

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA MARIA NEVES FINOCHIO SABINO

A enfermeira e a atenção pré-natal
em
São José do Rio Preto – SP

Ribeirão Preto - SP
2007

ANA MARIA NEVES FINOCHIO SABINO

A enfermeira e a atenção pré-natal
em
São José do Rio Preto - SP

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Prof Maria José Clapis

Ribeirão Preto – SP

2007

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

Sabino, Ana Maria Neves Finochio

A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP. Ribeirão Preto, 2007. 126 p.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Clapis, Maria José.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Enfermeira. 3. Pré-natal. 4. Competência Profissional.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Maria Neves Finochio Sabino

A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/2008

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria José Clapis

Instituição EERP-USP Assinatura: _____

Profª Drª

Instituição Assinatura: _____

Profª Drª

Instituição Assinatura: _____

Profª Drª

Instituição Assinatura: _____

Profª Drª

Instituição Assinatura: _____

À minha família, meu pai Nicola, minha mãe Nilva e meu irmão Eduardo pelo exemplo de fé e amor incondicional.

Ao meu marido Totty e nossos filhos Andréa, Gustavo e Guilherme, pela compreensão, apoio e estímulo frente aos desafios que permearam esta etapa de nossas vidas.

Agradecimentos

À Prof^a Dr^a Maria José Clapis, meu agradecimento especial pelo apoio, amizade, carinho e enorme entusiasmo profissional com que orientou o presente trabalho.

Aos docentes das Disciplinas da Pós-Graduação e ao Grupo Transcultural da EERP-USP, pela experiência e conhecimentos compartilhados, e pelos momentos de construção coletiva.

Às colegas da pós-graduação, pelas novas amigadas e bons momentos de convívio.

Às professoras, Dr^a Marli Villela Mamede e Dr^a Flávia Azevedo Gomes pela amizade, pelo estímulo e contribuições oferecidas na qualificação do Projeto de Pesquisa.

À professora D^a Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler minha eterna mentora intelectual.

Às colegas do Curso de graduação em Enfermagem da FAMERP, pela amizade e por compreenderem e facilitarem minha ausência.

À docente do curso de graduação em Enfermagem da FAMERP, Beatriz Barco Tavares, pelo incentivo constante, carinho e amizade sincera.

Ao Dr. Arnaldo Almendros Mello pela atenção e por autorizar esta pesquisa nas Unidades de Saúde da Rede de Atenção à Saúde do município de São José do Rio Preto.

A todas as profissionais de saúde do município de São José do Rio Preto, pela acolhida e colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro.

Nada que se realiza no mundo se constrói sozinho, meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desta pesquisa.

Resumo

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 Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

A assistência pré-natal pode não evitar as principais complicações do parto e puerpério, causas importantes de mortalidade materna (MM). Mas a atenção qualificada neste período poderá alterar e favorecer o prognóstico materno prevenindo tais causas. Este estudo buscou conhecer a realidade da assistência a gestante, realizada pelas enfermeiras nas unidades básicas de saúde (UBS) de São José do Rio Preto-SP. **Objetivos:** caracterizar o perfil profissional e descrever as atividades da assistência pré-natal prestada pelas enfermeiras as gestantes subsidiadas pelo Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher. **Metodologia:** estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado em unidades de atenção básica do município. A população estudada foi composta por 21 enfermeiras, entrevistadas e acompanhadas através de observação sistemática e dois gestores de saúde do município que tiveram suas entrevistas gravadas. Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva, sendo apresentados na forma de frequência absoluta e percentual. Os dados qualitativos foram utilizados para nos auxiliar na compreensão das questões que envolvem a organização e a política municipal na assistência pré-natal, optamos pela análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** a idade média das enfermeiras foi de 34 anos, 47,6% são casadas ou vivem em parceria fixa, 57,2% tem filhos; 57% está formada há menos de 10 anos apresentando em média de 74 meses de experiência na assistência pré-natal; com carga horária média semanal de trabalho de 40 horas e três (14,3%) tem mais de um emprego; 97,0% concluíram pós-graduação *lato sensu*, mas nenhuma cursou Enfermagem Obstétrica. As atividades realizadas com maior frequência na assistência pré-natal foram acolhimento 95,2%, solicitação de exames laboratoriais; ações educativas, ora realizadas individualmente 61,9%, ora em grupo 81,0%. As enfermeiras relataram ainda enfrentar dificuldades em uma série de atividades relacionadas à assistência, as que exigem conhecimentos (saber), identificando fatores de risco 26,3%, bem como as que necessitam de habilidades práticas (saber-fazer), exame físico obstétrico 36,8%. Referiram ainda que a carga horária na graduação em enfermagem foi insuficiente para subsidiar a assistência pré-natal, tanto no aspecto teórico como prático. **Conclusões:** de acordo com o preconizado pelas políticas internacionais sobre o atendimento qualificado ao ciclo gravídico puerperal, a realidade desvenda a insuficiência de enfermeiras qualificadas. O modelo de atenção é centrado apenas em um profissional não privilegiando a equipe multiprofissional e a qualificação para o trabalho. Apontando, portanto, para a necessidade de investimentos na formação profissional do enfermeiro e reorganização da assistência, para que se possa realmente modificar a realidade da atenção materna em São José do Rio Preto.

Palavras-chave: enfermeira, pré-natal, enfermagem obstétrica, competência profissional.

Abstracts

SABINO, A. M. N. F. *The Nurse and Prenatal Care in São José do Rio Preto - SP*. 2007. 126 f. Thesis (Nursing Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

Prenatal care may not prevent the major complications of childbirth and puerperium, which are the leading causes of maternal mortality. However, a qualified attention over this period could change and even favor maternal prognosis, thus avoiding such causes. This study sought to know the reality of medical care given to the pregnant woman by the nurses at Basic Health Units (BHU) in São José do Rio Preto (SJRP), São Paulo State, Brazil. **Objectives:** To characterize nursing professional profile and to describe the activities of prenatal care given by the nurses to the pregnant women based on the Woman's Primary Health Care Nursing Protocol. **Methodology:** This is a descriptive study with a quanti-qualitative approach carried out at the county basic health units. The study population comprised 21 nurses and two county health managers who were interviewed and followed-up through a systematic observation. The interviews were tape-recorded and transcribed. Descriptive analysis was used to analyze quantitative data of the study population. Results are expressed as percentage and absolute frequency. Qualitative data were analyzed employing the content analysis, highlighting three thematic categories: the protocol: as it was planned and implanted; nurses' performance at the BHUs; and political space. **Results:** The mean age of the nurses was 34 years; 47.6% are married or live with a steady partner; 57.2% have children; 57% are graduated at least for 10 years, with an average of 74-month's experience in prenatal care; all participants worked full time, i.e., an average of forty hours per week; 97.0% post graduated in a *lato sensu* postgraduate programme, but none of them have attended Obstetrical Nursing courses. The most frequently performed activities in prenatal care were as follows: user embracement (95.2%); laboratory analyses as requested, and educational actions, at present performed either individually (61.9%) or in groups (81.0%). The nurses reported they have to deal with difficulties in a series of activities related to prenatal care, specially those ones requiring practical knowledge, identifying obstetrical risk factors (26.3%), as well as the ones requiring practical skills (know-how), and obstetrical physical exam (36.8%). Furthermore, they reported yet that the nursing graduation teaching load was insufficient to support prenatal care both theoretically and practically, as well as the lack of professional training in hospital service protocols. **Conclusions:** The results of this study have highlighted that the nurses are not fully trained to develop prenatal care according to the Ministry of Health and the Municipal Health and Hygiene Secretariat of SJRP protocols. Thus, this study points out the need to invest in nursing professional training and in the reorganization of the prenatal care in order to actually change the reality of maternal care in São José do Rio Preto.

Keywords: nurse, prenatal, obstetrical nursing, professional competence

Resumen

SABINO, A.M.N.F. *Las enfermeras y la atención prenatal en São José do Rio Preto-SP 2007*. 126 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

La atención prenatal no puede evitar las complicaciones principales del nacimiento y puerpério, las causas importantes de la mortalidad materna. Pero la atención calificada en este período podrá alterar y favorecer el pronóstico materno que previene su causa. Este estudio se dedicó a conocer la realidad de la atención a mujer embarazada realizado por las enfermeras en las unidades básicas de la salud (UBS) de São José do Rio Preto (SP). **Objetivo:** caracterizar las acciones desarrolladas por las enfermeras en la atención a las mujeres embarazadas en la red básica de la salud de São José do Rio Preto - SP, con objetivo para identificar las competencias esenciales desarrolladas por ellos en esta práctica. **Metodología:** el estudio descriptivo con un abordaje cuanti-cualitativo se acerca, llevó a cabo en unidades de la atención básica del pueblo. La población estudiada fue compuesta por 21 enfermeras, entrevistado y acompañado por la observación sistemática y dos que tuvo sus entrevistas registró y transcribió. Los hechos cuantitativos fueron sometidos al análisis descriptivo, para ser presentado en forma del porcentaje y la frecuencia absoluta. Para el manejo de los hechos cualitativos nosotros utilizamos el análisis del contenido, apareciendo tres categorías temáticas: el protocolo: como fue planeado y implantado, la atención de las enfermeras en el UBS y el espacio político. **Resultados:** la edad media de las enfermeras fue de 34 años, 47,6% casados o con pareja fija, 57,2% de experiencia en la atención prenatal; con una carga de trabajo media semanal del trabajo de 40 horas; 97,0% anexo concluido de postgraduation, pero ninguna Enfermería estudiada enfermería obstetra. Las actividades llevaron a cabo con la frecuencia más grande en la atención prenatal estuvieron receptividad (“acolhimento”) 95.2%, el ruego de exámenes de laboratorio; las acciones educativas, ahora llevaron a cabo individualmente 61.9%, ahora en grupo 81.0%. Las enfermeras relacionaron todavía dificultades de cara en una serie de actividades relacionadas a la ayuda, el que requiere el conocimiento (saber), identificando los factores del riesgo 26.3%, también como el que necesita las habilidades prácticas (saber-hacer), el obstétrico el examen físico 36.8%. Referido incluso si la carga de trabajo en la graduación en la enfermería fuera insuficiente para subvencionar la tanta y la ayuda prenatal en el aspecto como práctico teórico, como bien como la ausencia del requisito en el protocolo del servicio. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio que las enfermeras no son calificadas para desarrollará el cuidado de acuerdo prenatal nos recomendó Protocolos del Departamento de la Salud y de la Oficina Municipal de la Salud y Higiene de SJRP. Apuntando, por lo tanto, para la necesidad de inversiones en la formación profesional de la enfermera y la reorganización de la ayuda, para que él mismo puede modificar realmente la realidad de la atención materna en el São José do Rio Preto.

Palabras claves: enfermera, prenatal, enfermería obstetra, competencia profesional.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Aspectos demográficos do município de São José do Rio Preto-SP, 2005/2006.....	39
Tabela 2. Estatísticas Vitais e Saúde do município de São José do Rio Preto-SP, 2003-2005.....	42
Tabela 3. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde que prestam assistência pré-natal, segundo modalidade de atenção. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	49
Tabela 4. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde que prestam assistência pré-natal, segundo população estimada da área de abrangência. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	56
Tabela 5. Distribuição das enfermeiras que atuam na assistência pré-natal segundo idade, estado conjugal e número de filhos. São José do Rio Preto-SP 2006.....	58
Tabela 6. Distribuição das enfermeiras, segundo a instituição de ensino superior do curso de graduação em enfermagem. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	59
Tabela 7. Distribuição das enfermeiras das unidades de saúde de São José do Rio Preto (SP), segundo anos de formação. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	59
Tabela 8. Distribuição das enfermeiras das unidades de saúde de São José do Rio Preto (SP), segundo especialização concluída. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	61
Tabela 9. Observação das atividades realizadas pelas enfermeiras na assistência pré-natal, SMHS. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	64
Tabela 10. Atividades no atendimento pré-natal segundo as enfermeiras das unidades básicas de saúde, SMHS. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	66
Tabela 11. Ações Educativas em Grupo no Pré-Natal nas Unidades de Saúde de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto-SP, 2006.....	70
Tabela 12. Dificuldades e desejos das enfermeiras que prestam assistência pré-natal em São José do Rio Preto-SP, 2006.....	72

Tabela 13. Conhecimento sobre o Protocolo de Enfermagem-Saúde da Mulher pelas enfermeiras que prestam assistência pré-natal em São José do Rio Preto-SP, 2006.....74

Tabela 14. Distribuição dos motivos alegados pelas enfermeiras para as causas das dificuldades em realizar atividades da assistência pré-natal. São José Rio Preto-SP, 2006.....75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Número de pós-graduações lato senso concluídas pelas enfermeiras das unidades de saúde, São José do Rio Preto-SP, 2006.....	60
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Delimitação do estudo.....	15
1.2. Referencial teórico.....	24
2. OBJETIVOS	36
2.1 Objetivo Geral.....	36
2.2 Objetivos específicos.....	36
3. METODOLOGIA	37
3.1 Tipo de estudo.....	37
3.2 Local do estudo.....	38
3.3 Aspectos éticos.....	44
3.4 Sujeitos do estudo.....	44
3.5 Coleta de dados.....	45
3.6 Análise dos dados.....	47
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	49
4.1. As unidades em estudo.....	49
4.2. Caracterização das enfermeiras.....	57
4.3. A assistência pré-natal realizada pelas enfermeiras.....	72
4.4. A visão dos gestores.....	77
5. CONCLUSÕES	92
6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÊNDICES	109
APÊNDICE I	109
APÊNDICE II	112

APÊNDICE III.....	113
APÊNDICE IV.....	116
APÊNDICE V.....	117
ANEXOS	118
ANEXO A.....	118
ANEXO B.....	126

1. INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do estudo

Este estudo é centrado atuação das enfermeiras na assistência pré-natal, no contexto da Atenção Básica de Saúde no município de São José do Rio Preto, bem como nas competências necessárias para desenvolver este cuidado.

As experiências vivenciadas no cotidiano do exercício profissional, atuando como enfermeira, especialista em obstetrícia, evidenciaram problemas diversos no contexto do cuidado em saúde da mulher.

Nesta trajetória, compreendemos que a saúde da mulher envolve o seu bem estar emocional, social e físico; e é determinada tanto pelo contexto social, político e econômico em que está inserida, como pela sua biologia. O direito à sua saúde deve estar assegurado ao longo de toda sua vida, em igualdade com os homens.

Em 1994, após a admissão como professora no Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP), acompanhando alunos junto à disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, percebíamos uma limitada participação da enfermeira na assistência à mulher grávida em nosso município. Apesar do Ministério da Saúde (MS) facultar a essas profissionais o acompanhamento do pré-natal de baixo risco no âmbito do SUS, observávamos que o atendimento pré-natal era todo centrado na consulta médica.

As consultas de enfermagem no pré-natal eram desenvolvidas somente pelas professoras e estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem durante o ensino clínico (estágio), sendo interrompidas com o encerramento do calendário acadêmico.

Essa situação de descontinuidade resultava em insatisfação dos envolvidos no processo assistencial, bem como das usuárias.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o desconhecimento das mulheres sobre seus direitos, principalmente, o de receber assistência adequada e de qualidade e os riscos relacionados a uma gestação não acompanhada corretamente, impulsionou-nos à reflexão sobre a urgência de redirecionar a assistência, tomando como referência uma abordagem integral e humanizada de nossas clientes.

Nossa inquietação aumentava levando-nos a desenvolver um interesse especial pela problemática da mortalidade materna e visualizamos a oportunidade de analisar essa questão ingressando no Programa de Pós-Graduação da FAMERP.

Ao desenvolvermos a dissertação de mestrado intitulada “Morte de mulheres em idade reprodutiva, São José do Rio Preto-SP, 1999-2001”, verificamos que apesar da mortalidade materna ter pouca representatividade no total de óbitos femininos, era desalentador observar que mulheres ainda morriam por causas consideradas evitáveis (SABINO, 2003).

Estudos revelam que o nível da mortalidade materna é um indicador consistente sobre a saúde da mulher e retrata as iniquidades existentes em uma região/país. A análise dessa causa específica remete muito além de um dado estatístico, mas permeia a atenção integral à saúde da mulher no que se refere ao conjunto de ações de promoção, proteção e assistência à saúde, executadas em diferentes níveis de atenção. Estas ações passam pelo acesso ao pré-natal de qualidade, a referência e acesso imediato da gestante na maternidade e atendimento com segurança no momento do parto e no puerpério (WHO, 2004).

Concomitantemente, integrando o Comitê Regional de Morte Materna de São José do Rio Preto-DIR XXII como representante das Escolas de Enfermagem, há pelo menos seis anos, vínhamos discutindo que, um dos caminhos para a melhoria dos índices de morbi-

mortalidade materna, residia no atendimento qualificado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

As ações mais importantes para o controle da mortalidade materna são dependentes do acesso e da qualidade da atenção realizada pelos serviços de saúde (DE BROUWERE; VAN LERBERGHE, 2001).

A atenção pré-natal é um dos quatro pilares da maternidade segura, juntamente com o planejamento familiar, o parto limpo e seguro e a assistência obstétrica essencial, como formulou o Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura da Divisão de Saúde Familiar da Organização Mundial de Saúde (OMS), como forma de assegurar às mulheres uma gravidez e partos seguros e bebês saudáveis; em outras palavras, a fim de evitar os resultados temidos: a morte materna, perinatal e infantil (WHO, 1994).

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

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

Publicações recentes embasadas em evidências científicas destacam práticas benéficas na assistência pré-natal para prevenir mortes maternas. As estratégias mais importantes referem-se à promoção de saúde materna, à prevenção de riscos e a garantia de suporte nutricional durante a gestação. As evidências confirmam também que a assistência pré-natal

básica pode ser desenvolvida não só por médico obstetra, mas por outros profissionais como enfermeira e enfermeira obstétrica (GAY, 2003).

Villar et al (2005) relatam em um estudo multicêntrico envolvendo Argentina, Cuba, Arábia Saudita e Tailândia, que a assistência pré-natal prestada por médico obstetra e por pessoal treinado (enfermeira, enfermeira obstétrica e outros) alcançaram resultados semelhantes.

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

No entanto, Brienza (2006) e Parenti (2007) evidenciam em seus estudos que a participação das enfermeiras na assistência pré-natal nos serviços de atenção primária à saúde no município de Ribeirão Preto - SP tem se restringido à realização de alguns procedimentos técnicos, demonstrando dificuldade das mesmas para atender às demandas e especificidades da mulher grávida, tendo em vista que prevalece o modelo assistencial biologicista, centrado no cuidado médico.

Parada (2006) avaliando o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) na DIR XI – Botucatu apontou a necessidade de implementar estratégias para melhorar os índices da atenção pré-natal, destacando dentre as ações a ampliação do papel das enfermeiras no cuidado pré-natal de baixo risco, não apenas em unidades de saúde da família, mas também em Unidades Básicas de Saúde.

A utilização de normas e protocolos também é apontada como fundamental para guiar e respaldar a assistência pré-natal. Almeida (1997) refere que a necessidade de construção e utilização de protocolos emerge da complexidade da organização do processo de trabalho em

saúde. Os protocolos sistematizam tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado com qualidade.

A elaboração e aplicação de protocolos atualmente é uma estratégia consolidada, tantos nos serviços públicos como nos privados. Pretende-se com essa ferramenta aproximar os achados científicos (inclusive as novas metodologias) da prática cotidiana, diminuindo o tempo entre a descoberta de um novo conhecimento, sua validação e sua adoção prática. A esse benefício soma-se a preocupação com custos, otimizando a utilização de recursos para se obter resultados estabelecidos em conjunto entre gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde.

Assim, a Coordenação de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH) de São José do Rio Preto (SJRP), respondendo à demanda institucional de direcionar, respaldar e subsidiar a prática assistencial dos enfermeiros da Rede Pública de acordo com a Política Municipal de Saúde implantou em dezembro de 2004, o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004).

Respaldado pela Lei do Exercício Profissional (LEP) 7498/86 e Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 195/1997 e 271/2002, e aprovado pelo COREN São Paulo, o protocolo instrumentaliza o enfermeiro nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da mulher.

Para inclusão no Programa Pré-natal, o Protocolo prevê a realização do teste de gravidez (BHCG) sempre que houver atraso menstrual de 2 a 8 semanas, por solicitação da usuária ou da enfermeira que realiza o acolhimento. O resultado é entregue à paciente, ocasião em que deve ocorrer a primeira orientação sobre a gestação e o cuidado pré-natal. As mulheres com teste positivo são matriculadas no programa seguindo os procedimentos de rotina: cadastro da gestante para inclusão em sistema informatizado (SISPRENATAL); abertura do prontuário de pré-natal (ficha obstétrica); entrega do cartão da gestante

(preenchido e com anotação do número do SISPRENATAL) e da carteira de consultas/exames e solicitação de exames de rotina do 1º trimestre, sendo de responsabilidade da enfermeira.

A gestante de alto risco, mesmo sendo encaminhada ao pré-natal especializado, continua vinculada à Unidade de Saúde. O seu monitoramento é feito por agentes comunitários, sempre sob a supervisão da enfermeira. A gestante participa também das atividades educativas.

Os atendimentos são pré-agendados, obedecendo ao calendário mínimo de consultas pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Está previsto que as consultas serão realizadas por médico e enfermeira, que trabalharão em conjunto, potencializando suas ações. O primeiro contato, que tem como objetivo acolher a mulher, reforçar a importância do pré-natal e iniciar a educação para a saúde estimulando o autocuidado, é realizado pela enfermeira. A primeira consulta após a matrícula do pré-natal (quando já estarão solicitados os exames) é realizada pelo profissional médico.

A partir dessa consulta, está previsto no protocolo que o atendimento pré-natal é intercalado com a enfermeira, garantindo-se que a gestante seja avaliada pelo médico no início do 3º trimestre (28-30 semanas) e no termo (> 37 semanas). O documento assinala que esta é “uma orientação que deve ser flexibilizada a depender de diversos critérios, como as particularidades da gestante atendida, características da unidade de saúde ou relacionamento entre os profissionais”.

Vale ressaltar que desde a implantação do protocolo estava prevista a importância da introdução gradativa da consulta de enfermagem intercalada à consulta médica no pré-natal, o que entendemos que não ocorreu.

A implantação de um protocolo mostra-se sempre tarefa mais árdua do que a elaboração, e nesse sentido é fundamental o apoio e participação de organizações e instituições referendadas por sua competência e legitimidade ética e técnica.

O aprimoramento da qualidade de assistência pré-natal envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução dos problemas mais prevalentes nos níveis primários de saúde, além de comprometimento com as necessidades dos segmentos mais vulneráveis da população (TREVISAN et al., 2002).

Em geral a consulta pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. O Ministério da Saúde (Brasil, 2005) preconiza que a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada por equipe multiprofissional de saúde, assumindo que as consultas podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem.

No entanto, para que isto efetivamente ocorra em nosso município, temos um caminho a percorrer e uma prática a ser (re) construída, tanto na qualificação da equipe quanto no espaço político-institucional.

A atenção qualificada se refere ao processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto e neonatal, independente do local onde o parto ocorra, seja no domicílio, no centro de saúde ou no hospital. Para isto, o provedor (quer seja parteiras profissionais, enfermeiras obstétricas ou médicos) deve ter habilidades necessárias, além de contar com o apoio de um contexto facilitador em vários níveis 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, 2003).

As diretrizes para o alcance da Maternidade Segura apontam que, para a atenção eficaz e de boa qualidade durante a gravidez e o parto, o pessoal qualificado devem ter uma variedade de habilidades específicas e poder exercê-las de forma competente.

As competências essenciais para o exercício de uma prática profissional são as diretrizes e servem de informação sobre a especificidade de cada categoria profissional (OMS/OPS, 2003).

Para a competência denominada “cuidado e orientação durante a gravidez”, a Confederação Internacional de Parteiras (ICM, 2002) define que os profissionais devem proporcionar um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupar-se em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, incluindo a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações (Anexo A).

Desde o lançamento pela Iniciativa Global por uma Maternidade Sem Risco (IMSR) em 1987, instâncias internacionais e nacionais vêm discutindo sobre a Maternidade Segura e fixando metas para a redução da mortalidade materna.

A Organização Pan-americana de Saúde afirma que a prevenção de mortes na gravidez, parto e puerpério configuram-se nos dias de hoje prioridade mundial e só será alcançada quando conseguirmos que as mulheres recebam atenção eficaz e de boa qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal.

Em 2001 a OMS publicou relatório defendendo a Maternidade Segura no seqüito, e obediência, aos direitos fundamentais da pessoa humana. É inquestionável o Direito de cada cidadão, e de cada mulher grávida, em níveis aceitáveis de saúde. A maternidade sem risco é também um assunto de justiça social, profundamente entrelaçada com a situação e o poder da mulher. Isto é evidente nas barreiras de caráter político, cultural, sócio econômico, religioso e de atitude que impeçam as mulheres de gozar de boa saúde e minam seus direitos, incluindo o direito aos cuidados de saúde materna.

Analisando as ações previstas no Protocolo da SMSH de SJRP questionamos se a pouca participação das enfermeiras na assistência pré-natal está relacionada ao processo de trabalho institucionalizado no município, ou ao despreparo das mesmas para a atuação no

cuidado pré-natal. Será que a formação que vem sendo oferecida nos programas de graduação de enfermagem possibilita o desenvolvimento de competências, compreendido como habilidades, conhecimentos e atitudes para o cuidado pré-natal?

Nosso pressuposto é que as enfermeiras não conhecem as diretrizes propostas no Protocolo que orienta a assistência pré-natal em São José do Rio Preto, bem como não estão capacitadas para assumir o cuidado com a competência preconizada pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM).

1. 2. Referencial Teórico

A população de mulheres em idade reprodutiva, entre 10 e 49 anos de idade, representa importante parcela da população geral, desempenha papel social fundamental para a constituição e manutenção da família, incluindo a concepção e o cuidado durante o crescimento dos filhos.

Vivemos em uma sociedade que trata a maternidade de maneira altamente contraditória. Por um lado, há o discurso que valoriza e exalta a maternidade, representada como fenômeno de maior transcendência e por outro lado a atenção qualificada a maternidade é negligenciada.

Problemas de saúde pública afetam a mulher no período reprodutivo e vem integrando as agendas oficiais por força das pressões nacionais e internacionais – especialmente dos movimentos de mulheres. Estes podem ser resumidos em três questões principais: regulação inadequada da fertilidade, elevada morbidade relacionada à sexualidade e condição feminina e complicações do ciclo gravídico-puerperal (ROUQUAYROL, 1999).

A cada ano, aproximadamente 120 milhões de mulheres ficam grávidas no mundo: mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações durante a gravidez, parto ou puerpério e mais de 10 milhões de crianças morrem com menos de cinco anos de idade (WHO, 2004).

A Organização Mundial de Saúde define **morte materna** como sendo “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OMS, 1996).

A gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Historicamente, a mortalidade por complicações da gravidez, parto e puerpério no Brasil tem apresentado tendência ao declínio, desde a década de 40 (SILVA, 1992), porém mais lento do que se deveria esperar quando comparável às taxas correspondentes de outros países da América Latina ou outros indicadores nacionais, tais como os de mortalidade infantil ou de mortalidade por doenças infecciosas. Entretanto, na observação das séries históricas devemos considerar as mudanças na qualidade do registro e notificação dos óbitos aumentando sua visibilidade (BRASIL, 2002a).

Laurenti (1988) há quase duas décadas já apresentava em seus trabalhos de pesquisa que quase a totalidade dessas mortes poderiam ter sido evitada caso os serviços de saúde atendessem as gestantes de maneira eficiente, seguindo-se uma programação pré-estabelecida e universalmente aceita como adequada à redução das patologias associadas à gravidez.

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, portanto, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (WHO, 2000; CAMPBELL, 2001). É necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos já estabelecidos e constituídos (WHO, 1999; PITTROF et. al., 2002).

A Declaração do Milênio da OMS, em acordo com 189 países das Nações Unidas reunidos em setembro de 2000, tem como um de seus principais objetivos reduzir em três - quartos a mortalidade materna até 2015 (OMS, 2004).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal brasileiro consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela

qualificação da atenção obstétrica e neonatal e que não podem prescindir da atuação da sociedade civil organizada. A proposição deste pacto baseia-se no fato de que os índices de mortalidade materna e neonatal de nosso País ainda se apresentarem em patamares elevados, mostrando que os programas nacionais ou estaduais existentes não conseguiram de fato reorganizar os serviços, promovendo a qualificação da atenção obstétrica e ao recém-nascido e o planejamento familiar, bem como não comprometeram efetivamente a sociedade. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos Direitos Humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras. É, portanto, da maior relevância a garantia do exercício de cidadania das mulheres e crianças brasileiras (BRASIL, 2004a).

Quando se fala em prevenção da morte materna, falamos da assistência pré-natal como ferramenta para prevenção dessas mortes. Para assegurar a qualidade da assistência pré-natal, a OMS recomenda importantes intervenções embasadas em uma assistência baseada em evidências, incluindo o diagnóstico precoce, tratamento ou encaminhamento das complicações detectadas que poderão alterar e favorecer o prognóstico materno.

O Ministério da Saúde, considerando a saúde da mulher prioridade de seu governo elaborou o documento *“Política Nacional de Atenção Integral à da Mulher – Princípios e Diretrizes”* para o período de 2004 a 2007. Em parceria com diversos setores da sociedade, movimentos de mulheres, negros e trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, refletindo o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004b).

Promover a saúde materna contempla a garantia de acesso, melhoraria da cobertura e qualidade no acompanhamento pré-natal. Desta forma, a assistência prestada no pré-natal

compreende um conjunto de atividades para promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a identificação de riscos, para ambos, visando à assistência adequada e oportuna. Sua ausência e/ou deficiência, comprovadamente, associam-se a maiores taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intrauterino e mortalidade materna (BARBIERI et al., 2000, FONSECA; LAURENTI, 2000, MONTEIRO; FRANÇA JUNIOR; CONDE, 2000).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000; que contemplava os seguintes objetivos: reduzir altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000).

“A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000a)”.

O PHPN está estruturado em três componentes: o primeiro trata da assistência pré-natal; o segundo componente apresenta as questões relativas à Organização, Regulação e

Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente instituiu nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Esta estratégia deveria ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, com o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão indispensáveis para alcançar estes objetivos.

O PHPN tem como fortaleza a normalização técnica do processo de atenção à gestante e a puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério e estabelece com clareza os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde.

Apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b).

É senso comum a necessidade de uma mulher grávida buscar assistência pré-natal no sentido de verificar suas condições de saúde. Mas vale notar que, como em todo ciclo gravídico-puerperal, não há que medicalizar o período pré-natal, lembrando que a gravidez não é, essencialmente, uma doença.

A proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, com ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que tragam evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando suas escolhas (WAGNER, 2001).

O PHPN instituiu também uma série de medidas, como estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos, visando melhorar a qualidade da assistência. A criação de um sistema informatizado de informação e acompanhamento, o SISPRENATAL, foi

considerada como medida fundamental do Programa. Este sistema de informações deveria se constituir em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar esta atenção e melhorar a gestão dos serviços. Até a instituição do Programa, no SUS, os dados referentes à assistência Pré-natal restringiam-se à cobertura e ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (GOLDBAUM, 1996; NOVAES, 2000).

Pesquisas qualitativas sobre assistência pré-natal indicam que a qualidade da assistência é o nó crítico principal e ainda é preciso discutir permanentemente esta questão (TREVISAN et al., 2002).

Por outro lado, os modelos de assistência pré-natal têm estado em profícuo debate (VILLAR e KHAN-NEELOFUR, 1997; BERGSJO e VILLAR, 1997; KHAN-NEELOFUR et al., 1998; VILLAR et al., 2001). Recente revisão sistemática avaliou comparativamente modelos de cuidado pré-natal, analisando um conjunto de variáveis e buscando definir um modelo que otimize recursos, baseado em intervenções com evidências e que não adicione riscos às gestantes que não apresentam complicações (CARROLI et al., 2001).

Gay et al. (2003) confirmaram em seus estudos envolvendo países da América Latina e Asiático,s que a assistência pré-natal básica pode ser desenvolvida não só por médico-obstetra, mas por outros profissionais, como enfermeiros e enfermeiros-obstetras.

Segundo as leis brasileiras, a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo(a) enfermeiro(a) (BRASIL,2005).

Na referida Lei, a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, havendo relatos quanto ao seu desenvolvimento desde 1958, antes mesmo do reconhecimento legal da atividade, ocorrido em 1986 (CASTRO, 1975).

Na trajetória da consulta de enfermagem, podemos visualizar mudanças em diversos períodos, com fases de declínio e de ascensão. Lima (2003) afirma que ao longo dessa evolução e implantação, sofreu alterações conceituais e metodológicas, até ser inserida nos serviços de saúde, buscando seu prestígio e aceitação e sempre acompanhando as mudanças conjecturais. O exercício dessa função delega à enfermeira autonomia para avaliar e decidir com o usuário sobre metas a serem atingidas no seu tratamento.

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

De acordo com as normas do Manual de Atenção ao Pré-Natal (BRASIL, 2000), a Consulta de Enfermagem tem como objetivo:

“Proporcionar o acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal de maneira periódica e sistemática; solicitar os exames de rotina, avaliar os exames de rotina, orientar quanto ao processo de evolução da gestação, parto e puerpério, lactação, aleitamento materno, prevenção de intercorrências relacionadas à mama e amamentação; orientar quanto aos cuidados ao recém-nascido; orientar para o auto cuidado; encaminhá-la para outros profissionais; orientar a gestante para a prevenção do tétano neonatal e encaminhá-la para a vacina antitetânica; realizar coleta do exame citopatológico”.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, todos os esforços na atenção básica devem ser desenvolvidos no sentido de garantir o desenvolvimento de uma gravidez segura, sendo definidas ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e tratamento dos problemas que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal.

As ações que fazem parte da consulta pré-natal não demandam estrutura sofisticada de atendimento e dependem quase que exclusivamente da atuação dos recursos humanos (KOFFMAN; BONADIO, 2005).

A OMS (1996), na publicação “Maternidade Segura-assistência ao parto normal: um guia prático” aponta a enfermeira obstétrica como profissional mais adequado e com melhor custo de efetividade para ser responsável pela assistência à gestação e ao parto normal, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações.

Koffman e Bonadio (2005), avaliando a atenção pré-natal do Serviço do Amparo Maternal - São Paulo, identificaram que as enfermeiras obstétricas, além de competentes para a assistência à gestante, devem expandir sua atuação a outros serviços de atenção básica à mulher no ciclo gravídico puerperal.

O Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiram documentos recomendando a adoção de competências para ajudar a clarificar o papel das enfermeiras, guiarem acordos de mútuo reconhecimento e programas de licenciamento entre países (CIE, 2003).

A partir de uma necessidade, a falta de pessoal experiente de enfermagem para atender demandas, a OMS publicou um documento que visa instrumentalizar os países a utilizar o referencial de competências na regulação, educação e gerenciamento de recursos humanos de enfermagem (OMS, 2003).

A Confederação Internacional das Parteiras¹ (ICM, 2002), federação de associações de 72 nações do mundo, trabalhando em parceria com a ONU em defesa da Maternidade Segura definiu as competências essenciais para as parteiras.

O termo “competências” é usado neste documento (ICM, 2002) para se referir à ampla declaração que introduz cada seção, como também ao conhecimento básico, às habilidades e

¹ O termo parteira advém da tradução deste documento, porém no Brasil o profissional é denominado como enfermeira obstétrica.

aos comportamentos da parteira, necessários para uma prática segura em qualquer situação. No modelo conceitual preconizado pelo ICM, as parteiras assumem responsabilidade e respondem por sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados nos cuidados de saúde a cada mulher e família, bem como a segurança e o bem-estar global da mulher são as principais preocupações da parteira; elas se esforçam para apoiar as escolhas informadas da mulher, no contexto de uma experiência segura; tomam decisão utilizando uma variedade de fontes de conhecimento; envolvem as mulheres e suas famílias em todas as partes do processo de tomada de decisão, desenvolvendo um plano de cuidado para uma gravidez e nascimento saudáveis.

A noção de competência antecede à de qualificação, como conceito organizador das relações de trabalho e de formação. Para Ramos (2001) a competência não substitui a qualificação, mas a desloca para um plano secundário. As alterações produzidas por esse modelo resultaram em deslocamento de noções: dos saberes à competência, no âmbito da educação; da qualificação à competência, no âmbito do trabalho (DESAULNIERS, 1997).

O modelo de competências requer um saber não apenas técnico, unidimensional, mas o saber contextualizado e construído na interação do indivíduo com a situação. Para a institucionalização desse modelo será necessário, acordos em torno de sistemas para reconhecer competências ou a competência profissional de um indivíduo não apenas baseada em diplomas escolares; os sistemas educacionais serem geridos para desenvolver competências profissionais e a necessidade de oferecer aos indivíduos iguais oportunidades de desenvolver suas competências ao longo da carreira (RAMOS, 2001).

A competência tem sua origem na educação no movimento americano de pedagogia com base no desempenho na década de 60.

A idéia se difunde quando a noção competência é associada à capacidade de promover o encontro entre formação e emprego.

Perrenoud (2000) afirma que: “*Competência em educação é mobilizar um conjunto de saberes para solucionar com eficácia uma série de situações*”.

No Brasil, a formação da enfermeira vem sofrendo um processo de reformulação em função de mudanças das políticas de saúde e nos modelos assistenciais. O currículo adotado pelas instituições de ensino superior (IES), vigente desde 1972, encontrava-se inadequado para atender as novas demandas de formação. Após um processo de mobilização nacional e discussão foi elaborada uma nova proposta de currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem, resultando na regulamentação do novo Currículo Mínimo de Enfermagem (BRASIL, 1994).

As IES ainda se encontravam em fase de adaptação ao novo Currículo, quando foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que extinguiu os currículos mínimos e estabeleceu as diretrizes curriculares que seriam então responsáveis pelos rumos da formação superior (BRASIL, 1996).

O discurso sobre competências atravessou a discussão sobre a formação de pessoal para o setor de saúde desde que foi introduzido pela LDB, mas não deixava claro qual o conceito de competência adotado, nem sob o ponto de vista teórico ou operacional para as escolas de enfermagem. Numa concepção construtivista do processo ensino-aprendizagem a prioridade é que o aluno aprenda e não que o professor ensine (COLL et al, 2000).

A noção competência na área do trabalho começou ser utilizada na Europa em meados dos anos 80, tendo sua origem nas Ciências da Organização.

Na enfermagem, em 1986 a Conferência Australiana de Autoridades em Enfermagem inicia os trabalhos fundamentando-se nas competências para o registro e inscrição de enfermeiras.

Um mapa ocupacional descrevendo competências tem como finalidades habilitar uma categoria para a prática profissional, assegurar que uma ocupação poderá prestar o serviço que a população necessita e desenvolver padrões para programas educacionais.

A OPS/OMS (1997) ressalta que a organização de saúde, centrada nas competências, irá dispor de uma linguagem aberta e compatível entre os funcionários, gerentes e superiores, possibilitando o conhecimento das funções dos funcionários e o valor que está agregado no processo da geração de serviços. Também irá disponibilizar ferramentas para o desenvolvimento de capacitação e avaliação dos resultados. Ressalta que o grupo de competências sustenta a premissa de que toda a ação deve incluir como objetivo o desenvolvimento do conhecimento, para aprender a pensar, as habilidades pessoais, interpessoais e sociais, beneficiando os indivíduos e a comunidade.

As definições de competências enfocam, em essência, a condição de aplicação adequada de conhecimentos, habilidades e destrezas, juntamente com atitudes e compromissos, bem como a capacidade integral de exercer uma atividade. Esta definição contrapõe-se à aplicação do conceito em um campo restrito da educação, onde se considera competências como desenvolvimento de múltiplas capacidades (IRIGON, 1998).

Zarifian (2001) propõe uma "definição que integre várias dimensões, assim, a competência é 'o tomar iniciativa' e 'o assumir responsabilidade' do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara". Assinala as mudanças fundamentais nas organizações do trabalho: a abertura de espaço para a autonomia e a automobilização do indivíduo. Narra que a competência 'é assumida', resultante de um procedimento pessoal do indivíduo, que aceita assumir seu trabalho e ser responsável por ele.

Assim, nesse contexto de constantes mudanças, é fundamental que na formação dos profissionais de enfermagem, não busquemos apenas privilegiar o mercado de trabalho, mas sim construir uma nova sociedade, formar sujeitos críticos, capazes de sempre buscar o novo.

Considerando a prioridade que o Ministério da Saúde, a Organização Pan-americana de Saúde e as ações de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto vêm dando à área de saúde da mulher, entendemos que analisar o papel das enfermeiras na atenção básica à saúde da mulher é uma forma de compreendermos a prática institucional, buscando identificar estratégias para ampliar a qualificação e participação das mesmas para o cuidado pré-natal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é caracterizar as ações desenvolvidas pelas enfermeiras na assistência às gestantes na rede básica de saúde do município de São José do Rio Preto - SP, com vistas a identificar as competências essenciais para o cuidado pré-natal.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as instituições públicas da rede básica de saúde do município que prestam assistência à mulher durante a gestação;
- Caracterizar o perfil das Enfermeiras que prestam cuidado pré-natal nessas instituições;
- Analisar as competências essenciais que caracterizam a assistência da enfermeira no pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde em São José do Rio Preto – SP.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa está inserida em um amplo projeto sobre o “Perfil dos Serviços de Obstetrícia nas Américas”, organizado pela OMS/OPAS, que tem como finalidade traçar o perfil diagnóstico destes serviços a fim de oferecer apoio e fomentar ações que auxiliem na melhoria da qualidade da assistência na região, promovendo uma maternidade sem risco na América Latina e Caribe. No Brasil o coordenador deste mapeamento de serviços de obstetrícia é o Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) (OPAS, 2004).

Para o desenvolvimento do estudo optamos pela pesquisa quanti-qualitativa por acreditarmos ser a melhor maneira de atingirmos os objetivos propostos.

Os métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa são diferentes, porém não excludentes porque, na verdade, colocam-se questões diversas, baseadas em construções teórico-metodológicas com princípios diferenciados. É possível assim trabalhar de forma complementar com as duas metodologias, no sentido de que os resultados de uma questão colocada a partir de princípios teórico-metodológicos, suscitem novas questões que só possam ser colocadas dentre de princípios qualitativos, ou vice-versa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Conforme afirma Salomon (1991), a pesquisa quantitativa traz o delineamento de uma realidade, uma vez que descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou processo dos fenômenos. Enfoca as condições dominantes da realidade de um grupo, se conduz no presente

empregando para este fim a comparação e o contraste. Informa as condições atuais, necessidades e como alcançar resultados.

Os métodos qualitativos não têm qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Esta abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

3.2 Local do Estudo

Aspectos gerais do município

Este estudo foi desenvolvido no município de São José do Rio Preto, que está localizado na região Oeste do Estado de São Paulo, Brasil, distando 451 km da Capital do Estado, 710 km da Capital Federal através de rodovias. A área urbana é de 86,12 km², tendo área total de 434,10 km². Divide-se em três distritos: Sede, Engenheiro Schmidt e Talhados. Conta com uma população aproximada de 400 mil habitantes, razão de sexos de 94,19 e 137.296 mulheres em idade reprodutiva (Conjuntura Econômica, 2007).

O município é sede da 8ª Região Administrativa do Governo de São Paulo. A cidade teve origem em 19 de março de 1852, obteve emancipação política em 19 de julho de 1894, quando o município foi desmembrado do de Jaboticabal, sendo elevada à comarca em 6 de junho de 1904. Com a chegada da ferrovia em 1912, a cidade assumiu o seu destino de pólo comercial, gerando até hoje empregos para a maioria da população das cidades circunvizinhas.

São José do Rio Preto é considerada uma das melhores cidades do país para se fazer negócios, com IDH (índice de desenvolvimento humano) de 0,834, taxa de mortalidade

infantil de 11,86/1000 e esperança de vida de 71,3 anos. Estes indicadores são comparáveis aos de países desenvolvidos. Apresenta Produto Interno Bruto de R\$6,9 mil/percapita e os indicadores políticos e sócio-econômicos apontam maior investimento na área social (habitação, educação e saúde). Adotando o Planejamento Estratégico de Cidades promove ações de inclusão social e distribuição de renda. No entanto, 4% da população vivem em condições de extrema pobreza (um dólar/percapita/dia). A Região Norte do município conta com aproximadamente 31% dos habitantes da cidade. Nesta região, residem grandes contingentes populacionais de baixa renda, moradores de diversos conjuntos habitacionais populares que se implantaram principalmente após a metade da década de 80. O incremento populacional desta região, nos anos de 1980 a 1991, foi da ordem de 167,8%. O número de habitantes por domicílio é de 3,27, representando o maior índice registrado em toda a cidade (Conjuntura Econômica, 2007).

Na área educacional, o município possui um dos mais baixos índices de evasão escolar do país, de apenas 0,87%. O Ensino Superior representa uma cobertura de 3,51% da população do Estado, congregando nove unidades voltadas a 263 cursos de graduação e 66 cursos de pós-graduação, com um total de 22.670 alunos.

Tabela 1. Aspectos demográficos do município de São José do Rio Preto-SP, 2005-2006.

Território e População	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Área (Em km ²)	2005	438	9.759	248.600
População	2006	404.380	722.883	40.484.029
Densidade Demográfica (Habitantes/km ²)	2005	907,98	72,94	160,70
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2000/2006 (Em % a.a.)	2006	2,07	1,85	1,52
Grau de Urbanização (Em %)	2005	95,43	92,53	93,65
Índice de Envelhecimento (Em %)	2006	57,54	60,04	40,51
População com Menos de 15 Anos (Em %)	2006	20,08	20,32	24,20
População com 60 Anos e Mais (Em %)	2006	11,56	12,20	9,80
Razão de Sexos	2006	94,19	96,83	95,84

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE

Segundo a divisão político administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES), integra, junto com outros 101 municípios, a XV Divisão Regional de Saúde (DRS) que totaliza 711.801 mil habitantes.

Aspectos da saúde do município

O município configura-se como um centro científico, tecnológico, de serviços e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas de conhecimento, especialmente na saúde.

Possui uma estrutura de saúde bem distribuída e diversificada com sete hospitais, 1.482 leitos, 1.311 médicos e 29 unidades básicas de saúde. O Estado de São Paulo apresenta um coeficiente de 1,97 leitos SUS/1000 habitantes, enquanto no município encontramos 3,04. Da mesma forma o número de médicos, registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM), em São José do Rio Preto representa mais que o dobro (4,27médicos/1.000hab.) do coeficiente para o Estado de São Paulo (2,03médicos/1.000hab.). Os enfermeiros registrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), pertencentes ao município, perfazem um coeficiente de 1,31 enfermeiros/1000hab enquanto que no Estado temos 0,81 enfermeiros/1.000habitantes.

O processo de municipalização para Gestão Plena do Sistema Municipal começou a ocorrer em 1998 com fortalecimento do Controle Social (eleição entre os pares do Presidente, orçamento próprio), reorganização dos serviços de saúde com proposta de mudança de modelo de assistência com definição de áreas de abrangência; criação de cargos de coordenação técnica, gerência em Unidades de Saúde e investimentos em capacitação de recursos humanos. Desde junho de 1999 o município está habilitado na modalidade de gestão plena da atenção básica, em decorrência da NOB/96 (MS, 1996).

A cidade possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza filantrópica, pública e privada, abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária.

As Unidades e serviços da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene estão organizados em cinco Pólos de Saúde Integral, totalizando 37 Serviços de Atenção Básica/Serviços especializados, dos quais 21 prestam assistência pré-natal, a saber:

- **Pólo de Saúde Integral I**, composto por 18 Unidades/Serviços, dentre eles o sistema de atendimento de urgência formado pelo Resgate do Corpo de Bombeiros, Serviço de Atendimento Médico de Urgência da Secretaria Municipal da Saúde (SAMU) e unidades de suporte básico que trabalham de forma integrada, permitindo um atendimento eficaz e efetivo a todo tipo de urgência, colaborando com a diminuição da morbi-mortalidade.
- **Pólo de Saúde Integral II**, composto por 10 Unidades de Saúde caracterizadas como Policlínicas e Unidades de Saúde da Família. Vale ressaltar que este Pólo está localizado na zona Norte do município, sendo responsável por 135.522 habitantes, demandando diferentes necessidades psico-sociais e de saúde, principalmente por configurar-se em uma população de baixa condição socioeconômica.
- **Pólo de Saúde Integral III**, composto pelo Centro de Saúde Escola do Parque Estoril (vinculado a FAMERP) e Unidade de Saúde São Francisco.
- **Pólo de Saúde Integral IV**, composto por uma Policlínica e duas Unidades de Saúde da Família.
- **Pólo de Saúde Integral V**, composto por um Centro de Atenção Psico-social – CAPS; uma Policlínica e três Unidades de Saúde da Família.

As estatísticas vitais de saúde do município evidenciam que em 2005 a frequência de mães que tiveram sete e mais consultas de pré-natal foi de 95,77%, configurando-se como maior indicador do Estado de São Paulo. Este dado permite avaliar o acesso da gestante à assistência pré-natal e acompanhar a meta de cobertura estabelecida, além de subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal. Por outro lado, o índice de cesárea, no mesmo ano, foi de 72,45%, indicador muito superior aos preconizados pelo MS e OMS (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2007a).

Entendemos que a consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras, decorrente da implantação do protocolo pela SMSH contribui para o alcance deste índice, no entanto esta informação não é evidenciada nos censos do município.

Tabela 2. Estatísticas vitais e saúde do município de São José do Rio Preto-SP, 2003-2005.

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2005	12,11	12,04	15,50
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2005	40,73	41,69	53,86
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2005	10,17	10,73	13,44
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2005	12,66	12,95	15,61
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes)	2005	114,27	109,41	136,36
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)	2005	95,77	89,30	74,52
Partos Cesáreos (Em %)	2005	72,45	76,33	53,89
Nascimentos de baixo peso (menos de 2,5Kg) (em%)	2005	9,89	9,66	8,92
Gestações Pré-termo (Em %)	2005	10,76	10,59	7,81
Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes)	2003	3,04	2,72	1,97

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE

No ano de 2005 o município apresentou uma proporção de 0,56 parturientes \leq a 14 anos para cada 100 parturiente. Observou-se ainda variação entre as diversas UBS sendo as com maior proporção deste indicador: Jaguaré (1,27), Eng^o Schmitt (1,23), Renascer (1,19),

Vila Mayor e Maria Lucia (1,09). A proporção de parturiente entre 15 a 19 anos foi de 15,64%, observou-se variação entre as UBS sendo as com maior proporção deste indicador: Talhado (30,38), Cidadania (29,11), Solo Sagrado (26,45), Santo Antonio (22,25) e Renascer (21,43) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2007a).

O plano plurianual 2006-2009 da Secretaria Municipal de Saúde prevê a pactuação das Unidades e Equipes de Saúde, propondo através do “pacto gestão e pela vida”, ações a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde. É meta da Secretaria de Saúde do município ampliar para 70% a cobertura da população atendida pela estratégia da Saúde da Família até 2009.

A política municipal prevê que a atenção integral à saúde da mulher desenvolvida no período de 2006-2009 ampliará o leque de ações implementadas até o momento. Um dos principais alvos será a qualificação e humanização da atenção ao parto, ao nascimento e ao aborto legal. Será promovida também a capacitação intensiva dos profissionais, de modo a prover a adequada atenção obstétrica e neonatal, com a definição e implementação de práticas de atendimento e de humanização, de acordo com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Neste sentido as metas propostas são:

- Manter os grupos de pré-natal em todas UBS com participação da equipe de saúde.
- Garantir a realização em todas as gestantes dos exames do protocolo de pré-natal da SMHS de São José do Rio Preto.
- Manter em 100% o cadastro das gestantes no SISPN, que tenham iniciado o pré-natal antes de 120 dias de gestação.
- Garantir suplementação vitamínica para todas as gestantes.
- Implementar a rotina de avaliação da qualidade dos registros em prontuários de pré-natal.
- Implantar o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do pré-natal na secretaria de saúde.
- Implantar grupo de trabalho de humanização no pré-natal.

3.3 Aspectos Éticos

Seguindo a determinação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente a pesquisas envolvendo seres humanos, a coleta de dados somente foi iniciada após apreciação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (Anexo 1), bem como a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto.

As participantes tiveram sua identidade preservada no anonimato e sigilo, sendo respeitados os itens que constam na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na ocasião da entrevista, houve esclarecimentos em relação ao estudo, e após aquiescerem à participação, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Informado (Apêndice I), por livre e espontânea vontade.

O levantamento de dados junto às enfermeiras foi realizado mediante o registro de respostas diretas no formulário/questionário pela pesquisadora, não sendo a entrevista gravada. A entrevista com os gestores do serviço de saúde do município foi gravada, após autorização dos mesmos.

Também se garantiu a confidencialidade das fontes de informação, sem identificação de qualquer participante do estudo, assim como, de qualquer profissional ou instituição envolvida.

3.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram enfermeiras que atuam na atenção básica de saúde, bem como os gestores da Secretaria de Saúde e Higiene de SJRP.

Para a seleção das enfermeiras estabelecemos que estas deveriam estar atuando na assistência pré-natal, serem integrantes de equipe de Unidades Básicas de Saúde (UBS),

Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Policlínicas do município de São José do Rio Preto.

Elegemos como gestores, os profissionais que estão assumindo a Coordenação Técnica dos serviços de saúde do município, envolvidos na organização do Programa de Saúde da Mulher.

3.5 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada ao longo dos meses de setembro a dezembro de 2006, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Policlínicas do município de São José do Rio Preto.

Para tanto foi realizada entrevista semi-estruturada, realizada pela própria pesquisadora, contendo questões abertas e fechadas conforme apresentado no Apêndice I. Respondida individualmente por cada participante, sem intervenção do investigador, teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico das enfermeiras e obter informações sobre a atuação no cuidado pré-natal e a utilização pelas mesmas do Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher, abordando seu entendimento, dúvidas e expectativas.

As entrevistas foram feitas no local de trabalho das enfermeiras de acordo com a disponibilidade das mesmas.

Segundo Cruz Neto (1995) a entrevista “faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, em que, intencionalmente, o pesquisador recolhe informações, através da fala dos atores sociais”. Para este autor, a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, para obtenção de dados objetivos e subjetivos sobre determinada temática.

Utilizamos também a observação, buscando aprofundar a compreensão do objeto estudado, descrito no roteiro de observação (Apêndice III). Para Triviños (1992), a observação ajuda a conhecer os fatos, a dinâmica espontânea dos indivíduos, sua prática, e seu cotidiano, possibilitando o entendimento do fenômeno que está sendo investigado.

Para observação no local da pesquisa, nos baseamos na proposta de Spradley (1980), que define a participação passiva como a presença do pesquisador na ação, mas a não participação ou interação deste com outras pessoas; sendo que após encontrar e determinar um lugar como "posto de observação", examina e toma nota dos acontecimentos ao seu redor.

Desde a entrada no campo e, durante todos os momentos em que estivemos presente no cenário do estudo, procuramos registrar as observações e impressões. A observação contou com a colaboração de enfermeiras e auxiliares de enfermagem no sentido de guiar e acompanhar a pesquisadora através do fluxo percorrido pelas gestantes na referidas Unidades.

Além do roteiro de observação, outros dados advindos da observação do contexto dos serviços de saúde, foram registrados em um diário de campo, com o objetivo de documentar esta etapa da pesquisa.

Dedicamos atenção especial a todos os eventos que ocorriam durante a trajetória das gestantes com o propósito de interpretar o que se passava com estas mulheres durante o pré-natal.

Procuramos não discutir os conceitos ou significados expressos pelos informantes, igualmente não demonstramos surpresa ou desaprovação, mas sim, interesse pelo discurso de cada um.

Leopardi et al (2002) afirmam que para a descrição precisa de um evento investigado, deveríamos utilizar um instrumento previamente definido, contendo as categorias necessárias para o estudo.

Para tal foram elaborados os roteiros de entrevista (Apêndice I) e de observação (Apêndice III) tomando-se como base o estudo de Dotto (2006) e os documentos: a) competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia (ICM), b) Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos, do Ministério da Saúde, c) instrumento do Projeto sobre o “Perfil dos Serviços de Obstetrícia das Américas” organizado pela OMS/OPAS e d) Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher, da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

As entrevistas com os gestores foram agendadas previamente e realizadas na sede da SMSH. Foram gravadas, após o consentimento (Apêndice V), e posteriormente transcritas.

3.6 Análise dos Dados

As variáveis coletadas para a caracterização sociodemográfica da população estudada foram: sexo, idade, estado conjugal, número de filhos, nível de instrução, tempo de formação. Os dados foram armazenados em um Banco elaborado no programa Software EXCEL.

Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva, sendo apresentados na forma de frequência absoluta e percentual.

Os dados qualitativos foram utilizados para nos auxiliar na compreensão das questões que envolvem a organização e a política do município para a assistência ao pré-natal, destacando a participação das enfermeiras neste cuidado.

Para trabalhar os dados qualitativos optamos pela análise de conteúdo que, segundo Bardin (1979), é:

“...um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativa às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p.42).

Com a utilização dessa técnica pretendemos explicar o que está além dos significados imediatos expressos nas comunicações. Bardin (1979) refere que para alcançar esse objetivo, é necessária uma dupla função: compreender o sentido da comunicação e desviar o olhar para outra significação, outra mensagem, buscando significados ocultos como os de natureza sociológica, psicológica, cultural entre outros.

A partir desta orientação metodológica, as categorias temáticas foram construídas conforme segue:

- O Protocolo: como foi planejado e implantado.
- Atuação das enfermeiras nas Unidades Básicas de Saúde.
- O espaço político.

Vale ressaltar que, quando se opta por um tratamento qualitativo dos dados, o pesquisador influencia a análise com sua *bagagem* de leitura e a sua experiência.

Os dados foram analisados com base nos documentos que subsidiam a atenção qualificada ao pré-natal. São eles: as competências essenciais publicadas pelo ICM/OMS/OPAS, Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde e Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 As Unidades de Saúde em estudo

Fizeram parte do estudo 21 Unidades de Saúde (UBS e UBSF e Policlínicas) totalizando os serviços de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto que prestavam assistência pré-natal (Tabela 3).

As Unidades de Saúde possuem equipe multidisciplinar para o desenvolvimento das atividades assistenciais, compostas por enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliar de enfermagem, agente de saúde e pessoal administrativo; contando com o apoio de outros profissionais como assistente social, psicólogo e farmacêutico quando necessário.

Algumas Unidades de Saúde mantêm parceria com instituições de ensino médio profissionalizante e superior oferecendo campo de estágio e desenvolvimento de pesquisas, propiciando troca de experiência e conhecimento.

Tabela 3. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde que prestam assistência pré-natal, segundo modalidade de atenção, São José do Rio Preto-SP, 2006.

Unidades	N	%
UBS	9	42,9
UBSF	7	33,3
Policlínica	5	23,8
Total geral	21	100

UBS-Unidade Básica de Saúde, UBSF-Unidade Básica de Saúde da Família, Policlínica.

O atendimento pré-natal nas unidades de saúde acontece diariamente nos períodos da manhã e da tarde. Em quatro delas o atendimento é ampliado, pois realizam atendimento ambulatorial até as 22 horas.

A seguir faremos uma breve apresentação das Unidades de Saúde que compuseram o estudo, ressaltando elementos que possam contribuir para a compreensão e análise dos dados. A fim de não identificar os serviços e garantir o sigilo da investigação, não será mencionada a área de abrangência de cada Unidade.

A Unidade 01 (UBSF) está localizada em bairro misto industrial /residencial, instalada em um pequeno terreno, circundada por área verde. Atende caseiros das indústrias e moradores dos bairros e chácaras ao entorno. Sua planta física é de pequenas proporções. O consultório para atendimento pré-natal é utilizado pelo médico; a enfermeira não possui sala para atendimento individual, realizando o acolhimento em uma sala multiuso. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 2.000 habitantes.

A Unidade 02 (UBS) está localizada em bairro central, misto residencial/comercial, instalada em um grande terreno, circundada por um gramado seco e sem árvores. As salas de espera (2), bem como os corredores são pequenos obrigando, muitas vezes, os clientes a aguardarem o atendimento do lado de fora da Unidade. No período do verão o local é muito quente e como não há sombra ou cobertura, os clientes ficam expostos ao sol forte. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 39.000 habitantes.

A Unidade 03 (UBS) está localizada em avenida de grande fluxo viário de bairro misto residencial /comercial, é circundada por área verde. As salas de espera são pequenas, os corredores estreitos com ventilação prejudicada; possui bancos em área externa sombreada, onde grande parte dos clientes permanece aguardando atendimento. Horário de funcionamento: 7 às 22h. População estimada: 22.000 habitantes.

A Unidade 04 (UBS) está localizada em bairro misto industrial /residencial instalada em um pequeno terreno, circundada por área verde. Possui grande sala de espera com inúmeros bancos de madeira, vários pequenos consultórios. A enfermeira realiza seu atendimento na sala da enfermagem, que compartilha com a gerente da Unidade. Horário de funcionamento: 7 às 22h. População estimada: 37.000 habitantes.

A Unidade 05 (UBSF) está localizada em bairro periférico residencial, instalada em uma pequena casa sem quintal, onde atuam duas equipes de PSF. Possui diminuta sala de espera, funcionando em parte do que seria a sala da residência. No corredor, já estreito, ficam as estantes com os prontuários dificultando a passagem. O espaço de circulação dos consultórios também é pequeno devido à quantidade de móveis e equipamentos lá depositados. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 12.000 habitantes.

A Unidade 06 (Policlínica) está localizada em bairro periférico residencial, instalada em um grande terreno. Sua construção assemelha-se a um hospital de pequeno porte. Presta atendimento 24 horas em caráter de pronto atendimento e ambulatorial com diferentes equipes. As salas de espera são amplas e arejadas; os corredores são bem iluminados (natural) amplos permitindo a acomodação de grandes bancos em frente às portas dos consultórios. A enfermeira atende em sala onde um funcionário realiza trabalhos de digitação durante todo o período de funcionamento da unidade. Horário de funcionamento: 7 às 22h. População estimada: 17.000 habitantes.

A Unidade 07 (UBSF) está localizada em um dos bairros mais periféricos da cidade que surgiu de um movimento de desfavelização. Instalada em uma área alta do bairro, possui pequena, porém arejada sala de espera. Os corredores bem como os consultórios são pequenos e mantém grande quantidade de mobiliário. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 4.500 habitantes.

A Unidade 08 (UBS) está localizada em avenida de bairro periférico, misto residencial/comercial, instalada em um pequeno terreno circundada também por pequena área verde. Em seu entorno está a zona de meretrício da cidade. Suas instalações são antigas, necessitando manutenção. A sala de espera bem como os consultórios são de pequena proporção. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 18.000 habitantes.

A Unidade 09 (Policlínica) está localizada em bairro periférico, misto residencial/comercial, instalada em avenida de grande fluxo de veículos. Faz atendimento 24 horas, em caráter de pronto atendimento e ambulatorial com equipes diferentes. As salas de espera são amplas e arejadas e há grandes painéis coloridos contendo informações para as gestantes nas paredes; a enfermeira possui sala para atendimento individual. Horário de funcionamento: 7 às 19h (ambulatorial). População estimada: 30.000 habitantes.

A Unidade 10 (UBS) está localizada em bairro periférico residencial, instalada em terreno circundado por pequena quantidade de área verde. Possui pequena sala de espera e corredores estreitos. Os consultórios são escuros e pouco arejados, a enfermagem trabalha em sala compartilhada. Há bancos espalhados na área externa da Unidade. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 22.000 habitantes.

A Unidade 11 (UBSF) fica em área periférica da cidade, transição entre área urbana e rural, com parte desta área considerada nobre por congregar chácaras de lazer. Sua construção e funcionamento são recentes, circundada por grande área verde. Possui ampla e arejada sala de espera. As consultas são agendadas durante todo o horário de funcionamento da Unidade e o atendimento é realizado no horário marcado, não acarretando acúmulo de pessoas na unidade. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 16.000 habitantes.

A Unidade 12 (UBS) está localizada bairro periférico misto residencial/comercial. O prédio é antigo, funciona de forma precária em um grande salão separado por divisórias de madeira, não proporcionando privacidade aos usuários, pois não há isolamento acústico. Os pequenos consultórios não possuem lavabos. A sala de enfermagem abriga duas mesas, sendo compartilhada pela gerente da unidade. O piso de lajota vermelha está solto e com grandes áreas cimentadas. O terreno ao lado é baldio, com presença de mato alto. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 11.000 habitantes.

A Unidade 13 (UBS) está localizada em bairro central, misto residencial/comercial. As salas de espera bem como os corredores são pequenos, obrigando muitas vezes os clientes a aguardarem o atendimento do lado de fora da Unidade. Os consultórios têm pouca iluminação e são escuros mesmo com as luzes acesas; a enfermeira realiza atendimento em sala compartilhada ou na sala de coleta de exames. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 27.000 habitantes.

A Unidade 14 (UBS) está localizada em bairro distante do centro, trata-se de área residencial de classe média. Uma bonita e bem tratada área verde circunda o local. A unidade é muito limpa e bem conservada. As consultas são agendadas e poucas pessoas ocupam os bancos nas salas da espera. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 35.000 habitantes.

A Unidade 15 (UBS/Centro de Saúde Escola) está localizada em bairro residencial, encontra-se em péssimo estado de conservação, apresenta infiltrações nas paredes e problemas hidráulicos. As salas de espera são pequenas e possuem desconfortáveis bancos de alvenaria. Seus corredores estreitos, escuros e sem ventilação trazem grande desconforto aos usuários. Uma sala de médio porte é compartilhada por duas enfermeiras e a gerente da unidade, sendo utilizada também para o acolhimento, que ocorre na maioria das vezes, em algum consultório vazio ou sala de aula da unidade. Existe um grande número de pessoas circulando no local, usuários, funcionários e alunos, pois é campo de estágio para diversos cursos da área de saúde. A Unidade está sofrendo uma reforma administrativa, há inúmeros conflitos entre os profissionais, gerando desinformações e prejudicando os usuários. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 38.000 habitantes.

A Unidade 16 (Policlínica) está localizada em bairro residencial em avenida de grande fluxo viário e saída para rodovia. De tamanho médio com área verde ao redor, possui salas pequenas e corredores estreitos, onde se acumulam estantes repletas de prontuários. A

enfermeira realiza atendimento em sala compartilhada ou na sala de coleta de exames. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 15.500 habitantes.

A Unidade 17 (UBSF) está localizada bairro residencial afastado, próximo à zona rural, distante a 12 km do centro de São José do Rio Preto. Ocupa uma casa do bairro e os usuários aguardam o atendimento sentados em cadeiras na varanda. Possui amplo quintal gramado com algumas árvores. Os consultórios são pequenos e a enfermeira atende em diversos locais, tais como consultórios ou sala de procedimentos, nem sempre desocupados. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 10.000 habitantes.

A Unidade 18 (UBSF) está localizada em distante bairro periférico, com pequenas casas de blocos sem revestimento externo. Sua construção é recente, as consultas são agendadas permitindo desta forma uma redução do número de usuários na sala de espera que é bem iluminada e ventilada. A enfermeira atende nos consultórios. Horário de funcionamento: 7 às 16h. População estimada: 21.000 habitantes.

A Unidade 19 (Policlínica) está localizada às margens de uma grande rodovia estadual. As salas de espera, corredores e consultórios apresentam pequenas dimensões dificultando a circulação e o atendimento. A enfermeira realiza atendimento em sala compartilhada. Os usuários permanecem em bancos do lado externo da Unidade enfrentando sol e chuva. Horário de funcionamento: 7 às 22h. População estimada: 25.000 habitantes.

A Unidade 20 (UBSF) está localizada em distrito afastado aproximadamente 15 km de São José do Rio Preto. Pode ser chamado de “distrito dormitório” uma vez que a maioria dos indivíduos ali residentes trabalha na área central da cidade. Possui sala de espera com boa iluminação e ventilação e consultórios amplos, onde a enfermeira realiza seu atendimento. Horário de funcionamento: 7 às 17h. População estimada: 2.600 habitantes.

A Unidade 21 (Policlínica) localizada em grande bairro periférico residencial. Sua construção é recente, faz atendimento 24 horas em caráter de pronto atendimento e

ambulatorial, funcionando com equipes distintas. As salas de espera são amplas e arejadas e os corredores bem iluminados e largos. A enfermeira realiza atendimento individualizado em sala própria. População estimada: 65.000 habitantes.

Observamos que de maneira geral, a planta física das Unidades segue um modelo padronizado, centralizando alguns tipos de especialidade, tais como imunização, curativo, emergência, salas de medicação e de coleta de exames. Ainda no que se refere a recursos físicos, deve-se ressaltar que já houve algum investimento na construção de área física, nas reformas de prédios e residências para instalações das Unidades de Saúde. Mas podemos afirmar que, no momento, as condições físicas e ambientais de várias Unidades são inadequadas às necessidades locais.

São José do Rio Preto atendendo aos pressupostos do SUS ampliou o número de Unidades Básicas de Saúde, mas a experiência anterior estava fortemente baseada no modelo hospitalocêntrico e a falta de experiência e planejamento para a Atenção básica à Saúde, subdimensionou os projetos das Unidades de Saúde.

Observamos também que, em se tratando de espaço físico, o compartilhamento de atividades em um só espaço, dificultou a aproximação entre o profissional de saúde e a usuária.

Identificamos dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras em relação ao seu ambiente de trabalho, com intenso ruído atrapalhando o atendimento, além da má ventilação de várias Unidades.

O atendimento foi realizado em salas disponíveis no momento da consulta de enfermagem, dentre as quais sala da gerencia de enfermagem, de coleta de exames, de curativos, “multi-uso”, entre outras; gerando dificuldades para o processo de trabalho das enfermeiras, tais como: o ruído da comunicação pelas falas dos demais funcionários simultaneamente; interrupções, ora pela auxiliar de enfermagem que traz os prontuários, ora

por gestante querendo ser atendida “só para uma perguntinha”; além da entrada de outros profissionais administrativos; provocando ausência de privacidade das gestantes e descontinuidade do ritmo do processo.

O Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – versão 2 /2006 apresenta os pontos a serem observados nos projetos arquitetônicos: **conforto térmico** (atentar para ventilação e insolação naturais, utilizar materiais que proporcionem conforto térmico ao ambiente, atenção especial ao tipo de cobertura, etc.); **conforto acústico** (em áreas que necessitam de um melhor conforto acústico utilizar materiais de revestimento próprio para este fim); **materiais e mão de obra** (empregar na construção, materiais atentando para a cultura local); **humanização** (atentar para fluxos definidos, áreas arejadas, esperas adequadas ao volume de usuários previstos, circulações fartas, etc); **fluxos** determinados por atividades afins (setorizar áreas de uso comum para diminuir trânsito desnecessário dentro da unidade, principalmente público externo).

Conforme observado na Tabela 4, as Unidades em estudo possuem uma população estimada bastante diversa na área de abrangência, o que exige organização diferenciada dos serviços de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, o que não foi observado no estudo.

Tabela 4. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde que prestam assistência pré-natal, segundo população estimada da área de abrangência, São José do Rio Preto-SP, 2006.

População estimada	N	%
< 5.000 habitantes	3	14,3
6.000 – 15.000 habitantes	4	19,0
16.000 – 25.000 habitantes	7	33,3
26.000 – 35.000 habitantes	3	14,3
36.000 – 45.000 habitantes	3	14,3
> 46.000 habitantes	1	4,8

Várias questões conceituais envolvem o tema gerando dúvidas e conseqüentes distorções, que repercutem no atendimento à população. Alterações se fazem necessárias para organizar a área física por se tratar de unidades integradas de saúde em um sistema único de saúde, mas com especificidades locais. Trabalhar esta proposta racionalizaria a utilização dos espaços das unidades contribuindo para torná-las mais humanizadas, com fluxos e determinantes físicos geradores de maior satisfação a seus usuários.

4.2 Caracterização das enfermeiras

O estudo foi realizado com 21 enfermeiras, correspondendo a uma representante de cada um dos serviços estudados, totalizando as Unidades de Saúde que prestam atendimento às gestantes no município.

Na cidade de São José do Rio Preto 100% dos enfermeiros que atuam na atenção pré-natal são do sexo feminino. É fato que a enfermagem, ainda nos dias atuais, permanece como profissão essencialmente feminina, o percentual de homens que buscam essa opção profissional é reduzido (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Desde os primórdios das civilizações, o cuidado foi delegado às mulheres, a pretexto de suas habilidades próprias, advindas de sua condição de mulher e mãe (WALDOW, 1999). Em pleno século XXI ainda permanece, e não se pode negar, a predominância feminina na prestação de cuidados aos doentes quer seja em instituições hospitalares ou clínicas.

No Brasil as trabalhadoras concentram-se em verdadeiros *guetos ocupacionais* de pouco prestígio social. O magistério e a enfermagem continuam sendo as maiores opções para aquelas que completam o curso superior (FONSECA, 1996).

Do total de entrevistadas, observamos que, quanto à idade, 66,7% têm mais de 30 anos, sendo 47,7% entre 31 e 40 anos e 9,5%, entre 46 e 50 anos; quanto ao estado conjugal, 47,6% são casadas ou vivem em parceria fixa e 57,2% das profissionais têm filhos (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das enfermeiras que atuam na assistência pré-natal segundo idade, estado conjugal e número de filhos, São José do Rio Preto-SP, 2006.

Categorias	N	%
Idade		
26 a 30 anos	7	33,3
31 a 35 anos	7	33,3
36 a 40 anos	3	14,4
41 a 45 anos	2	9,5
46 a 50 anos	2	9,5
Estado conjugal		
Solteira	9	42,8
Casada	9	42,8
Separada	1	4,8
Divorciada	1	4,8
União consensual	1	4,8
Nº de filhos		
Nenhum	9	42,8
1	7	33,3
2	4	19,1
3	1	4,8

Observamos que 61,9% das enfermeiras que participaram da pesquisa são egressas do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP); 19,0% delas cursaram enfermagem na Faculdade de Fernandópolis, município próximo (120 km) do local pesquisado. Profissionais provenientes de outros municípios do Estado de São Paulo estão representados em 38,1% (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição das enfermeiras, segundo a instituição de ensino superior do curso de graduação em enfermagem, São José do Rio Preto-SP, 2006.

Instituição	N	%
FAMERP	13	61,9
Faculdade de Fernandópolis	4	19,0
EERP	1	4,8
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Jaú	1	4,8
Faculdade de Araras	1	4,8
Faculdade de Votuporanga	1	4,8
Total geral	21	100

EERP-USP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
 FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Ao analisarmos o tempo decorrido após o término da graduação, constatamos que mais da metade das entrevistadas (57%) está formada há menos de 10 anos, e 9,6% destas graduaram-se há mais de 20 anos (Tabela 7). O ano de conclusão da graduação em enfermagem mais remoto foi o de 1983 e o mais recente de 2003.

Tabela 7. Distribuição das enfermeiras das Unidades de Saúde de São José do Rio Preto (SP), segundo anos de formação. São José do Rio Preto-SP, 2006.

Anos de Formação	N	%
Menos de 5 anos	1	4,7
5 a 10 anos	11	52,3
10 a 15 anos	5	23,8
15 a 20 anos	2	9,6
Acima de 20 anos	2	9,6
TOTAL	21	100

Duarte et al (2000) medindo o tempo de trabalho em saúde, dos egressos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, estimou que sua vida média de labor destes era de por 18,12 anos.

O tempo de serviço das enfermeiras atuando na assistência pré-natal variou de 4 meses a 20 anos, sendo que 71,4% (15) têm até cinco anos de prática nas Unidades de Saúde em estudo. Anselmi; Duarte; Angerami (2001) concluíram, em estudo realizado em Ribeirão

Preto, que o tempo de permanência no emprego, constitui elemento relevante no processo dos serviços. Uma força de trabalho estável e qualificada além de sustentar o processo de cuidar, cria também possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados.

Das enfermeiras entrevistadas 97,0% possuem curso de pós-graduação *lato sensu*, apenas uma (3,0%), formada em 1995, não cursou este programa após a conclusão do curso de graduação em enfermagem. Mais da metade (56%) cursou apenas uma especialização e parte destas (29,0%) concluiu duas especializações, (9,0%) três cursos e uma delas (3,0%) cursou quatro especializações (Figura 1).

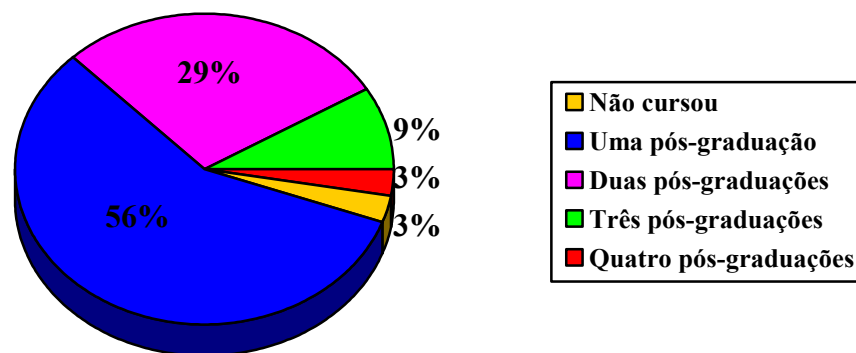


Figura 1. Número de cursos de pós-graduações *lato sensu* concluídas pelas enfermeiras das Unidades de Saúde, São José do Rio Preto-SP, 2007.

Dentre as especializações mais cursadas pelas enfermeiras temos: GERUS-Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, Especialização em Saúde Pública, Especialização em Saúde da Família e Especialização em Unidade de Terapia Intensiva (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição das enfermeiras das unidades de saúde segundo especializações concluídas, São José do Rio Preto-SP, 2006.

Especialização	N	%
GERUS*	10	47,6
Saúde Pública	6	28,5
Programa de Saúde da Família	6	28,5
Unidade de Terapia Intensiva	5	23,8
Enfermagem do Trabalho	2	9,5
Enfermagem do Trabalho	2	9,5
Licenciatura em Enfermagem	1	4,7
Auditoria em Saúde	1	4,7
Nefrologia	1	4,7
Centro Cirúrgico	1	4,7
Sem especialização	1	4,7

Quanto à qualificação profissional das enfermeiras (Tabela 8), observamos que nenhuma das enfermeiras que trabalham na assistência pré-natal possui especialização ou habilitação na área da obstetrícia. Onofre et al. (1990) afirmam que a qualificação profissional das enfermeiras é importante e necessária para que possam acompanhar os avanços e as transformações tecnológicas, visando melhoria da assistência prestada à clientela, além de postura mais crítica e reflexiva dos aspectos profissionais e estruturais.

É digno de nota que 95,3 % das entrevistadas declararam não ter participado de nenhum evento científico na área nos últimos cinco anos. Resultado similar foi encontrado no estudo sobre o perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, nas instituições em Sorocaba (SP), onde foi identificado que 71,6% das enfermeiras não participaram de nenhum evento científico nos últimos dois anos (GARDENAL et al., 2002).

Urbano (2002) chama atenção das rápidas mudanças que ocorrem na era da informação e a obsolescência do conhecimento, o que requer constante atualização através outros meios que não o ensino formal, tais como: congressos, conferências, seminários.

A enfermagem brasileira atravessa um período de mudanças desde a implantação do Sistema Único de Saúde, que prevê um modelo de assistência integral à saúde. O princípio da integralidade implica investir na qualificação da assistência, o que tem sido uma meta dos gestores do SUS.

Tanto na atenção ao pré-natal quanto no atendimento ao parto, a presença e o papel da enfermeira obstetra têm sido incentivados no País, devido à sua contribuição para ampliação da cobertura e qualidade dos serviços.

Contudo estudos têm evidenciado deficiências em atingir estas metas. Costa; Guilhem; Walter (2005) avaliando a atenção à saúde das mulheres grávidas realizada em diferentes municípios brasileiros identificaram que as secretarias municipais de saúde não empregam enfermeiros obstetras na rede de atenção básica de saúde.

Almeida (1991) identificou que na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, as ações de enfermagem passaram a priorizar a assistência médica individual e as enfermeiras passaram a atuar como auxiliares da consulta médica. Organizam a infra-estrutura material, pessoal e funcional para assegurar o pronto atendimento. Coordenam, controlam e supervisionam vários setores, executam atividades assistenciais mais complexas e atuam junto à clientela para acomodá-la e encaixá-la à consulta médica. A autora chama atenção que na rede básica de saúde, a expectativa é que o atendimento se dê com base no cuidado coletivo fundamentado nas ações preventivas e educativas, o que ainda não estaria ocorrendo em seu estudo.

Apenas três enfermeiras do estudo (14,3%) atuam em mais de uma instituição de saúde, sendo referido como necessidade financeira. Outros pesquisadores evidenciaram dados

mais alarmantes como Dotto (2006) que identificou que 40% dos profissionais de enfermagem atuando em Maternidades de Rio Branco (Acre) trabalhavam em mais de uma instituição e 3% com três empregos.

A carga horária média semanal das enfermeiras da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de SJRP é de 40 horas, com turnos diários de 8 horas.

4.3 A Assistência Pré-natal realizada pelas enfermeiras

Para analisar a configuração da assistência pré-natal nos baseamos nos dados de observação e das entrevistas com as enfermeiras no atendimento às gestantes nas unidades de saúde onde este estudo foi realizado.

Observamos que as mulheres chegam aos serviços por demanda espontânea. Nas UBSF as gestantes também chegam referenciadas pelos agentes comunitários de saúde após visita domiciliar. A procura se faz pela suspeita e expectativa realização de teste de gravidez. Configura-se então, que a demanda não é para o cuidado, mas para a realização de exames laboratoriais.

Quando a gestante chega à unidade, a enfermeira faz o primeiro atendimento, recebe a mulher, explica a necessidade de confirmação da gravidez através de teste específico. As usuárias fazem o exame e retornam em consulta pré-agendada com a enfermeira.

Confirmada a gravidez, a assistência de enfermagem prestada está fortemente centrada na solicitação dos exames de rotina do primeiro trimestre da gravidez (85,7%), orientações sobre a periodicidade das consultas médicas (61,9%) e informações sobre o grupo de gestantes (61,9%) conforme dados de observação apresentados na Tabela 9.

Ainda que de maneira bastante tímida, identificamos questionamentos sobre o que a futura mãe pensa em relação à gestação atual, sua perspectiva de futuro, as condições sociais, alimentação, moradia e apoio familiar.

Tabela 9. Observação das atividades realizadas pelas enfermeiras na assistência pré-natal, SMHS. São José do Rio Preto-SP, 2006.

Observação	N	%
Compete às enfermeiras no cuidado pré-natal		
Solicitar exames de rotina pré-natal/teste de gravidez	18	85,7
Fazer inscrição da gestante no SISPRENATAL	1	4,8
Aconselhamento do pré-teste de HIV	1	4,8
Identificar se gravidez foi desejada/condições familiares/companheiro	1	4,8
Fazer orientações		
Sobre o grupo de gestantes	13	61,9
Sobre retorno e periodicidade das consultas médicas	13	61,9
Sobre cuidados gerais no pré-natal (rotina)	9	42,8
Sobre importância do pré-natal com enfoque no bebê	3	14,2
Sobre mudanças corporais/ importância do pré-natal com enfoque na mãe	2	9,5
Sobre cuidados nutricionais/aleitamento materno	2	9,5
Primeira consulta médica	1	4,8

Todas as demais consultas de controle pré-natal são agendadas com o médico que acompanhará o desenvolvimento da gravidez, conforme a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde (mensal, depois quinzenal, e semanal a partir de 36 semanas).

Nas UBS e Policlínicas as gestantes são atendidas na recepção, onde os agentes administrativos conferem o cartão e as encaminham para as auxiliares de enfermagem que avaliam o peso e a pressão arterial. Posteriormente são encaminhadas para a consulta médica. Nas UBSF quem realiza estes procedimentos são os próprios médicos no consultório.

Observamos que em todas as unidades o atendimento é centrado na figura do médico (especialista em Ginecologia e Obstetrícia nas UBS e Policlínicas e generalistas nas UBSF). Pierantoni; Machado (1993) referem que o médico, ao longo dos tempos, vem detendo a

direcionalidade do trabalho da equipe em saúde, o que limita as ações de outros profissionais. O saber médico vem se definindo histórica e socialmente com o saber hegemônico, estabelecendo lutas e disputas de espaço e poder, com predomínio da classe médica.

Segundo Petterson e Stone (2004, apud Dotto, 2006), o modelo brasileiro de atenção obstétrica é quase que eminentemente institucionalizada, com limitada ação dos profissionais não médicos.

Almeida e Rocha (1989) consideram *o cuidado* como objeto da enfermagem, contudo aceitam que este objeto não está claramente definido, em especial na interface com o trabalho médico.

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com o aumento do número empregos, particularmente expressivos no caso da categoria médica. Entre 1992 e 1999 houve no país um incremento de 38 % no número de postos de trabalho médico na assistência ambulatorial do SUS (NOGUEIRA, 1986). Rodriguez Neto (1996) ressalta ainda que esse mercado é essencialmente constituído por postos de trabalho na atenção básica, integrado por especialidades como clínica médica, pediatria e obstetrícia. Lembramos que o número de médicos no município corresponde a 4,27/1.000 hab., enquanto que o de enfermeiros 1,31/1.000 hab. Além da questão numérica, é importante ressaltar a necessidade de criar espaços para a atuação das enfermeiras no cuidado á saúde dos indivíduos.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal, baseadas em revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências.

Entre os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS, um deles indica que o cuidado na gestação e no parto normais deve ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de

enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais; assegurando a proteção, promoção e suporte necessário para se atingir um cuidado efetivo (WHO, 2004).

Apesar destas recomendações, observamos que a participação das enfermeiras no cuidado pré-natal de baixo risco é bastante limitada no município em estudo.

Em pesquisa realizada nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, a proporção de mulheres atendidas por enfermeiros, parteiras e auxiliares de enfermagem no pré-natal é de 13% e 8%, respectivamente (BEMFAM, 1997).

Ao analisarmos as entrevistas identificamos uma preocupação com o acolhimento das gestantes, com 95,2 % das enfermeiras relatando este cuidado, bem como com a confirmação da gravidez (85,7%) para inclusão das mesmas no cuidado pré-natal, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10. Atividades no atendimento pré-natal segundo as enfermeiras das unidades básicas de saúde, SMHS. São José do Rio Preto-SP, 2006.

Atividades realizadas	N	%
Acolhimento	20	95,2
Solicitação de Beta HCG	18	85,7
Realização de Anamnese	2	9,5
Solicitação de Exames do 1º Trimestre da Gravidez	19	90,5
Coleta de Papanicolaou	1	4,7
Dispensação de Medicação	4	19,0
Orientações individuais	13	61,9
Encaminhamentos	3	14,3
Visita domiciliar	7	33,3

Após a confirmação de gravidez (BetaHCG positivo) a enfermeira realiza, o que todas denominaram, a “primeira consulta”, com a solicitação dos exames de rotina (90,5%) e orientações individuais (61,9%).

Nas atividades relacionadas à assistência pré-natal, estudos demonstrados por pesquisadoras como Amaral, Araújo e Soares (1990), Moura (1997) e Moura, Araújo e Flores (2002) relatam que a Consulta de Enfermagem tem sofrido transformações em sua concepção, metodologia e, principalmente em sua inserção nos serviços de saúde.

Como descrito na Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe à enfermeira realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública (estabelece no Art. 11, Inciso II, Alínea C que “*cabe ao enfermeiro como integrante da equipe da saúde a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde*”); oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde.

Lembramos que o acolhimento muitas vezes foi realizado em um espaço aberto, como por exemplo, o final do corredor ou em áreas destinadas às palestras ou ainda salas compartilhadas com o pessoal técnico-administrativo.

Matumoto (1998) em seu estudo sobre o acolhimento em unidades de saúde do município de Ribeirão Preto assinala a importância de compreendermos o acolhimento como um processo que se inicia mesmo antes do usuário chegar ao serviço de saúde, uma vez que este se estrutura para o atendimento definindo espaços específicos, formas de atender necessidades de saúde. A autora chama atenção que certamente o ambiente interfere sobre o acolhimento, pois a usuária fica constrangida, limitando-se a expressar rapidamente seus problemas. Em seu estudo o espaço interno das Unidades de Saúde era ocupado preferencialmente pelos médicos em consultórios individuais, e as salas de uso coletivo são ocupadas para procedimentos de enfermagem, caracterizando assim os espaços por categorias e fragmentando por ações.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), entre as demais condições básicas para a organização da assistência pré-natal faz-se necessário uma área física adequada, onde a privacidade é um fator essencial para a consulta, o que não evidenciamos neste estudo.

Conforme refere Solla (2005) várias ações caracterizam o acolhimento no pré-natal na rede básica de saúde. Recepção, escuta, identificação de demandas e respostas adequadas as gestantes pelos trabalhadores de saúde, que devem se empenhar em entender e resolver os problemas trazidos pelas usuárias; Estrutura física das unidades, com ambiente adequado para as diversas ações e para espera das gestantes; Organização de oferta programática: atividades individuais e em grupo voltadas ao pré-natal; Realização na própria unidade de pequenos procedimentos, coleta de material para exames e dispensação de medicamentos básicos evitando que a paciente tenha que buscar estas ações em outros serviços de saúde; Articulação com os serviços de urgência/emergência.

Camelo et al. (2000) apontam que a equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário, desenvolvendo uma relação mais próxima com as pessoas que buscam, precisam de ajuda.

Miranda e Miranda (1990) ressaltam sobre a relação de ajuda, afirmando que esta ocorre no encontro entre duas pessoas e, a partir deste encontro, o “ajudador” vai acolher o “ajudado” e construir a base de uma relação a dois.

Rios e Vieira (2007) afirmam que o termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser.

Saito e Gualda (1993) recomendam utilizar estratégias como a escuta aberta, sem julgamento e preconceitos e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de suas dúvidas e

necessidades, possibilitando o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional-cliente.

No trabalho de Costa, Guilhem e Walter (2005) o vínculo construído entre a mulher e o profissional foi apontado como importante quesito para a humanização da atenção, para a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal.

Segundo o Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada do Ministério da Saúde, 2005, entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Ações Educativas em Grupo

Dentre as Unidades de Saúde pesquisadas, em quatro delas (19,0%) as enfermeiras afirmaram não realizar grupos de orientações para gestantes e uma (4,8%) disse apenas fazer orientações individuais. Nas demais Unidades (76,2%) das gestantes são preparadas para a maternidade a partir de sua inserção no pré-natal, recebendo orientações e esclarecendo dúvidas conforme o apresentado na Tabela 11.

Tabela 11. Ações Educativas em Grupo no Pré-Natal nas Unidades de Saúde de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto-SP, 2006.

ENCONTROS	N	%
Periodicidade		
Semanal	13	81,3
Bimestral	1	6,2
Eventual*	2	12,5
Local		
Unidade de Saúde	12	75,2
Sala de Aula	1	6,2
Sala de espera	1	6,2
Centro Comunitário	1	6,2
Escola	1	6,2
Número de encontros		
4 - 6	6	37,5
8 - 9	9	56,3
10	1	6,2
Profissionais envolvidos		
Enfermeira, médico, dentista e psicóloga	9	56,3
Enfermeira, médico e dentista	3	18,8
Enfermeira e médico	2	12,5
Enfermeira e psicóloga	1	6,2
Enfermeira e Agente Comunitário de Saúde	1	6,2
Assuntos desenvolvidos pelas enfermeiras		
Aleitamento materno	8	38,1
Cuidados com o RN	8	38,1
Cuidados com a puérpera	1	4,7
Direitos da puérpera	1	4,7
Desenvolvimento fetal	2	9,5
Planejamento familiar	2	9,5
Cuidados com as mamas	8	38,1

* Eventual: quando há número suficiente de gestantes para formar grupos.

A partir das falas das enfermeiras foi possível observar que o modelo educacional utilizado era o “bancário”, assuntos eram apresentados de forma fragmentada, pelos diversos profissionais de saúde, centrado em um atendimento biológico.

O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtivo e que ofusca questões subjacentes, que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

Neste sentido, a percepção de Mattos (2001) quanto à necessidade de rompermos com o olhar fragmentado da relação profissional-profissional e profissional-cliente é muito importante. Trabalhamos com sujeitos sociais, portadores de desejos, sonhos, aspirações e que, em um dado momento clamam por atenção dialogada. Do ponto de vista operacional, o que se preconiza é a oferta de ações educativas que permitam a mulher adquirir competências cognitivas, através de metodologias participativas, a fim de preparar-se para viver o parto de forma positiva e feliz. Entendemos que o processo educativo é fundamental não só para aquisição de conhecimentos sobre a gestação e o parto, mas também para seu fortalecimento como cidadã (Rios e Vieira, 2007).

A maioria das Unidades apresenta espaço físico inadequado para que se desenvolvam técnicas de ensino. As constantes interrupções fazem com que as gestantes não se sintam à vontade, além de dificultar a ação. Desta forma já existe um movimento de encontrar local extra Unidade, escola e centro comunitário, a fim de com maior conforto realizar as ações educativas.

A coordenação das Ações Educativas em Grupo no pré-natal em todas as Unidades de Saúde visitadas era da enfermeira. Reforçando assim que a profissional é elemento ativo da equipe de saúde, exercendo papel educativo e contribuindo para que se produzam mudanças concretas e saudáveis, nas atitudes das gestantes e familiares sempre em busca de bem-estar e qualidade de vida.

Em síntese, diante da descrição e crítica da realidade do serviço, inferimos que as condições nas quais as enfermeiras realizam os grupos de orientação têm abrangência limitada para envidar estratégias educativas em saúde, para o fortalecimento individual e/ ou coletivo das gestantes.

Dificuldades encontradas na realização do pré-natal

Interessou-nos, também, verificar quais os principais problemas e dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras no seu cotidiano. A falta de habilidade/segurança para a realização da consulta em pré-natal foi um dos mais referidos. Esse fato é decorrência do que já apresentado anteriormente, nas respostas dadas pelas enfermeiras, ou seja, pela sua atuação não sistemática nessa fase do ciclo gravídico-puerperal.

Tabela 12. Dificuldades e desejos das enfermeiras que prestam assistência pré-natal em São José do Rio Preto-SP, 2006.

Enfermeiras	N	%
Dificuldades		
Não tem dificuldade apenas para o primeiro contato	8	38,0
Não está preparada para fazer o pré-natal	4	19,0
Acúmulo de funções	4	19,0
Sente-se mais preparada (teve apoio da enfermeira e/ou médico e/ou protocolo)	2	9,6
Tem pouco tempo para dedicar-se ao pré-natal	2	9,6
Sente-se preparada apenas para educação em saúde	1	4,8
A planta física não é adequada	1	4,8
Sente dificuldade em acompanhar a evolução da gravidez	1	4,8
Sente dificuldade nas intercorrências	1	4,8
A clientela prefere ser atendida pelo médico	1	4,8
Desejos		
Receber formação/capacitação para utilizar o protocolo	2	9,6
Ter mais tempo para dedicar-se ao pré-natal	1	4,8
Ter espaço físico adequado para realizar o grupo de gestantes	1	4,8

Uma das razões que também dificulta a atuação sistemática da enfermeira no pré-natal é o acúmulo de funções (19,0%). Sabemos que, mesmo não estando na coordenação da UBS, a enfermeira tem sempre, sob seu encargo, vários programas, tais como o da Criança, da Imunização, da Hipertensão, de Diabéticos, entre outros.

A assistência prestada às gestantes por enfermeiras da rede básica de saúde no município de São José do Rio Preto não é “operacionalizada sistematicamente”, a visão assistencial, na perspectiva da atenção médica exclusiva, reforça este tipo de atenção.

Para a realização de exame físico específico (obstétrico) são necessárias habilidades (saber-fazer) para atingir tal competência, que exigem treinamento e experiência. Chamamos atenção para a necessidade de revisão no processo ensino/aprendizagem da disciplina referente à Saúde da Mulher responsável pela formação em atenção pré-natal, para que o graduado possa construir a competência esperada.

A fim de dar atenção eficaz e de boa qualidade durante a gravidez e o parto, o pessoal qualificado (parteiras profissionais, enfermeiras ou médicos) deve ter uma variedade de habilidades específicas e poder exercê-las de forma competente. Também é fundamental que o pessoal qualificado esteja autorizado a realizar todos os procedimentos para os quais tenha sido capacitado, a fim de manter sua destreza atualizada e oferecer uma atenção que satisfaça as necessidades das mulheres a quem se prestam os serviços. Para que isso ocorra, o pessoal qualificado necessita de um contexto facilitador onde presta serviço. Isto inclui um marco legal e normativo de respaldo, acesso a equipamentos e medicamentos essenciais, um sistema de referência em funcionamento e sistemas de educação e de saúde que fomentem o pensamento crítico, a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação eficazes (MACDONALD & STARR, 2003).

Os enfermeiros qualificados podem e devem realizar uma ampla variedade de intervenções efetivas, para diminuir tanto a morte materna e neonatal. Durante a gravidez, este profissional deve ser capaz de: monitorar a saúde da mulher e do feto; dar tratamento preventivo e curativo para enfermidades comuns (anemia, infecções de transmissão sexual, infecções das vias urinárias e malária) e imunizar contra o toxóide tetânico; e educar as usuárias sobre os sinais de perigo e orientá-las no planejamento do parto. Mais ainda, um provedor qualificado deve ser capaz de oferecer aconselhamento e apoio para enfrentar uma gravidez não desejada. O enfoque da atenção qualificada se baseia na premissa de que todas as mulheres têm direito a cuidados de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal.

A assistência pré-natal tem como um dos objetivos principais a identificação dos fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e, se necessário, encaminhar a gestante a um nível de referência de maior complexidade, assegurando, portanto, o tratamento precoce dessas condições anormais. Estas são habilidades essenciais exigidas do profissional que atende a gestante (Anexo A), de acordo com as competências essenciais para o exercício básicas da obstetrícia elaboradas pela Confederação Internacional das Parteiras. Embora (23,8%) das enfermeiras tenham relatado que tiveram dificuldade em identificar fatores de risco, as conseqüências dessas dificuldades podem se tornar sérias, especialmente para aqueles casos em que o diagnóstico rápido e o tratamento adequado se fazem imprescindíveis para a saúde materna e fetal.

Tabela 13. Conhecimento sobre o Protocolo de Enfermagem-Saúde da Mulher pelas enfermeiras que prestam assistência pré-natal em São José do Rio Preto-SP, 2006.

Enfermeira	N	%
Desconhece o processo de elaboração		
Não sei como foi, já estava implantado	7	33,3
Não sei como foi, recebi treinamento	2	9,6
Não sei como foi, fiz curso do exame físico	1	4,8
Não sei como foi, recebi orientações na capacitação 2007	1	4,8
Total	11	52,5
Conhece o processo de elaboração		
Participou da elaboração	5	23,7
Participou da elaboração e implantação (reuniões e informes)	3	14,2
Participou da elaboração, recebeu curso de Sistematização da Assistência de Enfermagem	1	4,8
Participou da elaboração e implantação, refere não ter havido treinamento específico	1	4,8
Total	10	47,5

Os dados revelam que há necessidade de pensar espaços de construção coletiva do papel da enfermeira no cuidado pré-natal em São José do Rio Preto.

Dotto (2005) ressalta que a avaliação de competências clínicas pode ser útil para iniciar a discussão e reflexão sobre o estabelecimento de protocolos assistenciais para a atenção materna baseada nas melhores práticas e competências essenciais em obstetrícia.

A partir dos motivos alegados pelas enfermeiras para as causas das dificuldades vivenciadas por elas para o cuidado pré-natal, foi possível identificar: carga horária insuficiente na graduação em disciplinas relacionadas à saúde da mulher, a falta de interesse na área durante a graduação, inexperiência (recém-graduada) e falta de capacitação no protocolo de serviço (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição dos motivos alegados pelas enfermeiras para as causas das dificuldades em realizar atividades da assistência pré-natal. São José Rio Preto-SP, 2006.

Motivos	Enfermeiras (N°)	Enfermeiras (%)
Carga horária insuficiente na graduação	11	52,5
Inexperiência na área	5	23,7
Falta de interesse na área durante a graduação	3	14,2
Falta de capacitação no protocolo de serviço	2	9,6

A carga horária insuficiente na graduação foi o motivo mais relatado pelas enfermeiras (52,4%). Estas afirmaram que alguns conhecimentos não foram discutidos ou foram pouco discutidos, durante a graduação. Ressaltando que a disciplina de atenção à saúde da mulher possui muito conteúdo para ser discutido num período de tempo reduzido e um breve período de atividades práticas não proporcionando as habilidades necessárias para a prática profissional.

Alencar, Batista & Moreno (2007) apontaram heterogeneidade de carga horária nos 17 cursos de Enfermagem analisados na capital paulista. Em relação ao ensino da Saúde da Mulher, os autores assinalaram que em nove instituições a duração da disciplina foi entre 101-105 horas, seis de 71-100 horas e apenas em duas superiores a 200 horas. Identificaram também que, em 12 cursos, a disciplina Saúde da Mulher vem sofrendo mudanças como

redução e/ ou redistribuição de carga horária, adaptação de conteúdos, implantação na proposta de ensino problematizadora; o que deve ser repensado pelas instituições de ensino.

Algumas das entrevistadas (23,8%) referiram ser necessário cursar a pós-graduação, lato sensu, em enfermagem obstétrica.

Tavares (2007) apresenta, em estudo realizado em São José do Rio Preto, que enfermeiras egressas do curso de especialização em enfermagem obstétrica sentiram maior dificuldade na assistência pré-natal principalmente por pouca prática no período de aprendizagem.

As enfermeiras entrevistadas informaram utilizar algumas estratégias para superar as dificuldades, por exemplo, procurar ajuda de outro profissional com mais experiência, sendo que 48% das enfermeiras entrevistadas receberam esta ajuda do médico. Voltar a estudar foi relatado por 68% delas, buscando em livros e manuais técnicos a solução para as dificuldades vivenciadas.

Quando se quer reforçar a capacidade do pessoal qualificado a fim de salvar a vida das mulheres protegendo e promovendo a saúde materna é indispensável estabelecer programas de capacitação de alta qualidade. Um processo educativo que alcance êxito fomenta na pessoa qualificada a aquisição de habilidades e competências práticas para a resolução de problemas, pensamento crítico e de tomada de decisões. Também põe ênfase na importância de respeitar e responder às necessidades das usuárias. Um sistema educativo que promova tais destrezas, habilidades e conhecimentos inclui os seguintes componentes básicos: programas de capacitação apropriados, além da educação contínua e oportunidades de reciclagem para profissionais; materiais didáticos atualizados, completos e pertinentes às situações locais; e docentes qualificados que sejam capazes de supervisionar a aprendizagem clínica dos estudantes tanto no serviço como na comunidade (MACDONALD & STARR, 2003).

4.4 A visão dos gestores

As entrevistas com os dois gestores, envolvidos na organização do Programa de Saúde da Mulher, foram agendadas e realizadas na sede da SMSH.

Privilegiamos apresentar, em torno de três categorias temáticas, os elementos que se mostraram significativos na visão dos gestores sobre o processo de trabalho da enfermeira que assiste o pré-natal, bem como as questões que envolvem a implantação e utilização do protocolo de enfermagem da SMSH de SJRP.

4.4.1 O protocolo: como ele foi planejado e implantado

A partir da análise do conteúdo das falas dos gestores, evidenciamos que o planejamento e elaboração do protocolo para atuação das enfermeiras na assistência à mulher da SMHS de SJRP, foram realizados a partir de uma demanda específica, ou seja, dar respaldo para as enfermeiras atuarem na estratégia de Saúde da família.

“... os enfermeiros da saúde da família necessitavam de um respaldo para poder ter resolutividade nos atendimentos que eles faziam. Então foi ai que a gente tomou conhecimento dos protocolos que tinham acabado de implantar no município de São Paulo. Eu participei da elaboração do protocolo de São Paulo e quando ficou pronto tivemos acesso e trouxemos para o município. Nós começamos a discutir com os enfermeiros da saúde da família e depois de algum tempo foi que trouxemos os enfermeiros da unidade básica, entendendo que o protocolo não era só para os enfermeiros da saúde da família, era também para os enfermeiros do município”. (G1)

“... existe um protocolo da enfermagem que foi feito junto com o pessoal da saúde da mulher, pelos médicos, isso já faz até algum tempo... não é de agora que o protocolo existe, mas mesmo assim acredito que não foi implantado com tanta força assim, não é tão freqüente a participação das enfermeiras”. (G2)

Protocolo pode ser definido como conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam os atos públicos. A aplicação de protocolos de trabalho para o serviço público deve facilitar o gerenciamento das ações e respeitar os princípios de universalidade e equidade propostos pelo SUS (HEBLING et. al., 2007).

Escorel et. al. (2007) afirmam ser os protocolos clínicos, mecanismo de coordenação e de redução da variedade das condutas. Manuais com protocolos clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde orientam o acompanhamento dos grupos prioritários, como, por exemplo, protocolo da saúde da mulher.

Os Protocolos de Enfermagem são utilizados no PSF no município de São Paulo desde 2003 subsidiando a prática assistencial dos enfermeiros, usado principalmente na consulta de enfermagem, facilitam o processo de trabalho bem como reflexão crítica sobre o seu papel. (ATAKA; OLIVEIRA, 2007).

Salviano e Silva (2007) chamam a atenção que para construir os protocolos assistenciais, cada equipe em sua especialidade, programa ou serviço, deverá inicialmente definir as prioridades, e começar por aquelas de solução mais rápida ou cujo problema é mais crítico. Em seguida, deve-se estabelecer um Plano de Ação com o envolvimento de todos os atores do processo assistencial. Este plano de trabalho deverá estar dividido por linhas de ação, onde fique claro o objeto do trabalho (O QUÊ?); os métodos (COMO?) o local de desenvolvimento do protocolo (ONDE?); o cronograma das atividades (QUANDO?), a definição das competências de cada servidor (QUEM?), gerando um senso de compromisso no grupo. Além da participação integral da equipe de enfermagem, todos os profissionais que fazem parte do trabalho devem ser envolvidos em momentos distintos, na busca da integração e da cooperação inter e multidisciplinar.

Desta forma, compreendemos a partir da fala dos gestores, que desde a idealização do Protocolo de assistência à Saúde da Mulher da SMSH de SJRP, faltou planejamento e definição de estratégias para sua implantação.

A estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como proposta de atuação intervenções mais coletivas, sendo suas diretrizes voltadas para a aproximação, o acolhimento e o vínculo com a comunidade. No entanto sabemos da dificuldade de adoção de práticas mais dialógicas e interativas no cuidado em saúde.

Este conceito também está presente na visão dos gestores, quando ressaltam o trabalho assistencial das enfermeiras que atuam em equipes de saúde da família.

“... na saúde da família o papel do enfermeiro veio com uma força bem diferenciada... o enfermeiro do PSF vem com uma característica de assistência, de acompanhamento, de consultas de enfermagem, de sistematização da assistência e o acolhimento”. (G1)

“... nas equipes de saúde da família, as enfermeiras realizam a primeira consulta, com tranquilidade fazem a solicitação de exames e por um acordo interno elas têm cuidado mais dos grupos educativos”. (G1)

A participação do enfermeiro nas equipes de PSF tem sido de fundamental importância para o fortalecimento de seu modelo assistencial, voltado para a integralidade nos cuidados de saúde (SILVA et al., 2001).

Araujo (2005) refere que o enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional como pelo Ministério da Saúde, apesar das reações surgidas por parte do médico. Atividades de planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, são efetivamente atribuições que o enfermeiro vem assumindo no PSF.

É importante ressaltar que essa autonomia não existe naturalmente. Mesmo no PSF, o enfermeiro procura conquistá-la, inclusive pela tendência histórica do médico de tentar impor atividades a serem cumpridas por ele no processo de trabalho (ARAÚJO, 2005).

No entanto, chamamos a atenção que a essência do trabalho da enfermeira é o cuidado, não somente reconhecido na estratégia de saúde da família. Enfatizamos que o papel assistencial do enfermeiro na atenção básica vem sendo submetido a impasses e desafios, dentre eles os espaços de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, acesso à qualificação.

Araujo e Rocha (2007) reforçam a necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde do cotidiano de cada profissional nas equipes multiprofissionais do Programa de Saúde da Família (PSF). O trabalho em equipe neste contexto ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde.

4.4.2 Atuação das enfermeiras nas Unidades Básicas de Saúde

Aqui estiveram fortemente presentes os sentidos que os gestores atribuíram à realidade cotidiana do trabalho das enfermeiras das unidades de atenção básica do município, ressaltando o papel administrativo e o acúmulo de funções gerenciais e assistenciais.

“... os enfermeiros das unidades básicas assumem muito o papel administrativo”. (G1)

“Infelizmente acaba só atendendo a demanda”. (G2)

“... o enfermeiro na unidade... tem algumas unidades que ele assume o papel de enfermeiro da equipe e de gerente, então assim... eles têm um acúmulo de função, eu acho que essa é uma dificuldade, eu acho que também o montante de trabalho que se tem; e das estratégias que a gente tem criado na secretaria... assim da saída deles da unidade

para um trabalho intersetorial, junto com as escolas... é uma coisa muito ampla”. (G1)

A enfermagem ainda está em busca de seu “espaço no mundo”, evidenciado pela insatisfação que experimenta no trabalho fragmentado e desvinculado da totalidade do ser humano, bem como pela busca de visibilidade e de reconhecimento dentro da equipe de saúde (BELLATO;PASTI; TAKEDA, 1997).

Mendes (1994) refere que no processo de produção de saúde, a divisão social se expressa na relação entre a prática hegemônica, médica, e as demais práticas sociais. O trabalho médico é determinante e dominante do processo de trabalho em saúde, sendo que a enfermagem contribui para a parte mais manual, que por sua vez foi redividida cabendo ao enfermeiro, "mais qualificado", o trabalho mais intelectual e aos auxiliares, "menos qualificados", a parcela mais manual do trabalho. Por outro lado, o autor chama atenção que as outras práticas sociais como a psicologia, a fonoaudiologia, a fisioterapia, entre outras, dividiram o trabalho intelectual com a prática médica.

Ainda para os gestores, a enfermeira não ocupou o espaço “dado”, a oportunidade de desenvolver a essência de sua profissão, o cuidado. Questionamos quais foram os instrumentos fornecidos pela SMSH de SJRP para que isto realmente ocorresse?

“... foi dado um espaço para o enfermeiro ocupar e ele nem sempre ocupa ou ocupou esses espaços... acho que por enquanto há necessidade de um acompanhamento, acho que de conversas que sejam mais constantes junto com a categoria para se avaliar quais são as dificuldades, quem não está fazendo, quais são as facilidades... Nós temos essa necessidade...” (G1)

Por outro lado, a capacitação realizada com o objetivo de trabalhar na qualificação das enfermeiras para a atuação na assistência pré-natal, não teve a abrangência e nem a especificidade necessária para o cuidado obstétrico de qualidade.

“... quando nós implantamos o protocolo no município, concomitante nós fizemos uma capacitação para que eles fizessem o exame físico, para que pudessem ter mais segurança desenvolvendo essa atividade. O que nós percebemos com o passar do tempo é que nem todos os enfermeiros ocuparam o espaço que foi dado para ele ocupar”. (G1)

“A capacitação feita não teve abrangência de todos os enfermeiros da rede, não foi cem por cento dos enfermeiros que estavam naquele momento. Essa capacitação foi uma encomenda, a gente fez com profissionais que vieram de São Paulo. A gente estava com dificuldade de identificar aqui profissionais com disponibilidade e tempo... mas ela não foi suficiente, não teve abrangência de toda rede também, ficaram algumas lacunas... e nós não conseguimos trazer novamente”. (G1)

Os dados revelam que mesmo na estratégia da saúde da família, os enfermeiros, buscaram capacitar-se a partir das necessidades percebidas; e isto ocorreu de maneira informal e individual.

“Olha os enfermeiros da saúde da família se capacitaram com os próprios médicos das unidades... como eles têm uma relação de proximidade, pelo perfil do profissional médico que tá lá que tem essa disponibilidade, um relacionamento de equipe assim é muito tranquilo esse processo de aprendizagem entre eles, então eles aprenderam com o profissional médico, mas na secretaria, desde que eu estou aqui, nunca teve nenhuma situação específica”. (G1).

Aprimorar o processo de capacitação dos profissionais para suas novas funções é desafio a ser enfrentado, garantindo que todos os profissionais realizem treinamentos que superem a fragmentação programática dos conhecimentos, articulando na capacitação permanente, aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais e com estratégias de humanização do atendimento (ESCOREL et. al. 2007).

Mesmo nas Unidades de Saúde onde há referência de que a enfermeira realiza consulta de Pré-natal, as ações estão restritas ao acolhimento e solicitação de exames laboratoriais, confirmando os dados discutidos anteriormente.

“... onde eu trabalho a enfermeira faz esse tipo de acolhimento, ela vê o resultado do Beta HCG, ela pede alguns exames do protocolo, mas ela não faz pré-natal... fica só nesse primeiro atendimento.” (G2)

“Os médicos ficam mais com as consultas, embora quando o medico não esteja por um motivo de licença médica de férias, o enfermeiro acaba assumindo e fazendo o pré-natal naquele mês, então assim a gestante não fica sem o atendimento, sem o acompanhamento... ela está preparada, tem condição de fazer esse acompanhamento e o pré-natal também”. (G1)

“... o espaço que elas têm ocupado é pequeno “aqui” no nosso serviço, mas acho que elas têm potencial para contribuir muito, acredito que “a gente treina mais pessoas” e criar um espaço para elas estarem atendendo elas vão contribuir muito “para” o nosso trabalho, então, mas atualmente isso é pequeno.” (G2)

Araujo Netto e Ramos (2004) apontaram como possibilidade de construção de identidade do enfermeiro o fato de que o “ser trabalhador” se relaciona com o outro e as relações privilegiam o eu/nós como relações de conflitos, de demarcação de espaços e poderes.

O trabalho da enfermagem, localizado na interface dos outros trabalhos em saúde, possui características que o identificam, tais como a forma como os seus saberes estão constituídos, seus instrumentos e seus objetos de trabalho, suas formas de organização e submissão. Desta forma, é no próprio cotidiano do trabalho que a identidade do enfermeiro é construída, através de mediações do ser em seu mundo cotidiano de trabalho (ARAUJO NETTO E RAMOS, 2004).

4.4.3 O espaço político

A ausência de espaço político pode ser observada desde a elaboração e implantação do Protocolo, bem como nas estratégias para divulgação presentes na narrativa dos gestores.

Salviano e Silva (2207) apresentam como princípios básicos para elaboração de protocolos a necessidade do serviço de enfermagem seguir o Modelo Assistencial da Instituição, ou estar inserida nos processos de discussão deste; a construção da assistência à saúde com enfoque interdisciplinar e a necessidade de organização do processo de trabalho com base multidisciplinar, considerando a sua prática articulada à prática dos demais profissionais de saúde.

Assim, ao revisar e traduzir toda a tecnologia disponível com vistas à sistematização da assistência, o processo de criação dos protocolos deverá propiciar uma oportunidade para a enfermagem rever todo o seu processo de trabalho, de forma descentralizada e participativa, o que não ocorreu no presente estudo, conforme evidenciado no recorte a seguir:

“... a coordenação de enfermagem convidou algumas pessoas mais antigas na rede, que tinham um envolvimento maior e nós passamos a fazer essa discussão dos protocolos com o grupo de enfermeiros e a discussão foi feita também com os médicos que estavam na coordenação naquele momento, na verdade com um medico...” (G1)

Outro aspecto bastante fragilizado no processo de implantação do protocolo foi a ausência de articulação com os profissionais médicos, com vistas a construir um modelo assistencial diferenciado, com valorização de todos os componentes da equipe.

“... faltou alguma estratégia em relação aos profissionais médicos. A gente tem vencido essas barreiras conversando individualmente com os profissionais, mas eu penso que foi um erro na estratégia de implantação. Não foi dada a devida importância na implantação... essa é minha avaliação.” (G1)

“... essa discussão ocorreu com os profissionais da rede trazendo outros profissionais... procurando até envolvê-los e quando o protocolo ficou pronto ele foi divulgado em um evento onde estavam os gerentes e os enfermeiros; então coube aos enfermeiros e aos gerentes comunicar aos profissionais médicos que existia um protocolo de enfermagem. Penso que ali faltou um pouco de estratégia... de uma conversa da coordenação da saúde da mulher

junto com os profissionais. Se ocorreu foi de forma insuficiente, não faltaram pessoas que não conseguiram acompanhar e que vieram questionar, inclusive o protocolo... porque estão fazendo ou não.” (G1)

Tanaka e Melo (2001) referem que a avaliação é uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas; serve para direcionar ou redirecionar a execução de ações e atividades e ser exercida por todos os envolvidos no planejamento e execução dessas ações.

Neste sentido identificamos que desde a implantação do protocolo, em dezembro de 2004, não houve qualquer investimento para avaliação das ações da enfermagem nos protocolos assistenciais.

“Depois que foi implantado, a proposta era de uma avaliação depois de um determinado período para que a gente pudesse, inclusive, fazer re-adequações, porque seria a partir da utilização pelos enfermeiros do surgimento de dúvidas ou de necessidades de complementações e isso não foi feito... nem quanto à educação permanente para ensinar os novos, foi feito o individual e não foi feito o coletivo dentro de cada unidade e não houve avaliação do protocolo de uma maneira geral.” (G1).

“... a gente precisaria retomar a questão do protocolo de uma maneira geral não especificamente para o pré-natal, mas assim os protocolos para o enfermeiro uma avaliação de como tem sido essa utilização, quais problemas eles tem encontrado, o que está faltando, como nós podemos complementar, modificar, atualiza esses protocolos dentro da realidade porque já tem dois, três anos com o protocolo implantado e não foi feito uma avaliação sistemática junto com os enfermeiros.” (G1).

Salviano e Silva (2007) asseveram que os protocolos deverão ser implantados, implementados e avaliados gradual e simultaneamente. Este processo será respaldado por um trabalho de educação permanente, detectando assim as áreas de conhecimento que deverão ser recicladas.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), tal como é concebida pelos gestores do MS, utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, que vincula o

aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos e trabalho. Dessa forma, a educação permanente é entendida com aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (CAMPOS et. al., 2006).

Entendemos ainda que os gestores identificam a necessidade atuação da enfermeira na atenção pré-natal, o que pode ser um motivador para a transformação do modelo assistencial, mudando a dinâmica do atendimento.

“... nós estamos tendo uma demanda de consultas de ginecologia muito grande e a gente sabe que acolher a gestante mais precocemente possível é o ideal, então às vezes não dá para ficar com o médico; e a enfermeira está plenamente capaz, apta de estar fazendo isso”.(G2).

“... no protocolo elas podem fazer consultas alternadas, exatamente como era feito na Santa Casa, mas nós não temos espaço físico... por exemplo, lá precisa ter um lugar para a pessoa deitar, a fita métrica o sonar, então...” (G2)

Há necessidade de mudança pelos profissionais de saúde quanto ao paradigma na atenção básica de saúde, implicando revisitar conceitos e posturas.

Na análise do médico-sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da Faculdade de Medicina da Unicamp, não há recursos financeiros capazes de sustentar o modelo tradicional, centrado em pronto-socorro, hospital e especialistas, além da eficácia da atenção (no modelo tradicional) ficar comprometida. É necessário garantir atenção básica integral: equipes de saúde com capacidade de fazer promoção e prevenção e com resolutividade clínica com capacidade de atender aos problemas crônicos.

Adotar uma postura crítica frente ao contexto da prática significa pensar em transformações, principalmente nas que orientam objetivamente e subjetivamente a formação

profissional, uma vez que a enfermagem parece estar ausente nas posições de poder que garantem as decisões sociais.

Ao mesmo tempo em que se buscam estratégias para mudanças, identificamos que as resistências à atuação da enfermeira no cuidado pré-natal são atenuadas com análises simplificadas, tais como descritas nos recortes a seguir.

“A rede tem um numero grande de médicos e estes foram formados em épocas diferentes, em locais diferentes. Eu acredito que uma minoria é contraria à enfermeira fazer esse tipo de atendimento. Talvez os de formação um pouquinho mais antiga, às vezes não têm essa visão que a gente tem um pouco mais nova.” (G2).

“... tem uma pequena resistência pelos médicos, mas acredito que a população também ainda não está preparada, eu não sei.” (G2).

O modelo assistencial também é legitimado pelos usuários dos serviços de saúde que não reconhecem o trabalho de outros profissionais de saúde.

“... tirando os médicos às vezes as próprias pacientes elas tem um pouco de resistência... em relação ao programa saúde da família, às vezes elas não querem fazer pré-natal com o generalista elas querem fazer com o ginecologista, então a cultura também da população também não ajuda.” (G2)

“... a gente andou colocando ginecologista em vários centros, mas não é a proposta inicial, foi uma adaptação para nossa cidade para o perfil das usuárias. Seria ótimo ficar só com o generalista porque é bom criar um vinculo na unidade, o ginecologista não tem essa oportunidade, como é muita gente, a gente não cria um vinculo.” (G2)

Enquanto a atual política de saúde do Brasil tenta mudar o modelo de atenção centrado no médico e no hospital para um modelo de assistência integral, tramita no Congresso proposta de definição do "ato médico" por meio do projeto de Lei 25/2002 que tem como objetivo definir o conceito e a extensão desse ato, subordinando outras áreas da saúde

(enfermagem, psicologia, odontologia etc.) ao campo de atuação da Medicina. Ferindo a autonomia das demais profissões por não considerar de forma adequada ações multidisciplinares na assistência em saúde, caminhando em direção contrária às propostas do PSF, que corre sério risco de perder suas conquistas ao longo dos anos, pois ainda se encontra em fase de implementação e sofre ajustes em sua organização (ROSA; LABATE, 2005).

O futuro de um programa como o PSF, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos na sua operacionalização. Há, portanto, no Brasil, um grande número de profissionais e lideranças de movimentos sociais detentores de um significativo saber sobre a condução criativa da atenção básica à saúde. Parece necessário que este saber fazer se generalize, descobrindo caminhos para sua operacionalização, ampliação e manutenção (KOLTERMANN, 2002).

O sistema de saúde brasileiro encontra-se em transição, na luta entre o velho e o novo: ou o SUS se consolida, respeitando-se seus princípios e diretrizes, pela implantação efetiva de suas estratégias operacionais, tal como o PSF, especialmente por força e poder político do movimento da comunidade científica que o apóia; ou se mantém o modelo dominante, o modelo clínico/biológico/flexneriano (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Perspectivas de mudanças

No bojo das falas dos gestores identificamos o reconhecimento das condições relacionadas à inserção e posição da enfermeira na equipe, decorrentes da articulação entre o seu trabalho, o modelo de intervenção e o modelo assistencial em que ela está inserida desenvolvendo práticas pouco fundamentadas teoricamente, o que não contribui para melhorar a assistência de enfermagem.

“Eu acho que fortalecer a formação dos próprios profissionais da enfermagem. Acho que precisa, não são muitas as enfermeiras que estão capacitadas, eu conheço poucas... a gente tem que fortalecer isso, a gente tem que também orientar a população que poderia estar passando também com o pessoal da enfermagem, até os próprios médicos a gente tem que fortalecer esse conceito, abrir espaço na unidade para esse atendimento. Eu também sinto esse problema em relação à coleta do Papanicolau, as enfermeiras também estão colhendo, mas “elas não têm espaço”, não têm sala, não têm mesa... eu conheço unidades que a enfermeira não tinha nenhuma sala para atender, então o negocio fica muito mais atrás.” (G2)

“... nos grupos de gestante a gente pode estar inserindo este conceito, acolhendo essas gestantes, apresentando a equipe que vai fazer o pré-natal e com isso a gente pode mudar um pouco a cultura também. Não tem a menor condição, ela atende em sala junto com outras pessoas, isso quando elas têm uma sala. Isso é importante, até porque as gestantes têm uma cultura que o médico é que sabe tudo... mesmo as que passam na saúde da família algumas não querem fazer o pré-natal com o médico generalista”. (G2)

No contexto do estudo identificamos a necessidade de repensar a formação das enfermeiras para o cuidado competente no pré-natal, tendo em vista que tanto as profissionais quanto os gestores apontam esta fragilidade. Além disso, o próprio processo de trabalho das enfermeiras precisa ser repensado.

“... você já precisaria de uma formação específica, uma mudança na formação desde a graduação ou talvez uma especialização. Elas também ficam sobrecarregadas, muita coisa... são muitas áreas, diabetes, controle da hipertensão, papelada. Porque cada uma tem um perfil, igual os médicos, tem médicos que preferem fazer mais ginecologia do que obstetrícia e todos nós fomos formados nas duas coisas, agora as enfermeiras também, acredito que aquelas que têm esse interesse poderíamos organizar um curso, uma capacitação para elas se sentirem mais seguras.” (G2)

“Se elas se sentissem seguras poderiam avançar nas etapas do protocolo... não ficariam só nessa parte inicial, não ficariam só neste primeiro encontro. A gente sente falta disso...” (G2)

No cenário da formação educacional, destacam-se, pelo menos, dois aspectos que tem merecido a atenção dos formuladores e gestores da política e dos programas de saúde. O

primeiro refere-se à necessidade crescente de adequar os antigos currículos das Escolas Médicas e de Enfermagem às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos e às demandas dos serviços. O segundo refere-se ao descompasso entre os serviços que configuram o primeiro nível de atenção e a suficiente disponibilidade de pessoal preparado para atender às necessidades de saúde da população (CAMPOS, et al., 2006).

O papel dos enfermeiros vem sendo submetido a impasses e desafios em relação aos espaços de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, políticas salariais e acesso à qualificação (SALGADO, 1998).

Uma força de trabalho estável e qualificada além de sustentar o processo de cuidar, cria também possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados.

As novas práticas de formação dos profissionais de saúde necessitam estar sendo constantemente repensadas, buscando compreender temáticas tais como, competência, qualidade no ensino, educação voltada às demandas do mercado de trabalho, interdisciplinaridade, entre outras. O debate atual vem colocando em pauta a política de educação para o SUS e a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, integrando os setores saúde/educação (CLAPIS et al., 2004).

O referencial de competência será um desafio a ser enfrentado na formação da enfermeira para a assistência pré-natal, tendo em vista que, apesar dos órgãos formadores estarem buscando estratégias para mudanças do perfil dos enfermeiros, estas ainda não foram percebidas no cuidado à saúde das mulheres.

A Organização Mundial de Saúde na publicação “Maternidade segura”, aponta a enfermeira obstétrica como o profissional mais adequado e com melhor custo de efetividade para ser responsável pela assistência à gestação, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações. Para tal, os currículos de enfermagem precisam atender às propostas de formação de profissionais qualificados para o cuidado pré-natal.

As diretrizes para o alcance da Maternidade Segura apontam que, para a atenção eficaz e de boa qualidade durante a gravidez e o parto, o pessoal qualificado (quer seja parteiras profissionais, enfermeiras obstétricas ou médicos) devem ter uma variedade de habilidades específicas e poder exercê-las de forma competente (CLAPIS, 2005).

Também é fundamental que o pessoal qualificado esteja autorizado a realizar todos os procedimentos para os quais tenha sido capacitado, a fim de manter sua destreza atualizada e oferecer uma atenção que satisfaça as necessidades das mulheres a quem se prestam os serviços. Para que isso ocorra, o pessoal qualificado necessita de um contexto facilitador para a atuação na assistência à mulher. Isto inclui um marco legal e normativo de respaldo, acesso a equipamentos e medicamentos essenciais, um sistema de referência em funcionamento e sistemas de educação e de saúde que fomentem o pensamento crítico, a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação eficazes (MACDONALD & STARRS, 2003).

5. CONCLUSÃO

São José do Rio Preto oferece assistência pré-natal em 21 unidades distribuídas por todo o município, inclusive em seus dois distritos, em todos estes locais contamos com a presença de uma enfermeira responsável pelos cuidados de pré-natal.

As enfermeiras participantes deste estudo têm em média 34 anos, são casadas e têm filhos. Estão formadas há menos de dez anos; apenas uma delas ainda não cursou realizou pós-graduação *lato senso*, as demais cursaram especializações, mas voltadas ao gerenciamento de saúde e nenhuma na área da saúde da mulher.

As atividades realizadas com maior frequência na assistência pré-natal foram acolhimento 95,2%, solicitação de exames laboratoriais; ações educativas, ora realizadas individualmente 61,9%, ora em grupo 81,0%. De maneira bastante tímida, identificamos questionamentos sobre o que a futura mãe pensa em relação à gestação atual, sua perspectiva de futuro, as condições sociais, alimentação, moradia e apoio familiar.

As enfermeiras relataram ainda enfrentar dificuldades em uma série de atividades relacionadas à assistência, as que exigem conhecimentos (saber), identificando fatores de risco 26,3%, bem como as que necessitam de habilidades práticas (saber-fazer), exame físico obstétrico 36,8%. Referiram ainda que a carga horária na graduação em enfermagem foi insuficiente para subsidiar a assistência pré-natal, tanto no aspecto teórico como prático, bem como a falta de capacitação no protocolo de serviço.

Todas as demais consultas de controle pré-natal são agendadas com o médico que acompanhará todo o desenvolvimento da gravidez, o atendimento é centrado na figura do médico.

Há ausência de padronização na dinâmica das consultas médicas e de enfermagem, o que merece uma reflexão a respeito da assistência a ser oferecida por médicos e enfermeiros,

intercalando consultas, embasados por protocolo, em uma perspectiva do trabalho em equipe, tendo-se a compreensão de que consultas médicas e de enfermagem não se sobrepõem.

Essa questão exigirá novos estudos a partir deste, no sentido de compreender como o processo de trabalho poderá ser modificando na prática assistencial da categoria.

Os resultados deste estudo evidenciam que as enfermeiras não estão capacitadas para desenvolverem o cuidado pré-natal conforme preconizado nos Protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de SJRP.

Esta perspectiva também precisa ser assumida pelos órgãos de classe na discussão de políticas de formação de enfermeiras e enfermeiras obstétricas, tendo em vista a responsabilidade atribuída às profissionais sem a devida qualificação.

Ressaltamos que o trabalho da enfermeira envolve todas as metas do plano plurianual 2006-2009 da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de SJRP, proposto através do “pacto gestão e pela vida”. Neste sentido, também cabe à categoria profissional, juntamente com as equipes de saúde, apropriar-se dos espaços coletivos, com vistas à transformação do projeto político vigente.

No entanto, desconstruir paradigmas implica em promover transformações nos processos de trabalho de toda a equipe como também nos modelos educacionais na área da saúde, com propostas pedagógicas inovadoras.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Deter nosso olhar sobre ações desenvolvidas pelas enfermeiras na assistência pré-natal do município de São José do Rio Preto (SP) foi um momento de refletir sobre a formação profissional, bem como um estímulo para avançarmos na compreensão das questões educacionais, que envolve o ensino por competência, conforme definido pelas Diretrizes Curriculares.

Um Currículo por competência implica que o aprendiz seja capaz de mobilizar múltiplos recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes) para lidar com situações complexas do cotidiano profissional. Para a construção destes recursos, faz-se necessária uma estrutura curricular integrada e não disciplinar. No currículo integrado busca-se conectar o estudante à vida cotidiana, no caso os serviços de saúde e a comunidade, e a partir das experiências vividas num determinado cenário de ensino-aprendizagem, procura entender e ampliar a compreensão sobre o que está ocorrendo, o que pode fazer para intervir nas necessidades e nos problemas identificados e como intervir numa dada realidade enquanto profissional de saúde, por meio de sucessivas aproximações, refletindo sobre o que faz (CLAPIS, 2005).

Assim os resultados desse estudo devem ser levados em consideração nos cursos de graduação e pós-graduação, para que a formação do futuro enfermeiro e de enfermeiros já atuantes alimente-se de informações que subsidiem um novo modo de ser e agir no cuidado às gestantes.

Ainda com o firme desejo de que os resultados da pesquisa sirvam como elemento norteador para definição de estratégias de fortalecimento para o cuidado à saúde da mulher, especificamente na assistência pré-natal pelas enfermeiras, compreendemos a necessidade de fortalecimento de parcerias entre as Instituições de ensino da área de saúde com a Secretaria

Municipal de Saúde. Desta forma, estaríamos contribuindo para explorar a possibilidade de avaliação e implantação do Protocolo de Enfermagem e transpor os limites para alcançarmos a meta precípua de garantir qualidade do serviço, além da realização pessoal e profissional das enfermeiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, N.G; BATISTA, S.H.S.S.; MORENO, L.R. O ensino da saúde da mulher em cursos de graduação em enfermagem. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v.15, n.2, p. 355-357, março-abril 2007.

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*.1991. 297 f. Tese (Livre-Docência)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, M. C.; ROCHA, S.M.M.(org) *O trabalho de enfermagem*, São Paulo: Cortez, 1997.

AMARAL, A.M.M.; ARAUJO, M.C.; SOARES, T.C. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: recurso na assistência ambulatorial em nível primário e secundário. 1990. Trabalho apresentado no XLII Congresso Brasileiro de Enfermagem, out. 1990.

ANSEMI, M.L.; DUARTE, G.G.; ANGERAMI, E.L.S. “Sobrevivência” No Emprego Dos Trabalhadores De Enfermagem Em Uma Instituição Hospitalar Pública *Revista Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n.4,p.13-18, julho 2001.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAUJO, M.F.S. o enfermeiro no programa de saúde da família: prática profissional e construção de identidade. *Conceito*, João Pessoa, v. 39, julho 2005. Disponível em: <<http://www.adufpb.org.br/publica/conceitos/11/art04.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2007.

ARAUJO NETTO, L.F.S;RAMOS, F.R.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p.50-57 , jan-fev. 2004.

ATAKA, T.; OLIVEIRA, L.S.S. Utilização dos Protocolos de Enfermagem no Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, v.13, n.13, 2007.

BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. & BETTIOL, H. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, v.34, p.596-602, 2000.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Setenta, 1979.

BELLATO, R.; PASTI, M.J.; TAKEDA, E. Algumas Reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5 - n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar no Brasil). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: 1996. Rio de Janeiro: A Sociedade; 1997.

BEHRENS, Marilda A. Projetos de aprendizagem colaborativa num paradigma emergente. In: BEHRENS, Marilda A.; MORAN, José M.; MASETTO, Marcos T. *Novas tecnologias e mediação pedagógica*. 3.ed. São Paulo: Papirus, 2000.

BERGSJÖ, P., VILLAR, J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examinations. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 76, p.15-25, 1997.

BRASIL

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Leis etc. Portaria n. 1.721 de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 dez. 1994, Seção 1, p. 19801-2.

_____. Leis etc. Portaria n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 dez. 1996, Seção 1, p. 27833-41.

_____. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002. Brasília (DF): O Ministério; 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Pré-natal e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Informe da Atenção Básica, Brasília, ano 5, mai-jun. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Departamento de Programáticas nacional de atenção integral à da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Secretaria de Atenção à Departamento de Programáticas – Brasília: Ministério da 2004.

_____. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Séries históricas. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>. Acesso em: 16 fev. 2005.

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

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.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: um estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.30-37, agosto 2000.

CAMPBELL, O. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half century. In: BROUWERE, V.D.; LERBERGHE, W.V. *Safe motherhood strategies; a review of the evidence*. Studies in Health Services Organization and Policy ITG Press, Belgium, 2001.

CAMPOS, G. W. S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; HADDAD, A.E. et.al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cadernos RH Saúde/Ministério da Saúde*, Brasília, v.3, n.1, p.39-51, mar. 2006.

CARVALHO, R. M. Modelos Assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e Integralidade. Dissertação (Dissertação de Mestrado), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

CARROLI, G.;VILLAR, J.; PIAGGIO, G.; KHAN-NEELOFUR, D.; GULMEZOGLU, M.; MUGFORD, M. et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*, v.357, p. 1565-70, 2001

CASTRO, I.B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.28, n. 4, p.76-94, out/dez.1975.

CASTRO, J.D. Análise da distribuição dos recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul, uma proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição. *Saúde em Debate*, v.32, n.1, p.10-16, 1991.

CLAPIS, M.J.; NOGUEIRA, M.S.; MELLO, D.F. de *et al.* O ensino de graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.7-11, jan./fev. 2004.

CLAPIS, M.J. *Competências de enfermeiras obstétricas na atenção qualificada ao parto: contribuição do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal-modalidade residência. Tese (Tese de Livre Docência)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.*

COELHO, M. R. S. *Atenção básica à da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Dissertação de Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.*

COLL, C. *Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática, 2000.*

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de ética dos profissionais de enfermagem: [Decreto N°94.406, de junho de 1987, que regulamenta a lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências] Rio de Janeiro, 1993.*

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (CIE) ICN Framework of Competencies for the generalist nurse: Geneva: Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. *Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003*

COSTA, A. M. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil*. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999.

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

CRUZ NETO, O. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 4.ed. Petrópolis: Vozes, p.51-66,1995.

DALMASO, A.S.W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Rev.Saúde em Debate*; v.44, p.35-8, 1994.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* ,v. 48 (Suppl.), p.33-52, 2001.

DE BROUWERE, V.;VAN LERBERGHE, W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Press 2001. Disponível em: <<http://www.it.be/itg/GeneralSite/generalpage.asp?wpid>>, Acesso em: 27 dez. 2005.

DESAULNIERS, J.B.R. Formação, competência e cidadania. *Educação e Sociedade, Campinas*, v.8, n.60, dez. 1997.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L., SENNA, D.M. *Saúde da mulher*. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p. 86-108.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2 ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986. 209p.

DOTTO, L.M.G. *Atenção Qualificada ao Parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco – Acre*. 148p. Tese (Tese de Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DUARTE, G.G.; ANGERAMI,E.L.S.;GOMES, D.L.S.; MENDES, I.J.M. Vida Média de Labor dos Egressos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP-BRASIL. *Revista Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8,n.6, p.,dez. 2000.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H. M. et. al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v.21, n.2-3, p.164-176, , fev.-mar. 2007.

FONSECA, R.M.G.S. (Org.). *Mulher e cidadania na nova ordem social*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero (NEMGE/USP), 1996.

FONSECA, L.A.M.L.; LAURENTI, R. *Evolução da Mortalidade materna*. In: MONTEIRO, C.A; FRANÇA JUNIOR; CONDE (org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec,Nupens/USP,2000, p.186-192.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 12 a ed., Rio de Janeiro: Graal; 1996. 295p.

Fundação SEADE. *Sistemas de Informações dos municípios paulistas*. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/imp.php?page=tabela>>. Acesso em 14 fev. 2006.

GAY, J.; HARDEE, K.; JUDICE, N. AGARWAL,K.;FLEMING,K.;HAIRSTON,A. *What works: a policy program guide to evidence on family planning, safe motherhood, and STI/HIV/AIDS interventions*. Module 1-Safe motherhood. Policy Project. Washington, 2003. Disponível em: <http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/SM_WhatWorksps2.pdf>. Acesso em: 23 maio 2006.

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.

GAUTHIER, J.H.M. et al. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, Sup.2, p.95-8, 1996.

GRANDI, C., SARASQUETA, P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.73, Sup. 1, p.15-20, 1997.

HAGER, P, GONCZI A, ATHANASOU J. Topicos generales sobre la evaluación de la competência. *Asses Evaluation Higher Educ.*, Sidney, v. 19, p. 327-39, jun.1994.

HEBLING, S.R.; PEREIRA, A.C.; HEBLING, E. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.1067-1078,jul.-ago. 2007.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES.ICM. *Competencies*. New York:ICM, 2002. Disponível em :<http://www.internationalmiwives.org>. Acesso em: 14 fev. 2006.

IRIGON, M. Teoría y práctica de las competencias: documento presentado en la reunión de trabajo sobre competencias. Washington, D. C., 23-25 nov. 1998. 3 f.

KHAN-NEELOFUR, D.; GULMEZOGLU,M.; VILLAR,,J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women and how often? A systematic review of randomized controlled trials. *Paedriatric and Perinatal Epidemiolog*, v..12,sup.2, p. 7-26, 1998.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, supl. 1, p. 523-532, dez.2005.

KOLTERMANN, L.E. *Proposta De Capacitação Para Profissionais Do Programa Saúde Da Família Da Região Do Médio Vale Do Itajaí: Um Estudo De Caso Com Foco Nos Tipos Cognitivos Da Equipe De Enfermagem*. 127f. Dissertação (Dissertação de Mestrado)-Universidade Regional De Blumenau, Blumenau, 2002.

KUENZER, Acácia Z. O que muda no cotidiano da sala de aula universitária com as mudanças no mundo do trabalho? In: CASTANHO Sérgio; CASTANHO Maria E. (org.). *Temas e textos em metodologia do ensino superior*. São Paulo: Papyrus, 2001.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. *Revista de Saúde Pública*, v. 22, p.507, 1988.

LIMA, Y.M.S. *Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação do cliente*. 2003. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

LEOPARDI, M.T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

LUMBIGANON, P. Appropriate technology: antenatal care. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1:S91-S5.

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

MATAMALA, Maria Isabel et al. *Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres*. Santiago; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (organ.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001.p.39-64.

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em unidade da rede básica de serviços de saúde*. Ribeirão Preto, 1998. 219p. Dissertação (Dissertação de Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. *Construindo a relação de ajuda*. 6 ed., Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990.

MONTEIRO, C. A.; FRANÇA Jr., I. & CONDE, W. L. Evolução da assistência materno-infantil na Cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, v.34, Sup. 6, p.19-25, 2000.

MOURA, M.A.V. *A qualidade da assistência à saúde da mulher gestante: possibilidades e limites*. 1997. Tese (Tese de Doutorado), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

_____; ARAUJO, C.L.F.; FLORES, P.V.P. Necessidades e expectativas da parturiente no parto humanizado: a qualidade da assistência. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 187-193, set./dez. 2002.

NOGUEIRA, R.P. *Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: 1970-1983*. Brasília: OPAS, monografias do GAP, 1, 1986.

NOVAES, H.M.D. *Puericultura em questão*. Dissertação (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

OAKLEY, A. *The captured womb*. Oxford: Basil Blackwell; 1984.

ONOFRE, I. et.al. A participação do enfermeiro assistencial nos cursos de pós-graduação. *Enf. Cient.*, São Paulo, v.10,p. 17-22, 1990.

OSAVA, R. H., 1997. Assistência ao Parto no Brasil: O Lugar do Não-Médico Tese (Tese de Doutorado), São Paulo: Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 129pp.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Décima Revisão CID. 3ª edição. São Paulo, Centro colaborador da OMS para a Classificação de doenças em Português/Edusp, 1996

Competency in Nursing. Genebra: OMS, 2003

Declaração do Milênio, 2004

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil de los servicios de partería en las Américas. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2004.

PARADA, C.M.G.L. *Avaliação do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento (PHPN) na DIR XI-Botucatu.*2006. 231f. Tese (Tese de Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PARENTI, P.W. *O cuidado pré-natal às adolescentes: competências das enfermeiras.* Tese (Tese de Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PERRENOUD, P. *Dez novas competências para ensinar.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M.H. Profissões de saúde : a formação em questão. *Cad. RH saúde*, v. 1, n. 3, p.23-34,nov.1993.

PINTO, J.B.T.; PEPE, A.M. A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.120-126, jan.-fev. 2007.

PINTO, J.B.T. *O Currículo de Graduação em Enfermagem da UESC e a Prática dos Egressos*. Dissertação (Dissertação de Mestrado)- Faculdade de Educação/UFBA, Salvador, 1997.

PITTROF, R.; CAMPBELL, O.M.; FILIPPI, V.G. What is quality in maternity care? An international perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 81, p.277-83, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTARIA nº569/GM de 01 de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-natal e do nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000.

RAMOS, M.N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C.. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, nov-dez. 2005.

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.

RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e educação médica. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.14, p. 66-74, 1996.

ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SABINO, A.M.N.F. Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, São José do Rio Preto/SP, 1999-2001. 111f. Dissertação (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, São José do Rio Preto, 2003.

SAITO, E.; GUALDA, D.M.R. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. *Revista técnico-científico de enfermagem*, Curitiba, v.1, n.1, p.31-36, 2003.

SALGADO, C.R.S. *O papel político da Enfermagem no PSF e o processo de reconstrução da cidadania*. Disponível em: <<http://www.arxweb.com.br>>. Acesso em: 25 mar.2005.

SALVIANO, M.E.M. ; SILVA, M.S.F. *Diretrizes sobre a criação, a implantação, a implementação e avaliação dos protocolos da enfermagem do HC-UFMG*. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br>>. Acesso em: 19 abril 2007.

SALOMON, D.V. *Como fazer uma monografia*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

SERRUYA, S., LAGO, T.G.. A mortalidade materna no Brasil. *Jornal da Febrasgo*, v.8,p.; 8: 6-8, 2001.

SILVA, K.S. Mortalidade materna: avaliação da situação do Rio de Janeiro, no período de 1977 a 1987. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 442-453, out/dez, 1992.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher, 2004.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão. Conjuntura econômica de São José do Rio Preto/ organizador. Orlando José Bolçone, 90 f. 22 ed., São José do Rio Preto, SP. Disponível em: <http://www.riopreto.sp.gov.br/externos/sm_planejamento/conjuntura_economica/2007/0.pdf>. Acesso em: 26 mar.2007.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Construindo um projeto coletivo de saúde em São José do Rio Preto. Impressão. São José do Rio Preto-SP, 2007a.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comunic. Saúde Educ.*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SILVA, D.S.; SANTOS, I.S.; SOARES, J.D.C. A atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*, v.17, n.1, p. 131-139, 2001.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, n. 4, p.493-503, out./dez. 2005.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, vol.11, n.5, p.593-600, Sept./Oct. 2003.

SPRADLEY, J. P. *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston Ed. 1980.

TANAKA, A.C.d'A. Saúde materna e saúde pré-natal: relações entre variáveis orgânicas, sócio econômicas e institucionais. São Paulo, 1986. Tese (Tese de Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986.

TANAKA, A.C.d'A. Maternidade dilema entre nascimento e morte. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec /ABRASCO, 1995.

TREVISAN, M.R.; DE LORENZI, D.R.S.; ARAUJO, N.M. *et al.* Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecologia e Obstetricia*, v.24, n.5, p.293-299, June 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 3 ed., São Paulo: Atlas, 1992.

TROSTLE, J. Algunas reflexiones acerca de las ciencias sociales y biomédicas: ¿dos catedrales o un arquetipo inconcebible? experiencias inovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales *CEDES*: 21-44, Argentina, 2002.

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

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; AGRA HASSEN, M.N. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLAR, J., BERGSJÖ, P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate ad-verse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*; v.76, p.1-14, 1997.

VILLAR, J. et al. for the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO Antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet*, v.357, p. 1551-1564, 2001.

VILLAR, J; CARROLI, G.; KHAN-NEELOFOUR, D.; PIAGGIO, G., GÜLMEZOGLU, M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*.(2), 2005.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet*, 48(Suppl.):S33-S52, 2001.

WALDOW, V.R., *Cuidado Humano: o resgate necessário*, 2 ed., Porto Alegre: Saga Luzzatto, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Practical Guide*. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva, 1994.

WHO/UNICEF - WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. Revised 1990 estimates of maternal mortality: an approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO/UNICEF; 1996

WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. World Health Organization, Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making Pregnancy Safer- A health sector strategy for reducing maternal and e perinatal morbidity and mortality. World Health Organization, Geneva, 2000.

WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. WHO/WQ16, Geneva: World Health Organization: 2004. Disponível em: <<http://www.who.int>> Acesso em 22 set.2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Make every mother and child count. World Health Day, World Health Organization, Geneva, april, 2005.

ZARIFIAN, P. *Objetivo competência: Por uma nova lógica*. Tradução de Maria Helena C. V. Trylinki. Atlas: São Paulo, 2001.

APÊNDICE I
Roteiro de Entrevista

Número: _____

I- IDENTIFICAÇÃO

1- Sexo: () feminino () masculino 2- Idade: _____ anos

3- Estado conjugal: () solteiro(a) () casado(a) () separado(a)
() união consensual () divorciado(a) () viúvo(a)

4- Número de filhos: _____

II- FORMAÇÃO E ATIVIDADE PROFISSIONAL

5- Nível de instrução:

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

6- Formação:

Profissional

Agente comunitário de saúde () Auxiliar () Técnico () Graduação ()

Local: _____

Ano que concluiu: _____

7- Fez pós-graduação: () Sim () Não

7.1- Especialização (mínimo 360 horas):

Nome: _____ () Concluído. Ano _____

Financiada pelo Ministério da Saúde () Sim () Não

Carga horária: _____ () Em andamento

Nome: _____ () Concluído. Ano _____

Financiada pelo Ministério da Saúde () Sim () Não

7.2- Mestrado

Nome: _____ () Concluído. Ano _____ () Em andamento

7.3- Doutorado

Nome: _____ () Concluído. Ano _____ () Em andamento

8- Realizou curso(s)/treinamento(s) de atualização/aprimoramento na área de assistência ao pré-natal depois de sua formação profissional (últimos anos)?

() Sim () Não

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

Nome: _____ Carga horária: _____ Ano: _____

9- Tem participado de eventos científicos (área de saúde da mulher) após a sua formação profissional? () Sim () Não

Nome: _____ Ano: _____

Nome: _____ Ano: _____

Nome: _____ Ano: _____

10-Realiza pré-natal nesta Unidade?() Não

Porque? _____

() Sim Há quanto tempo trabalha na assistência pré-natal? _____

10.1- Qual sua experiência na assistência pré-natal? (local/período):

11- O que você faz na assistência pré-natal? (atividades)

12- A Unidade possui algum roteiro ou protocolo de atendimento pré-natal?

12.1- Em caso afirmativo, como foi sua implantação?

13- A Unidade oferece cursos de educação em saúde? (gestantes, puerpéras, planejamento familiar, etc)

() Sim () Não

13.1- Como funciona? O que é tratado?

13.2- Qual sua participação?

14- Você se sente preparada para realizar o pré-natal?

Sim Não

14.1- Em caso afirmativo, que tipo de dificuldades você tem?

15- Tem mais de 01(um) emprego? Não Sim Quantos? _____ Quais?

1) _____

2) _____ 3) _____

16- Jornada diária de trabalho: _____

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Informado:

Pesquisa: A ENFERMEIRA E A ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Pesquisadora responsável: Ana Maria Neves Finochio Sabino

Informações sobre a pesquisa:

Estaremos desenvolvendo um trabalho científico sobre a assistência pré-natal nos serviços de atenção primária no município de São José do Rio Preto, com o objetivo de analisar a inserção das enfermeiras na assistência ao pré-natal.

Sua participação é muito importante, pois nos mostrará como está constituído o processo de trabalho da enfermeira. E este trabalho poderá colaborar para uma maior inserção das enfermeiras na assistência à gestante, visando uma melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal.

Para isso solicitamos seu consentimento para fazermos perguntas sobre seu trabalho. Gostaríamos de esclarecer que você tem liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer fase ou momento da pesquisa, não tendo com isso prejuízo. Garantimos que serão mantidos o respeito e sigilo, não aparecerá no trabalho qualquer dado que possa identificá-la. Não terá custo financeiro bem como risco ou dano físico com a pesquisa.

Tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa:

São José do Rio Preto,,.....,.....

Assinatura do entrevistado.....

Pesquisadora responsável.....

fone (17) 3201-5722

APÊNDICE III**Roteiro de Observação**

Número: _____

Motivo da ida à Unidade: _____

RECEPCÃO

1. Profissional que recepcionou: _____
2. Acolhimento:
 - () Teste de gravidez
 - () Consulta de enfermagem
 - () Acompanhante/ orientações sobre os direitos da gestante/puérpera

SALA DE ESPERA

1. Palestra: () Sim () Não
2. Profissional que realizou: _____
3. Tema: _____
4. Outras atividades: _____

SINAIS VITAIS

1. Profissional que realizou: _____
2. Peso: () Sim () Não
3. Altura: () Sim () Não
4. Sinais Vitais: () Temperatura () Pressão Arterial () Pulso () Frequência respiratória

CONSULTA DE ENFERMAGEM/ANAMNESE

- () 1. Dados sócio-econômicos: () Sim () Não
- () 2. Antecedentes familiares: () Sim () Não
- () 3. Antecedentes pessoais: () Sim () Não
- () 4. Antecedentes ginecológicos: () Sim () Não
- () 5. Antecedentes obstétricos: () Sim () Não
- () 6. Gestação atual: () D.U.M () D.P.P. () Idade gestacional
- () 7. Expectativas sobre a gravidez atual: () desejada; () não desejada; () planejada

EXAME FÍSICO GERAL:

- () 1. Avaliação do estado nutricional da gestante e relação com o crescimento fetal:

- () Sim () Não
- () 2. Inspeção da pele e mucosas: () Sim () Não
- () 3. Palpação da tireóide: () Sim () Não
- () 4. Examinou os MMII: () Sim () Não
- () 5. Pesquisou edema: () face () tronco () membros

ESPECÍFICO: GINECO-OBSTÉTRICO

- () 1. Examinou as mamas: () Sim () Não
- () 2. Orientou quanto à amamentação: () Sim () Não
- () 3. Data Provável do Parto: () Sim () Não
- () 4. Auscultou BCF: () Sim () Não () Pinard () Sonar
- () 5. Palpação: Posição () Apresentação fetal () Altura Uterina ()
- () 6. Inspeção dos genitais externos: () Sim () Não
- () 7. Exame especular

ORIENTAÇÕES (individual):

1. Profissional que realizou: _____
- () sinais de perigo () quando procurar o serviço de saúde () medidas de desconfortos
- () alimentação () exercícios () sono/repouso () sexualidade ()
- () trabalho () higiene () aleitamento materno () fumo/álcool/drogas
- () sinais de trabalho de parto () entrega de material didático

ACÇÕES COMPLEMENTARES:

- () 1. Solicitou exames laboratoriais: () Sim () Não
- () 2. Quais? _____
- _____
- _____

- () 3. Prescrição medicamentosa: () Sim () Não

Motivo _____

Qual medicamento? _____

- () 4. Encaminhamento para vacina antitetânica: () Sim () Não
- () 5. Agendamento de consultas subsequentes: () Sim () Não
- () 6. Referência para o parto () Sim () Não

Outras ações/encaminhamentos

a) _____

b) _____

c) _____

() 7. Anotações/registros:

() prontuário () cartão da gestante

8. Grupo de gestante (descrever)

CONSULTA DE PUERPÉRIO

() 1. Orientações de cuidados no puerpério.

() 2. Estimula o aleitamento materno exclusivo.

() 3. Orienta/encaminha para o Planejamento Familiar.

() 4. Fornece MAC adequado para a fase do puerpério.

() 5. Exame Físico

() Sinais Vitais

() Exame da mama puerperal

() Involução uterina

() Cicatriz cirúrgica/ episio

() Lóquios

OBSERVAÇÕES DA PESQUISADORA:

APÊNDICE IV

Termo de Consentimento Informado (gestantes)

Meu nome é Ana Maria Neves Finochio Sabino, sou aluna do Programa de Pós-Graduação – Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto-SP**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Com este estudo pretendo saber quais são os profissionais que dão atendimento às gestantes nos serviços de pré-natal no município de São José do Rio Preto-SP e que tipo de atividades eles executam. Para isto, gostaria de convidá-la a participar deste estudo permitindo que eu observe como está sendo a sua consulta pré-natal. Você não será identificada em momento algum da pesquisa e terá toda a liberdade de desistir em qualquer fase do estudo. Caso não aceite participar, não terá qualquer prejuízo ao seu atendimento no serviço de saúde. Não haverá ônus para sua participação neste estudo pois será realizada enquanto você estiver no serviço de saúde.

Esclareço que sua participação será muito importante para que possamos conhecer como a assistência no pré-natal está sendo desenvolvida no município de São José do Rio Preto-SP.

Agradeço sua colaboração, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários. O meu telefone é (17) 3201-5722 ou e-mail: anasabino@famerp.br.

Obrigada.

Ana Maria Neves Finochio Sabino

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Cliente

APÊNDICE V

Termo de Consentimento Informado:

Pesquisa: A Enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto

Pesquisadora responsável: Ana Maria Neves Finochio Sabino

Informações sobre a pesquisa:

Estaremos desenvolvendo um trabalho científico sobre a assistência pré-natal nos serviços de atenção primária no município de São José do Rio Preto, com o objetivo de analisar a inserção das enfermeiras na assistência ao pré-natal.

Sua participação é muito importante, pois nos mostrará como está constituído o processo de trabalho da enfermeira. E este trabalho poderá colaborar para uma maior inserção das enfermeiras na assistência à gestante, visando uma melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal.

Para isso solicitamos seu consentimento para fazermos perguntas sobre seu trabalho, e também para gravarmos, usando um gravador portátil. Gostaríamos de esclarecer que você tem liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer fase ou momento da pesquisa, não tendo com isso prejuízo. Garantimos que serão mantidos o respeito e sigilo, não aparecerá no trabalho qualquer dado que possa identificá-la. Não terá custo financeiro bem como risco ou dano físico com a pesquisa.

Tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa:

São José do Rio Preto,,.....

Assinatura do entrevistado.....

Pesquisadora responsável: Ana Maria Neves Finochio Sabino

Fone: 3201-572; Fone: CEP/FAMERP: 3201-5713

Anexo A – Competências¹

CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS PARTEIRAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERCÍCIO BÁSICO DA OBSTETRICIA

INTRODUÇÃO

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) é uma federação de associações de parteiras de 72 nações do mundo. A ICM trabalha em parceria com todas as agências da ONU, na defesa da Maternidade Segura, em estratégias de cuidado de saúde primária para as famílias do mundo e na definição e preparação das parteiras. Mantendo os objetivos da ICM, da **Definição Internacional da Parteira da ICM/OMS/FIGO (1992)**, do **Código de Ética Internacional das Parteiras da ICM (1993)**, da **Visão Global da ICM para as Mulheres e a sua Saúde (1996)** e pedidos das associações-membro, a ICM tomou a liderança para definir estas competências essenciais para as parteiras.

Ao longo deste documento, o termo “competências” é usado para se referir à ampla declaração que encabeça cada seção, como também ao conhecimento básico, às habilidades e aos comportamentos da parteira, necessários para uma prática segura em qualquer situação. Elas responderam à pergunta: O que faz uma parteira? E estão baseadas em evidência.

É totalmente compreensível que estas competências possam ser consideradas completas em algumas áreas do mundo, e mínimas ou insuficientes em outras áreas. Alguns conhecimentos e habilidades estão separados em uma categoria “adicional”. Isto permite variação na preparação e prática das parteiras através do mundo, dependendo das necessidades da nação/ ou da comunidade local.

¹ Tradução: Leila Maria Geromel Dotto. Revisão: Anne Marie Weissheimer. Texto original em inglês: <http://www.internationalmidwives.org>.

Igualmente, reconhece-se que as parteiras recebem conhecimento e habilidades por vários caminhos educacionais, estas competências são escritas para uso genérico pelas parteiras e associações de parteiras responsáveis pela educação e prática da obstetrícia no país ou região. As competências essenciais são diretrizes para quem estiver interessado em desenvolver a educação da parteira, do mesmo modo serve de informação para organismos governamentais e outras esferas que estabelecem normas, e que precisam entender o que é uma parteira, o que uma parteira faz, e como a parteira aprendeu a ser uma parteira.

É esperado que este documento seja submetido à avaliação contínua, enquanto é usado pelo mundo inteiro, pois as mudanças nas necessidades de cuidados de saúde às mulheres em idade reprodutiva e as suas famílias continuam ocorrendo.

CONCEITOS-CHAVE DA OBSTETRÍCIA

Os conceitos-chave da obstetrícia que definem o papel específico das parteiras, promovendo a saúde das mulheres em idade reprodutiva e suas famílias incluem: parcerias com as mulheres para promover seu autocuidado, e a saúde das mulheres, de seus filhos e suas famílias; o respeito à dignidade humana, considerando as mulheres como pessoas possuidoras de todos os direitos humanos; defesa para as mulheres a fim de que suas vozes sejam ouvidas; sensibilidade diante de valores culturais, inclusive trabalhando com as mulheres e provedores de cuidado de saúde, na tentativa de superar práticas culturais que prejudiquem as mulheres e seus bebês; ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças de maneira a ver a gravidez como evento normal da vida.

O ALCANCE DA PRÁTICA

A extensão da prática obstétrica usada ao longo deste documento é construída pela Definição Internacional da Parteira da ICM/WHO/FIGO (1992). A prática obstétrica inclui o cuidado autônomo da menina, da adolescente e da mulher adulta, antes, durante e depois da

gravidez. Isto significa que a parteira dá supervisão necessária, cuidando e aconselhando as mulheres durante a gravidez, o parto e no período pós-parto. A parteira realiza o parto sob sua própria responsabilidade e presta cuidados ao recém-nascido. Estes cuidados incluem supervisão do cuidado de saúde primário dentro da comunidade (medidas preventivas); orientação e educação sobre saúde para mulheres, a família e a comunidade, inclusive orientações para a maternidade; o oferecimento de planejamento familiar; detecção de condições anormais da mãe e da criança; obtenção de ajuda especializada, quando necessário (consulta ou referência); e a execução de medidas de emergências primárias e secundárias na ausência do médico. A prática obstétrica desenvolvendo-se dentro de um sistema de saúde, baseado na comunidade, que pode incluir as parteiras tradicionais, curandeiros tradicionais, outros trabalhadores de saúde comunitária, médicos, enfermeiras e especialistas em centros de referência.

O MODELO DE CUIDADO EM OBSTETRÍCIA

O modelo de Cuidado em Obstetrícia está baseado na premissa de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida. O Modelo de Cuidado em Obstetrícia inclui: monitorar o bem-estar físico, psicológico, espiritual e social da mulher/família ao longo do ciclo reprodutivo; proporcionando à mulher educação individualizada, orientação e cuidado pré-natal; dar assistência contínua durante o trabalho de parto, nascimento e pós-parto imediato; oferecer assistência contínua durante todo o período pós-natal, manter um mínimo de intervenções tecnológicas; identificar e encaminhar as mulheres que requerem atenção em obstetrícia ou outra especialidade. Este modelo é centrado na mulher e é a ela que deve prestar contas.

MODELO CONCEITUAL PARA A TOMADA DE DECISÃO EM OBSTETRÍCIA

As parteiras assumem a responsabilidade e respondem por sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados nos cuidados de saúde a cada mulher e

família. A segurança e o bem-estar global da mulher são as principais preocupações da parteira. A parteira se esforça para apoiar as escolhas informadas da mulher, no contexto de uma experiência segura. A parteira toma decisão utilizando uma variedade de fontes de conhecimento, este é um processo dinâmico e responde ao estado de saúde variável de cada mulher. As parteiras envolvem as mulheres e suas famílias, em todas as partes do processo de tomada de decisão, desenvolvendo u plano de cuidado para uma gravidez e nascimento saudáveis.

PASSO 1: Colher informação da mulher, da sua história clínica e de sua criança, e de qualquer exame laboratorial, de um modo sistemático, para obter uma completa avaliação.

PASSO 2: Identificar problemas atuais ou potenciais baseado na interpretação correta das informações coletadas no Passo 1.

PASSO 3: Desenvolver um plano de cuidado para a mulher e sua família, baseado nas necessidades da mulher/criança, apoiado nos dados coletados.

PASSO 4: Realizar o plano de cuidado, atualizá-lo continuamente, dentro de um período de tempo adequado.

PASSO 5: Avaliar a eficácia do cuidado dado a mulher e sua família, considerando outras alternativas, se fracassar, voltar para o PASSO 1 para coletar mais dados e desenvolver um novo plano.

Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia, Maio 2002

Cuidado e orientação durante a gravidez

Competência #3: Proporcionar um cuidado pré-natal de alta qualidade, se preocupar em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a descoberta precoce, tratamento ou encaminhamento das complicações detectadas.

Conhecimento básico de:

1. Anatomia e fisiologia do corpo humano.

2. Ciclo menstrual e processo de concepção.
3. Sinais e sintomas da gravidez.
4. Como confirmar uma gravidez.
5. Diagnóstico de uma gravidez ectópica e gestação múltipla.
6. Determinação da idade gestacional através da história menstrual, tamanho de útero e/ou dos padrões de crescimento do fundo uterino.
7. Elementos da história clínica.
8. Elementos do exame físico focado nas visitas de pré-natal.
9. Resultados normais de exames laboratoriais, definidos segundo as necessidades comuns da área geográfica; exemplo: níveis de ferro, exame de urina para glicose, proteína, acetona e bactérias.
10. Evolução normal da gravidez: modificações corporais, desconforto comuns, padrões de crescimento esperados para fundo uterino.
11. Mudanças psicológicas normais na gravidez e impacto da gestação na família.
12. Preparações de chá (não-farmacológicos) seguros, disponíveis no local, para o alívio de desconfortos comuns da gravidez.
13. Como determinar o bem-estar fetal durante a gravidez, incluindo a frequência cardíaca fetal e padrões de atividade.
14. Necessidades nutricionais da mulher grávida e do feto.
15. Crescimento e desenvolvimento fetal básico.
16. Necessidades de educação relativa às mudanças corporais normais durante a gravidez, alívio de desconfortos comuns, higiene, sexualidade, nutrição, trabalho dentro e fora de casa.
17. Preparação para o parto, nascimento e maternidade.
18. Preparação da casa/família para receber o recém-nascido.
19. Indicadores do início do trabalho de parto.

20. Como explicar e apoiar o aleitamento materno.
21. Técnicas para relaxamento e medidas disponíveis para o alívio da dor no parto.
22. Efeitos de medicamentos prescritos sobre a gravidez e o feto, drogas proibidas, medicamentos tradicionais e medicamentos sem receita.
23. Efeitos do fumo, uso de álcool e uso de drogas ilícitas, na mulher grávida e no feto.
24. Sinais e sintomas de condições que podem colocar em risco a vida da mulher grávida; ex: pré-eclâmpsia, hemorragia vaginal, trabalho de parto prematuro, anemia severa.

Conhecimento adicional de:

25. Sinais, sintomas e indicações para encaminhar a mulher para outro serviço, devido a complicações e condições da gravidez. Ex: asma, infecção por HIV, diabetes, problemas cardíacas, gravidez prolongada.
26. Efeitos sobre a gravidez e o feto de condições crônicas e agudas, já citados.

Habilidades básicas:

1. Realizar uma história inicial, e em cada consulta pré-natal, dar seguimento.
2. Realizar um exame físico e explicar à mulher os achados.
3. Verificar e avaliar os sinais vitais maternos, inclusive temperatura, pressão sanguínea, e pulso.
4. Avaliar a nutrição materna e sua relação com o crescimento do feto.
5. Exame abdominal completo, incluindo a medida da altura uterina, posição, apresentação e descida do feto.
6. Avaliação do crescimento fetal.
7. Ausculta da frequência cardíaca fetal e palpação do útero para determinar padrão de atividade fetal.
8. Realizar exame pélvico, incluindo a medida do tamanho do útero, determinando a adequabilidade das estruturas ósseas.

9. Calcular a data provável do parto.
10. Ensinar as mulheres e famílias sobre sinais de perigo e quando e como contactar com a parteira.
11. Ensinar e demonstrar medidas para diminuir os desconfortos comuns da gravidez.
12. Oferecer um roteiro e preparação básica para o parto, nascimento e maternidade.
13. Identificar as alterações durante o curso da gravidez e realizar intervenções apropriadas para:
 - a. nutrição materna inadequada
 - b. crescimento fetal inadequado
 - c. pressão sanguínea elevada, proteinúria, presença de edema significativo, cefaléias severas, alterações visuais, dor epigástrica associada com pressão sanguínea elevada,
 - d. hemorragia vaginal
 - e. gestação múltipla, posição anormal do feto a termo,
 - f. morte fetal intrauterina
 - g. rotura prematura das membranas
14. Realizar medida de reanimação de forma competente.
15. Registrar os achados da história clínica, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

16. Orientar as mulheres sobre hábitos de saúde; ex: nutrição, exercício, segurança, parar de fumar.
17. Realizar pelvimetria clínico [avaliação dos ossos da pélvis].
18. Monitorar a frequência cardíaca fetal com Doppler.
19. Identificar e encaminhar quando ocorrer alterações durante o curso da gravidez, tais como:
 - a. retardo do crescimento intrauterino ou macrosomia fetal.

- b. suspeita de polihidrâmnio, diabetes, anomalia fetal (ex: oligúria)
 - c. resultados anormais de exames laboratoriais.
 - d. infecções, como doenças sexualmente transmitidas (DSTs), vaginitis, infecção do trato urinário, infecção das vias respiratórias superior.
 - e. frequência fetal na gravidez de pós-termo
20. Tratamento e colaboração no manejo das alterações mencionadas, seguindo as normas locais e os recursos disponíveis.
21. Realizar versão externa na apresentação pélvica.

Anexo B – Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 328/2006

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 5239/2006 sob a responsabilidade de **Ana Maria Neves Finochio Sabino** com o título "Os profissionais da enfermagem e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 09 de outubro de 2006.

Prof. Dr. Antônio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP