbrasil.html](http://www.redesaude.org.br/dossies/HTML/body_mt-panbrasil.html)>. Acesso em: 10 ago.2009.

TREVISAN, M. R. et. al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

URBANO, L. A. As reformulações na saúde e o novo perfil do profissional requerido. **Rev. Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 142-5, maio-ago. 2002.

VIGGIANO, M., B. et al. Necessidades de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 317-23, mai. 2004.

VORPAGEL, M. G. B. **A participação dos profissionais de enfermagem no processo de nascimento no município de Porto Ferreira – SP**: contribuição para o estudo da atenção qualificada ao parto. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

WALKER, D. S. et al. Reduced frequency prenatal visits in midwifery practice: attitudes and use. **J. Midwifery & Women's Health**, New York, v. 47, n. 4, p. 269- 277, Jul./Aug. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Coverage of maternity care**: a listing of available information. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Reduction of maternal mortality**: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Geneva : WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Maternal mortality in 2000**: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Beyond the numbers**: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO, 2004a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Making pregnancy safer**: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Maternal mortality in 2005**: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: WHO, 2007.

WORTH-BUTLER, M.; MURPHY, R.J.L.; FRASER, D.M. Towards an integrated model of competence in midwifery. **Midwifery**, Edinburg, v. 10, n. 4, p.225-31, Dec. 1994.

---

***Apêndices***

---

## APÊNDICE

### APÊNDICE A

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais de Saúde)

**Título da Pesquisa:** *“Caracterização da Assistência Pré-Natal por Profissionais de Enfermagem na Atenção Qualificada ao Ciclo Grávido-puerperal no Município de Ribeirão Preto-SP”*

**Pesquisador Responsável:** Lilian Donizete Pimenta Nogueira

Meu nome é Lilian, sou aluna do Programa de Pós-Graduação – Nível Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP – USP.

Estou desenvolvendo um estudo que tem por finalidade saber quais são os profissionais que dão atendimento às gestantes nos serviços de pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP e quais as atividades executadas por eles. Para isto, gostaria de convidá-lo (a) a participar deste estudo. Esta conversa durará aproximadamente 30 minutos. Você não será identificado (a) em momento algum da pesquisa e terá toda liberdade de desistir em qualquer fase do estudo. Caso não aceite participar, não terá qualquer prejuízo à sua pessoa. Não haverá ônus para sua participação neste estudo.

Caso você aceite a participar do estudo, farei algumas perguntas para obter informações sobre o seu trabalho e sua formação como também farei observação para conhecer a dinâmica do atendimento pré-natal nos serviços de saúde deste município.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos conhecer quem são os profissionais que atuam na assistência pré-natal nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto, e quais as atividades que realizam. Agradeço sua colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários. Telefone (16) 3237-9022 ou e-mail: lilianpimenta@usp.br.

Obrigada,

---

Lilian D. P. Nogueira

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a divulgação dos resultados deste estudo em revistas e eventos científicos. Uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada ficará em meu poder.

---

Entrevistado(a)

**APÊNDICE B****Roteiro de Entrevista com o Profissional de Enfermagem**

Número: \_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO**

- 1. Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino      **2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos completos
- 3. Estado conjugal:** ( ) solteiro ( ) Casado ( ) União estável  
( ) divorciado ( ) separado ( ) viúvo
- 4. Número de filhos:** \_\_\_\_\_ **5. Idade dos filhos:** \_\_\_\_; \_\_\_\_; \_\_\_\_; \_\_\_\_; \_\_\_\_ anos completos
- 6. Renda familiar:** R\$ \_\_\_\_\_ **7. Remuneração nesta instituição:** R\$ \_\_\_\_\_

**II. FORMAÇÃO****8. Nível de instrução:**

- ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo
- ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo
- ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo

**9. Formação profissional:**

- 9.1. Anos de estudo:** \_\_\_\_\_ **9.2. Ano de conclusão:** \_\_\_\_\_

**9.3. Tipo de Formação:**

- ( ) atendente de enfermagem
- ( ) auxiliar de enfermagem
- ( ) técnico de enfermagem
- ( ) graduação em enfermagem

**9.4. Conteúdo aprendido (especialmente pré-natal):**

- Teoria: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembra
- Prática: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembra
- Estágio: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não lembra

**9.5. Metodologia de ensino:**

Quem eram os professores(Categoria Profissional) : \_\_\_\_\_

**9.6. Onde aprendeu sobre pré-natal?**

---

---

**10. Curso de Pós-Graduação:** ( ) Sim ( ) Não – Se Não, continuar no item 11.

**10.1. ( ) Especialização em Obstetrícia (mínimo de 360 horas)**

- Nome do curso: \_\_\_\_\_

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Financiando pelo Ministério da Saúde: ( ) Sim ( ) Não Carga horária: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Em andamento: ( ) Sim ( ) Não

**10.2. ( ) Especialização em outra área (mínimo de 360 horas)**

- Nome do curso: \_\_\_\_\_

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Financiando pelo Ministério da Saúde: ( ) Sim ( ) Não Carga horária: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Em andamento: ( ) Sim ( ) Não

- Nome do curso: \_\_\_\_\_

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Financiando pelo Ministério da Saúde: ( ) Sim ( ) Não Carga horária: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Em andamento: ( ) Sim ( ) Não

**10.3. ( ) Mestrado**

Área de Concentração: \_\_\_\_\_

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Em andamento: ( ) Sim ( ) Não

**10.4. ( ) Doutorado**

Área de Concentração: \_\_\_\_\_

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Em andamento: ( ) Sim ( ) Não

**11. Curso(s) ou Treinamento(s) de atualização/aprimoramento na área de assistência ao pré-natal depois da formação profissional (últimos anos)?** ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_ Carga Horária: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

**12. Participação em eventos científicos (área de saúde da mulher) após a formação profissional?** ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

**III. ATIVIDADE PROFISSIONAL**

**13. Tem mais de 01 (um) emprego?** ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos: ( ) Um ( ) Dois ( ) Três

Local e tipo de atividade: \_\_\_\_\_

**14. Jornada de trabalho:**

**14.1. Jornada de trabalho nesta instituição:** \_\_\_\_\_ horas / semana

**14.2. Jornada de trabalho em outra instituição:** \_\_\_\_\_ horas / semana

**15. Unidade/local de trabalho:**

( ) UBDS

( ) CSE

( ) UBS

( ) USF

( ) NSF

( ) CMSC

**16. Há quanto tempo trabalha na assistência ao pré-natal?** \_\_\_\_\_ em meses

**16.1. Tempo de trabalho nesta instituição:** \_\_\_\_\_ em meses

**16.2. Experiência na assistência ao pré-natal (local/período):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. O que você faz na assistência pré-natal? (atividades gerenciais, atividades assistenciais)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18. Têm cursos? (gestantes, puérperas, planejamento familiar, etc)**

( ) Sim ( ) Não

**19. Como funciona? O que é tratado? Quem coordena?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**20. Você tem dificuldades na atenção à gestante?**

( ) Sim ( ) Não

**21. Em caso afirmativo, que tipo de dificuldades?**

---

---

---

**22. Está satisfeita com a sua atuação profissional:** ( ) Sim ( ) Não

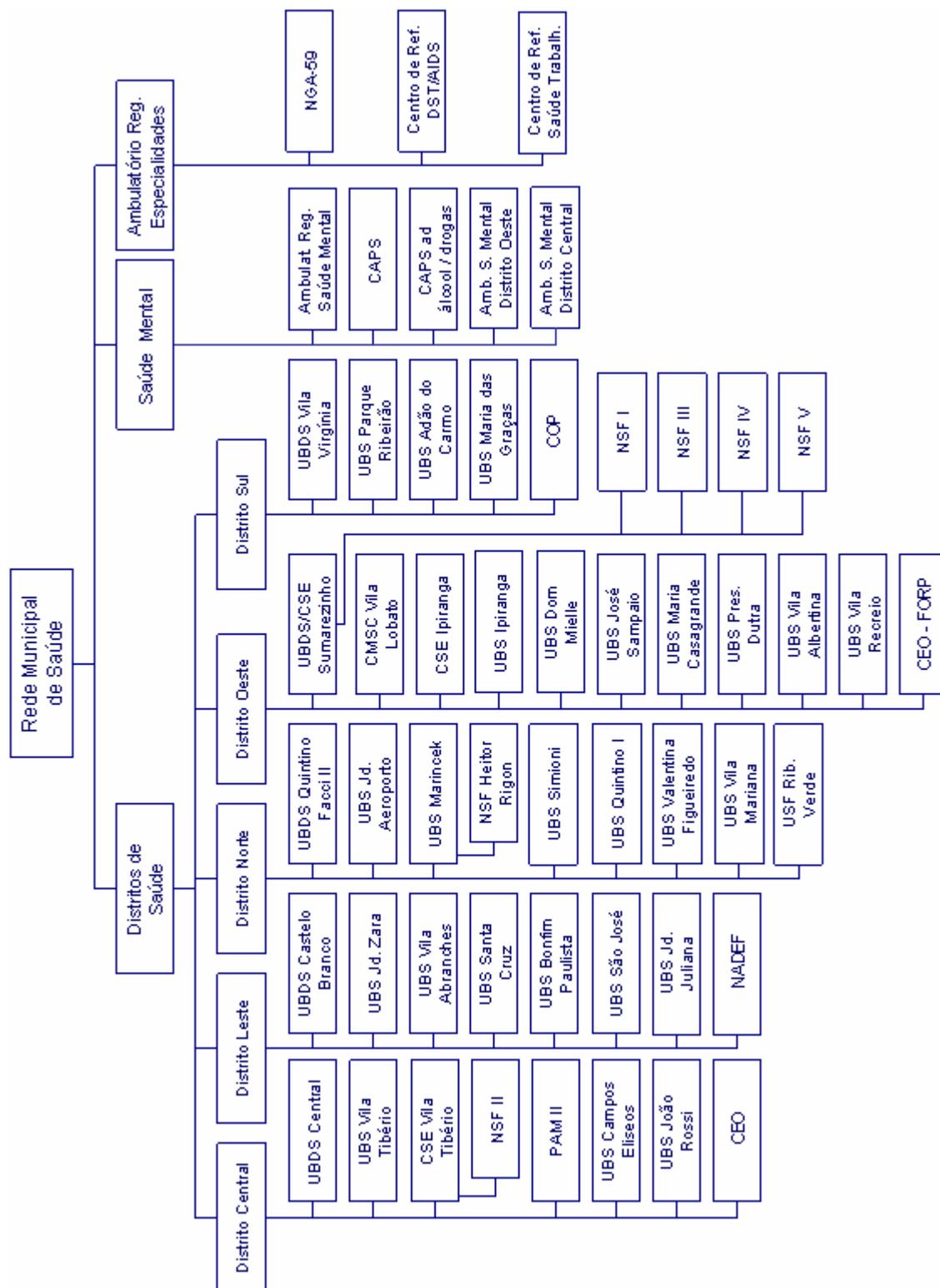
**23. Está satisfeita com o seu reconhecimento profissional:** ( ) Sim ( ) Não



## ANEXOS

### ANEXO I

#### ORGANOGRAMA DAS UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO - SP



## ANEXO II

## PARECER DA SECRETARIA DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO - SP

**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo  
Secretaria da Saúde  
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

**OF. 3626/09 - GS**  
**RAS/ras**

Ribeirão Preto, 11 de agosto de 2009.

Senhora Orientadora,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização da dissertação de Mestrado intitulada “**Caracterização da Assistência Pré-Natal por Profissionais de Enfermagem na Atenção Qualificada ao Ciclo Grávido-Puerperal no município de Ribeirão Preto-SP**”, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos que os resultados da pesquisa sejam repassados ao Programa de Saúde da Mulher desta Secretaria.

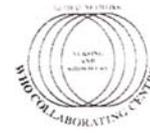
Cordialmente,

**DRA. CARLA PALHARES QUEIROZ**  
Secretária Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA  
**PROFª DRA. FABIANA VILLELA MAMEDE**  
ORIENTADORA DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-  
INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA DA EERP/USP  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP  
NESTA

## ANEXO III

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 240/2009

Ribeirão Preto, 28 de outubro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 122ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de outubro de 2009.

**Protocolo:** nº 1094/2009

**Projeto:** CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO QUALIFICADA AO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

**Pesquisadores:** Fabiana Villela Memde  
Lilian Donizete Pimenta Nogueira

*Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

**Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profª Drª Fabiana Villela Memde**

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP