



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA CAROLINA POLICARPO CAVALCANTE**

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO  
DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2011**

**ANA CAROLINA POLICARPO CAVALCANTE**

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO  
DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Enfermagem.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Esp<sup>a</sup> Enyedja Kerlly Martins de Araújo Carvalho.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C376a Cavalcante, Ana Carolina Policarpo.  
Atenção pré-natal na rede básica de saúde [manuscrito]:  
caracterização da assistência prestada pelos profissionais de  
enfermagem no município de Campina Grande – PB / Ana  
Carolina Policarpo Cavalcante. – 2011.  
25 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Esp. Enyedja Kerlly Martins de  
Araújo Carvalho, Departamento de Enfermagem.”

1. Enfermagem obstétrica. 2. Cuidado pré-natal. 3.  
Saúde pública. I. Título.

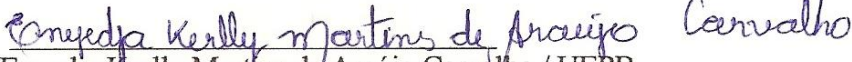
21. ed. CDD 616.852 7

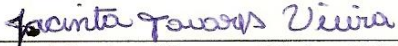
ANA CAROLINA POLICARPO CAVALCANTE

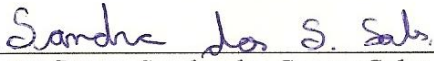
**ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO  
DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em 02 / 12 / 2011.

  
Prof.<sup>a</sup> Esp. Enyedja Kerlly Martins de Araújo Carvalho / UEPB  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Esp.<sup>a</sup> Jacinta Tavares Vieira /UEPB  
Examinadora

  
Prof.<sup>a</sup> Esp. Sandra dos Santos Sales  
Examinadora

## SUMÁRIO

RESUMO.....	4
1 INTRODUÇÃO.....	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	12
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	13
5 REFLEXÕES FINAIS.....	20

# **ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE**

CAVALCANTE, Ana Carolina Policarpo

## **RESUMO**

O pré-natal consiste no acompanhamento da gestante, servindo como um momento de aprendizagem para a mulher e sua família e permite, ainda, detectar anormalidades com a mãe e a criança. Nesse contexto, o enfermeiro surge como um profissional habilitado para acompanhar a gestação de baixo risco. O presente estudo tem como objetivo realizar um diagnóstico dos serviços de assistência ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Campina Grande – PB, por meio do perfil dos profissionais de enfermagem. Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em 24 unidades da rede básica de saúde. Conclui-se que o pré-natal é de extrema importância para a saúde pública, e o enfermeiro tem total capacidade de conduzir as consultas. Mas, mesmo o pré-natal sendo preconizado pelo Ministério da Saúde e sendo prática dos enfermeiros nas unidades básicas, foi possível verificar que alguns procedimentos e ações deixavam de ser realizados por estes profissionais, logo se torna necessário a conscientização dos mesmos para que seja alcançado sucesso na assistência pré-natal. Entretanto, algumas fragilidades encontradas na assistência fogem da responsabilidade do profissional para encontrar explicações em outros paradigmas, como educação reflexiva, por exemplo, e o investimento em políticas sociais e de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica; Pré-natal; Enfermagem

## **1 INTRODUÇÃO**

Passados algumas décadas da criação do Sistema único de Saúde - SUS, ainda são grandes os desafios a atenção a saúde da mulher no nosso país, devido à forte influência que carregamos de uma herança cultural permeada por modelos técnicos assistenciais que interferem no cumprimento dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Além disso, ainda encontramos práticas de saúde que apóiam-se em valores que produzem e reproduzem as desigualdades de gênero, percebendo a mulher apenas na sua função reprodutiva, sendo a maternidade o seu

---

<sup>1</sup> Graduanda em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB; Email: carolzinhapolicarpo@hotmail.co

principal atributo. A história das mulheres na busca pelos serviços de saúde retrata momentos marcados por discriminações e frustrações, tendo em vista que oposições orientaram, por muito tempo, o olhar da ciência sobre as diferenças entre homens e mulheres e definiram, numa perspectiva hierárquica de poder, o lugar do masculino e do feminino no mundo social (SCAVONE, 2004).

O gênero feminino ao longo do tempo estigmatizado como frágil e submisso aos ditames da sociedade, vem romper com os preconceitos do sistema consuetudinário quando o assunto em tela é “concepção”. Essa afirmação ganha força quando se observa que é contraditório que a mulher como ser tão dócil, por ela só tem o privilégio de gerar o ser humano e até uma época bem próxima de dar subsídios para que esse ato fosse executado da melhor forma, através de parteiras, comadres ou mulheres de mais experiência na família (PERROT, 2003).

Neste contexto, visualiza-se ao passar dos anos a existência de lutas intensas e mobilização social entre feministas e profissionais de saúde em busca de propostas de atendimento a mulher que abonassem o respeito a seus direitos de cidadania. A incorporação das temáticas dos movimentos feministas nas instâncias governamentais conforme Alvarez (2000) ressalta a necessidade de “inventar novas formas de fazer política” para promover mudanças que visam garantir a igualdade de oportunidades para as mulheres.

Foi em decorrência desse processo que as bases fundamentais para a idéia do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foram criadas. Assim, o PAISM surge em 1984, mundialmente pioneiro, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Incorporou os princípios de integralidade, equidade e descentralização, para dispor de uma atenção igualitária a todos que procurassem o serviço, princípios esses adotados também pela Constituição cidadã em 1988 com criação do Sistema Único de Saúde – SUS (OSIS, 1998).

Propôs os cuidados básicos com a saúde da mulher, destacando entre outras abordagens a importância do pré-natal, assim como as ações educativas no atendimento a população, trazendo dessa forma, a marca diferencial em relação a outros programas (RIO; VIEIRA, 2007).

Mesmo sendo um dos cuidados mais antigos prestados a saúde da mulher, permaneciam questões que obrigavam os gestores em saúde reavaliarem a assistência

oferecida durante o período gravídico puerperal, como por exemplo, o déficit no acesso aos serviços de saúde em algumas regiões, a falta de vínculo entre o pré-natal e parto e as altas taxas de mortalidade materna e perinatal. Foi nessa perspectiva, que o Ministério da Saúde lançou em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, que tem como principal estratégia 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 PHPN vem ainda indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natais e a consulta puerperal. (BRASIL, 2002).

Um dos fatores que contribui para a redução da mobi-mortalidade de mulheres gestantes é o pré-natal, pois é onde ocorre um acompanhamento humanizado garantindo os direitos constituídos pelo PAISM. Quanto ao profissional que realizará o pré-natal este deverá ser capacitado para tal prática. “As evidências afirmam que a assistência pré-natal básica pode ser desenvolvida não só por médico-obstetra, mas por outros profissionais, como enfermeiros e enfermeiros obstetras”. (CALDERON et. al., 2006, p.312).

Segundo Osava e Tanaka (1997), em termos históricos, a enfermagem sempre esteve presente no acompanhamento e avaliação de mulheres em período gestacional, vista que a enfermeira exerce papel fundamental na realização de parto e vem recebendo várias designações no decorrer dos anos como parteira, obstetrix e enfermeira obstetra.

Diante do exposto, percebemos que a enfermeira tem um estreito contato com as gestantes e suas preocupações no período gestacional. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, no texto assistência pré-natal do Manual Técnico, alerta que:

“[...] a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, verificada no Brasil” (BRASIL, 2000a).

Dentro desse contexto, considerando que o profissional de saúde responsável pela assistência obstétrica deve possuir competências essenciais (conhecimentos e habilidades) e ressaltando que o caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, que ainda hoje constitui um problema de saúde pública, defini-se como objetivo dessa pesquisa a realização de um diagnóstico dos serviços de assistência ao pré-natal na rede básica de saúde do



município de Campina Grande, por meio do perfil dos profissionais de enfermagem (enfermeiras e enfermeiras obstétricas) e acreditamos que esta pesquisa responda a questionamentos que possam ser úteis aos profissionais dessa área a fim de que melhorem e aperfeiçoem o programa de pré-natal a partir da visão do objeto encontrado no grupo participante desta pesquisa.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Ao longo do século XX, em um contexto mundial encontramos ações voltadas à saúde da mulher apenas destinadas ao parto. A mulher dentro desse contexto não possuía nenhum papel social, mais sim era vista como meras procriadoras cujas funções eram parir, criar e educar. De acordo com Cechin (2002, p. 446):

[...] Observando o lugar das mulheres na sociedade percebemos que no mundo antigo sua função básica era de reproduzir, sem direito de opção. Elas somente devem seguir a tradição, ou seja, subordinar-se ao macho. Seu papel pertencia a esfera doméstica, privada.

Na década de 60 o Brasil passava por inúmeras transformações políticas, sociais e econômicas. Marcada pela migração da população rural para zona urbana, desencadeando importantes mudanças nos padrões de vida da população em geral. Porém o papel da mulher nesse período ficou baseado em três pressupostos: as mulheres eram beneficiárias passivas do desenvolvimento ao invés de participantes, a maternidade era o papel mais importante da mulher na sociedade e a criação dos filhos o aspecto mais relevante para a mulher em relação ao desenvolvimento econômico. Em se tratando da mulher grávida até o início dessa década, os cuidados de saúde prestados limitavam-se apenas ao momento do parto, onde as mulheres enfrentavam inúmeros problemas ao longo da gestação que traziam agravos a sua vida e afligiam a vida de seus familiares (TYRREL, 1997).

Com a introdução da medicina preventiva no país na década de 70, iniciaram-se os programas de pré-natal, visto que os altos índices de mortalidade infantil obrigavam os gestores a procurar estratégias que transformassem esse quadro.

Nessa mesma época com o objetivo de reduzir os altos índices de morbimortalidade materno-infantil, o governo instituiu o Programa de Saúde Materno Infantil (PISMI), que seguia as recomendações da Organização Pan-OPAS. Continha delineamentos gerais sobre proteção e assistência materno-infantil e os cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. Entretanto a verticalidade do programa não permitia a integração com outros programas e ações propostas pelo governo federal, mesmo que oferecessem ações voltadas para os problemas femininos. Desse modo, a desarticulação entre os programas, dificultava o acesso e impedia uma ação mais integrada entre os serviços, caracterizando-os como irracionais, do ponto de vista geral e operacional, pois eram burocráticos e desenvolviam baixo impacto sobre os indicadores (COSTA, 1999).

A década de 80 foi marcada por grandes fatos históricos que abalizaram a nossa política pública de saúde, onde destacamos a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que teve como objetivo criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população, e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que criou o SUS, determinando ser dever do Estado garantir saúde a toda população. Em se tratando da atenção à saúde da mulher, alguns avanços aconteceram como o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher (PAISM) em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres, que incluía a assistência pré-natal (COSTA, 1999).

Em junho de 1983 o então Ministro da Saúde Waldyr Arcoverde apresentou a proposta de criação do Programa de Assistência Integral a saúde da Mulher - PAISM em um depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do senado, que investigava o crescimento populacional (SOBRINHO, 1993). Contudo foi em 1984, que o Ministério da Saúde divulgou um documento preparado pela referida comissão: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. Onde o ministério expôs à proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), reavaliando a premissa que direcionava a atenção a saúde da mulher apenas ao ciclo gravídico-puerperal, ficando a mesma sem atenção a saúde à maior parte da sua vida para uma reforma no modelo de assistência garantindo um atendimento de forma integral (BRASIL, 2004).

O conceito de assistência integral preconizado pelo Ministério da Saúde (1984):

[...] envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde” (BRASIL, 1984).

Nessa conjuntura a assistência deveria ser clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 2004).

Nesse período, várias experiências alternativas foram feitas em saúde, entre elas a capacitação de profissionais, novas práticas educativas em saúde da mulher, bem como formas alternativas de atendimento. A idéia geral era viabilizar a rede básica de serviços pela integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Além disso, instituíam-se que todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto, visto que algumas dessas atividades já vinham sendo realizadas na rede básica de saúde, onde podemos tomar como exemplo o pré-natal, fazia-se necessária de início a melhoria dessas ações (OSIS, 1994).

Infelizmente, o PAISM não foi um programa que alcançou implantação efetiva em todo território nacional, evidenciando os diferentes graus de compromisso político dos gestores em relação à saúde da mulher e o descompasso entre as Secretarias Estaduais e Municipais (COSTA, 1999). Contudo representou um avanço significativo, pois foi responsável pelo deslocamento do olhar na atenção a saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão.

Mesmo decorrente de toda essa mudança, os altos índices de mortalidade materna continuava a preocupar o governo. O pré-natal é um fator que contribui diretamente para a redução da morbi-mortalidade, pois é onde ocorre um acompanhamento humanizando garantindo os direitos constituídos no PAISM, ou seja, acesso aos serviços de saúde, promoção, prevenção e a assistência de recuperação da saúde, que promove melhorias na qualidade de vida e saúde das mulheres particularmente durante a assistência pré-natal (BRASIL, 2006). Contudo a assistência pré-natal qualificada esta vinculada a presença de profissionais qualificados e habilitados para tal.

Deste modo, a assistência pré-natal busca um atendimento adequado as gestantes, através de profissionais possuidores de conhecimento técnico-científico e recursos adequados disponíveis para o atendimento de cada uma destas necessidades. É durante o pré-natal que os profissionais irão detectar possíveis alterações, prevenir agravos e tratá-los precocemente além de orientar a mulher sobre todas as modificações inerentes ao período gravídico, parto e puerperio, garantindo dessa forma uma maternidade mais tranqüila e segura (BRASIL, 2000b).

Muitas patologias do período gravídico-puerperal podem ser tratadas e controladas, e uma assistência pré-natal de qualidade certamente contribuirá para evitar problemas específicos ao parto, a mãe e ao recém-nascido, além daqueles acometidos no período puerperal. Todavia, estudos têm observado uma significativa deficiência tanto na extensão da cobertura como no padrão de qualidade da atenção pré-natal. (BRASIL, 2006).

O olhar integral na conjuntura saúde da mulher vem sendo constantemente abordado e discutido pelo Ministério da Saúde - MS desde 1988. Que visa primeiramente tratar a redução da iniquidade dos indicadores epidemiológicos relativos à saúde da mulher, prioritariamente a redução nas taxas de mortalidade materna por causas evitáveis. Em decorrência dessa visão, o MS, lançou leis e portarias que abraçavam a saúde da mulher, tais como a humanização no pré-natal e nascimento.

Instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tem como objetivo primordial garantir melhoria na qualidade do acesso e acompanhamento da gestante ao pré-natal, parto e puerpério na perspectiva dos direitos de cidadania, culminando na redução das taxas de morbimortalidade e garantindo uma assistência humanizada e condicionada aos direitos de toda gestante. Sendo dever de toda Unidade de Saúde receber e acolher com dignidade a gestante, o recém-nato e sua família, quebrando o isolamento tradicional, imposto a esta desde o momento de sua chegada ao hospital e acompanhado até a sua alta (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Neste sentido o Ministério da Saúde busca incentivar ações de início precoce durante o pré-natal, isto é, identificando o mais breve possível a gestante na comunidade com o objetivo de garantir uma assistência contínua, em todos os níveis de complexidade, com o sistema de referência e contra-referência atuante (BRASIL, 2000a).

No Brasil, segundo a portaria do PHPN preconiza-se um número mínimo de seis consultas com a realização da primeira consulta o mais precocemente possível de preferência antes do 4º mês de gestação, sendo estas distribuídas da seguinte maneira: no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até quarenta e dois dias do puerpério (BRASIL, 2000a).

Realização de exames laboratoriais obrigatório como o fator RH, sífilis, urina de rotina, glicemia de jejum, hemoglobina / hematócrito e teste anti-HIV. Além da aplicação da vacina antitetânica em mulheres não imunizadas bem como a dose de reforço para aquelas que já foram (BRASIL, 2000a).

Estudo realizado por Bezerra et. al. (2005) dois anos após a implantação do programa, numa maternidade-escola em Fortaleza - CE com o objetivo de estudar a mortalidade materna por hipertensão durante a gestação expõem resultados alarmantes, onde 61,4% das mulheres que foram a óbito por esta causa não realizaram nenhuma consulta pré-natal e apenas 6,1% das gestantes pesquisadas freqüentaram pelo menos as seis consultas mínimas preconizadas. Ressaltando a importância de um pré-natal de qualidade para prevenção de agravos e a redução de complicações obstétricas. Esse resultado demonstra que dificuldades como: falta de acesso ao pré-natal em algumas regiões, vínculo entre pré-natal e parto, qualidade e humanização da assistência prestada estão relacionados com as altas taxas de mortalidade materna.

Frente a essa situação, encontramos a importância da qualificação da assistência prestada durante a gestação. Exigindo dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento pré-natal, ou seja, médicos e enfermeiros condutas obstétricas competentes que possam garantir a mulher tranquilidade e confiança para que consigam conduzir a gestação e parto com maior autonomia.

Baseado na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, o qual regulamenta a Lei nº 7.498, e da resolução COFEN nº 271/2002 que a reafirma, diz: “o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 1986).”

A consulta pré-natal envolve procedimentos simples, permitindo que o profissional responsável se dedique a priorizar as necessidades das gestantes, oferecendo além de uma assistência obstétrica de qualidade, confiança para que a mesma possa expor seus medos e aflições. O acompanhamento e a assistência de qualidade prestada à gestante durante o pré-natal pode ser realizada pelo enfermeiro,

como já citado anteriormente, pois além de respaldo legal possui embasamento teórico científico (CUNHA, 2008). Nesta conjuntura, o enfermeiro deve ser detentor de saber e habilidades necessárias, contando como apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa que de acordo com Polit Beck e Hungher (2004) é aquele em que o pesquisador observa e explora aspectos de uma situação, com o objetivo de retratar as características de indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos.

A investigação foi realizada no município de Campina Grande – PB. O município faz parte do 3º Núcleo Regional de Saúde, unidade de divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega 70 municípios. Obedecendo aos critérios de hierarquização e regionalização, o município foi dividido em 6 distritos sanitários, que agrupam as 92 equipes de saúde (CAMPINA GRANDE, 2010).

Para seleção dos participantes usamos uma amostra probabilística onde os distritos sanitários do município foram utilizados como subgrupo da população. Para definir os profissionais foi realizado um sorteio aleatório simples de quatro Unidades Básicas de Saúde da Família em cada um dos seis distritos sanitários do município, compondo um total de 24 Unidades da Estratégia Saúde da Família. Não foi possível atingir o número total da amostra, pois dois profissionais não aceitaram participar da pesquisa e outros dois não foram encontrados, participando, portanto do estudo 20 enfermeiros envolvidos na atenção pré-natal realizada pela rede básica de saúde do município de Campina Grande – PB.

Para viabilizar a coleta foi elaborado um questionário, buscando identificar informações sobre as ações exercidas pelos mesmos no atendimento a mulher na gestação e puerpério. Foi aplicada diretamente pelo pesquisador no local de trabalho da equipe de enfermagem. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2011.

Os dados foram tabulados e processados no Statistical Packaged for the Social Science (SPSS) em sua versão 18.0. Neste programa foram analisadas as informações das variáveis categóricas ordinais, nominais e dicotômicas baseado na distribuição de frequência de seus fatores e apresentados na forma de porcentagem.

Conforme determinação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – através do processo número 057.0.133.000-11, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A amostra da presente pesquisa se caracterizou por compor-se apenas de 20 enfermeiras, cada uma oriunda de unidades básicas de saúde distintas. Verificamos que 100% da amostra estudada é do sexo feminino, reafirmando a predominância desse gênero nas categorias profissionais que atendem a mulher durante o pré-natal, tal característica foi encontrada nos estudos de Sabino (2007), realizado com enfermeiros que atuam no pré-natal no município de São José do Rio Preto – SP. No Brasil, a participação feminina na enfermagem ainda é predominante. Segundo dados, em torno de 73% dos empregos na enfermagem são ocupados por profissionais do sexo feminino (GIRARDI, CARVALHO, 2002).

Com relação à idade dos enfermeiros, temos 75% com 25 a 35 anos, o resultado encontrado se aproxima do referido por Rocha e Zeitoune (2007) em estudo sobre o perfil dos enfermeiros que atuam no programa de Saúde da Família no município de Floriano – PI, onde a faixa etária dos enfermeiros participantes variou de 25 a 40 anos.

A tabela 1 mostra o perfil de formação das enfermeiras entrevistadas, onde pode-se perceber que tais profissionais apresentam em sua maioria mais de 5 anos de experiência (65%). Quanto à qualificação profissional, 90% das enfermeiras que atendem as gestantes nas unidades pesquisadas referiram ter cursado alguma especialização lato sensu, apenas 10% das enfermeiras não fizeram nenhuma pós-graduação. As pesquisas realizadas por Cunha (2008) em Rio Branco/AC e Sabino em São José do Rio Preto/SP, encontram respectivamente, que 70,6% e 96% dos enfermeiros tinham cursado alguma especialização.

Para os que são especialistas, 70% possuem uma especialização e 10% mais de duas, situação encontrada por Sabino (2007), que foi de 56% das enfermeiras frequentaram apenas 1 curso de especialização. Dos entrevistados, não tivemos nenhum que frequentaram pós- graduação strictu senso nível mestrado e doutorado.

**Tabela 1. Características da formação acadêmica das enfermeiras.**

	N	%
<b>Tempo de Graduação</b>		
Há 5 anos ou menos	7	35
Entre 6 e 10 anos	6	30
Entre 11 e 15 anos	2	10
Acima de 15 anos	5	25
<b>Possui Curso de Especialização</b>		
Sim	18	90
Não	2	10
<b>Quantidade de Especializações</b>		
Nenhuma	2	10
Uma	14	70
Duas	2	10
Mais de duas	2	10
<b>Área de Especialização</b>		
Saúde coletiva	2	10
Saúde pública	9	45
Saúde da família	8	40
Outras	5	25
<b>Mestrado</b>		
Sim	0	-
Não	20	100
<b>Doutorado</b>		
Sim	0	-
Não	20	100
<b>Curso em Saúde da Mulher</b>		
Sim	12	60
Não	8	40

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

De todas as especialidades cursadas, Saúde Pública foi a mais encontrada (45%), seguida por Saúde da Família (40%) e Saúde Coletiva (10%), também foram citadas Enfermagem do Trabalho, Pediatria, Auditoria e Obstetrícia. Encontramos apenas 1 enfermeira obstetra característica similar a encontrada por Bussadori (2009), Sabino(2007) e Vorpapel (2008), porém destes apenas o primeiro relatou a presença de três enfermeiros obstetras, nos demais não houve nenhum caso. No entanto Benigna, Nascimento e Martins (2004), em estudo sobre as ações realizadas durante a assistência



pré-natal com enfermeiros do PSF no município estudado nesta pesquisa, defendem a relevância da especialização em obstetrícia no manejo da assistência à gestante pelos profissionais de enfermagem.

Os dados deste estudo demonstraram que 60% dos enfermeiros participaram de cursos de atualização voltados para a assistência pré-natal nos últimos anos. Para que os profissionais de saúde sejam capazes de desempenhar uma assistência eficaz e de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal se faz necessário um sistema de educação em saúde que desperte o pensamento crítico, a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, assim como o estabelecimento de programas de capacitações apropriados (MACDONALD; STARRS, 2003).

O tempo de experiência profissional no pré-natal mostrou que 65% dos enfermeiros possui mais de 5 anos de atuação no atendimento a gestante. O encontrado na literatura foi semelhante nos relatos de Cagnin (2008), em que 37,8% tem mais de 10 anos de profissão e Ferrari, Thomson e Melchior (2005), em que 52,1% dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família e 46% dos que atuam em unidade de atendimento a gestante tem mais de 5 anos de formação profissional.

Quando questionados acerca de onde aprenderam sobre o pré-natal, os profissionais de Campina Grande – PB, 85% afirmam ter recebido conteúdo teórico na graduação, 75% relatou ter tido aulas práticas sobre o pré-natal e um menor percentual de 65% tiveram estágio nessa área. Quando indagados posteriormente se setiam-se capacitados a trabalhar na atenção pré-natal com os conteúdos estudados na graduação, os resultados contrastam com aqueles abordados na questão anterior, pois 55% alegam não estarem capacitados para essa atividade com apenas o conteúdo estudado na graduação. Tal achado não difere muito do encontrado por Fornazari (2009), no qual os profissionais referem ter aprendido obstetrícia na prática profissional. Resultados evidenciados na Tabela 2.

**Tabela 2. Conhecimento acerca do pré-natal.**

	Conhecimento do Pré-Natal		Conhecimento da Graduação sobre Pré-Natal	
	Sim	Não	Sim	Não
Teórico	17 (85%)	3 (15%)	9 (45%)	11 (55%)
Prático	15 (75%)	5 (25%)	9 (45%)	11 (55%)
Estágio	13 (65%)	7 (35%)	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

A maioria dos enfermeiros (55%) neste estudo referiu mais de um vínculo empregatício, resultado também encontrado em Rio Branco – AC por Cunha (2008) onde 52,17% dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa também trabalhavam em mais de uma instituição. Outro estudo referente à assistência de enfermagem à gestante encontrou que 49,3% das enfermeiras referiram mais de um local de trabalho (GARDENAL et al., 2002). Cabe destacar que quando indagados sobre a satisfação com a jornada de trabalho, 55% dos enfermeiros não encontram-se satisfeito com a sua jornada.

Em relação às ações exercidas na assistência à mulher no pré-natal e pós-parto, todas as enfermeiras afirmaram realizar acolhimento, consulta de enfermagem, orientações individuais, solicitação de exames e consulta puerperal. As consultas puerperais de 7 a 10 dias são feitas por 35% das participantes e as até 42 dias por 65% delas. Entretanto encontramos apenas 45% que encaminham a gestante para o parto, 85% solicitam o teste de gravidez e 30% realizam cursos ou grupos de gestante. Todos estes procedimentos são preconizados pelo Ministério da Saúde e cada um tem extrema importância em relação ao bem estar materno/fetal. Como representado na Tabela 3.

Tabela 3. Atendimento na gestação e puerpério.

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Acolhimento	20	100	-	-
Consulta pré-natal	20	100	-	-
Orientações	20	100	-	-
Encaminhamento para parto	9	45	11	55
Solicitação de teste de gravidez	17	85	3	15
Solicitação de exames	20	100	-	-
Curso para gestantes	6	30	14	70
Consulta puerperal	20	100	-	-
Consulta puerperal de 7 a 10 dias	7	35	13	65
Consulta puerperal até 42 dias	13	65	7	35
Consulta puerperal após 42 dias	-	-	20	100

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

Segundo o MS, em seu manual técnico sobre pré-natal e puerpério o acolhimento é essencial para uma eficaz política de humanização. Tal procedimento

deve ser iniciado desde a chegada da mulher a unidade de saúde, recepcionando e promovendo um ambiente onde ela possa ser ouvida e expressar seus medos, preocupações e angústias, prestando um atendimento resolutivo e articulado com os demais serviços de saúde necessários para a continuidade da assistência. A equipe deve buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, através de um diálogo sem preconceitos ou julgamentos, que estimule a mulher a falar da sua intimidade com segurança, que fortaleça a gestante no decorrer da gestação, contribuindo dessa forma para um parto tranqüilo e saudável (BRASIL, 2006).

Segundo Cunha (2008) a atuação do enfermeiro na consulta pré-natal de baixo risco tende a oferecer assistência integral clínicoginecológica e educativa, com o intuito de que a mulher possa ter uma gestação tranqüila e um bebê saudável. Tornando-se um instrumento de suma importância por ter como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal por meio da realização de ações preventivas e promocionais a gestante. Sendo solicitado do profissional além de competência técnica – científica sensibilidade para compreender o ser humano através da sua habilidade de percepção e comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica.

Segundo o preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Quanto à solicitação do teste de gravidez, orientações individuais e a solicitação dos exames laboratoriais de rotina e a pesquisa mostra que as enfermeiras cumpriram o que se esperava.

Entretanto em relação ao encaminhamento da gestante ao local de parto, 55% das enfermeiras afirmaram não realizar esse tipo de ação o que infringe a lei nº 11.639, de 27 de dezembro de 2007, que garante a toda gestante o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto (Portaria n.º 569/GM Em 1 de junho de 2000).

Quando foram questionadas sobre a existência de curso ou grupos de gestante nas unidades onde trabalham, 70% disseram não possuir tal curso em sua unidade de atuação. No estudo realizado por Buzzadori (2009) 43,3 % dos enfermeiros afirmam também não realizar cursos ou grupos voltados para gestantes. Muitos associaram à inexistência de um curso a falta de espaço físico, desinteresse por parte das mulheres e o aumento da adesão ao curso apenas vinculado a algum prêmio ou brinde. A coordenação dos cursos de gestantes é uma das atribuições do enfermeiro, que na

maioria das vezes articula suas ações com os demais profissionais da unidade, enfatizando a importância do trabalho multiprofissional.

Desde o lançamento do PAISM no início dos anos 80, que muito se discute à cerca da importância das ações educativas no atendimento a mulher, de forma a contribuir para que acrescentem informações sobre seus corpos e assim consigam valorizar suas experiências de vida (RIOS; VIEIRA2007).

Sabino (2007) defende a importância das ações educativas no pré-natal, entre elas os cursos de gestantes, e apontam a necessidade de que os enfermeiros se empenhem em tais atividades de forma a gerar impacto na saúde física, mental e emocional das gestantes.

A importância de tais ações está descrita no manual técnico do pré-natal e puerperio, onde o ministério da saúde preconiza alguns aspectos a serem abordados nas ações educativas. Quando questionados acerca da abordagem de tais aspectos, 100 % enfermeiros afirmaram expor a acerca da importância do pré-natal, higiene e atividade física, imunização e nutrição da gestante, desenvolvimento da gestação, sintomas comuns na gravidez e orientação alimentar, orientação e incentivo ao aleitamento materno, cuidados após o parto e cuidados com o recém nascido.

A educação sobre as modificações corporais, medo e fantasias ocorridas na gestação são incorporadas ao trabalho de 85% das enfermeiras. As explicações sobre os sintomas de dor de cabeça e achados de perdas vaginais são mencionadas por 95% das participantes, assim como a capacidade de preparar para o parto. As outras informações dadas são: 70% mencionam planejamento familiar nas suas consultas ou cursos, apenas 10% falam de saúde mental e violência sexual, benefícios e direitos das gestantes (50%), participação do pai (50%), gravidez na adolescência (90%), importância das consultas puerperais (90%) e a importância do teste do pezinho (85%). Resultados indicados na Tabela 4.

Tabela 4. Aspectos das ações educativas.

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Importância do pré-natal	20	100	-	-
Higiene e atividade física	20	100	-	-
Imunização	20	100	-	-
Nutrição	20	100	-	-
Desenvolvimento da gestação	20	100	-	-
Modificações corporais e emocionais	17	85	3	15
Medos e fantasias	17	85	3	15
Atividade sexual	18	90	2	10
Sintomas da gravidez	20	100	-	-
Ações nas perdas vaginais e dor	19	95	1	5
Preparo para o parto	19	95	1	5
Aleitamento materno	20			
Planejamento familiar	14	70	7	30
Sinais e sintomas do parto	19	95	1	5
Cuidados pós-parto	20	100	-	-
Saúde mental e violência	2	10	18	90
Benefícios legais	10	50	10	50
Participação do pai na gestação	10	50	10	50
Gravidez na adolescência	18	90	2	10
Importância das consultas puerperais	18	90	2	10
Cuidados com o recém-nascido	20	100	-	-
Teste do pezinho	17	85	3	15

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

Ao verificar a satisfação com a atuação e com o reconhecimento profissional foi evidenciado que os enfermeiros estão mais satisfeitos com sua atuação profissional (95%) do que com o seu reconhecimento (25%). O contrário do estudo realizado por Gardenal et al (2002) que encontrou 73% dos enfermeiros satisfeitos com o seu reconhecimento profissional.

Com relação às dificuldades no atendimento à gestante, 50% das enfermeiras referiram ter dificuldades. O mesmo resultado foi encontrado por Bussadori (2009), onde os profissionais de enfermagem referiram sentir dificuldade principalmente no que diz respeito à falta de protocolo de atendimento, nível de instrução da comunidade, sistema referência e contra-referência, além da estrutura física. Foi questionado acerca da frequência com que os enfermeiros enfrentam determinadas dificuldades. Os

resultados estão amostra na Tabela 5. Destacamos que 75% dos profissionais referiram às vezes apresenta dificuldade com a falta de insumos, 50% com o retorno de exames, 35% com a infraestrutura e 35% condições culturais e econômicas da população, 50% quase sempre encontra dificuldades com o excesso de trabalho e 40 % afirmam sempre encontrarem problemas com o sistema de referencia e contra-referência.

Tabela 5. Dificuldades enfrentadas pela equipe.

	Nunca		Quase Nuca		As vezes		Quase sempre		Sempre		Não sei	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Infraestrutura	5	25	3	15	7	35	2	10	3	15	-	-
Descontinuidade da gestação	-	-	9	45	8	40	-	-	3	15	-	-
Carência de pessoal	1	5	11	55	5	25	3	15	-	-	-	-
Falta de fluxo e rotinas	1	5	1	5	8	40	8	40	2	10	-	-
Falta de insumos	-	-	2	10	15	75	3	15	-	-	-	-
Retorno de exames	-	-	1	5	10	50	6	30	3	15	-	-
Comunicação interna	7	35	10	50	1	5	-	-	2	10	-	-
Falta de organização	2	10	14	70	3	15	-	-	1	5	-	-
Sincronia entre profissionais	3	15	8	40	2	10	-	-	7	35	-	-
Carga horária	5	25	4	20	4	20	4	20	3	15	-	-
Excesso de trabalho	3	15	2	10	4	20	10	50	1	5	-	-
Referencia e contra-referência	-	-	1	5	4	20	7	35	8	40	-	-
Condições culturais e econômicas da população	1	5	1	5	7	35	5	25	6	30	-	-

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2011

## 5 REFLEXÕES FINAIS

A análise e discussão dos dados possibilitou conhecer o atendimento a mulher durante o pré-natal nas unidades de saúde da família no município de Campina Grande – PB. Por intermédio das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem e do perfil destes.

Ao tratar do perfil dos Enfermeiros pesquisados, encontramos uma equipe de enfermagem 100% feminina, com idade média de 32,4 anos e com mais de 5 anos de

formação. A maioria dos profissionais tiveram aulas teóricas, práticas e estágios sobre o pré-natal, porém mais da metade (55%) alegam não sentirem capacitados a trabalhar com o conteúdo estudado na graduação. Constatamos que 90% dos enfermeiros possuem algum tipo de pós-graduação, contudo apenas um é especializado em obstetrícia. Nenhum frequentou mestrado e/ou doutorado. Verificamos que a maioria dos profissionais possui mais de um vínculo empregatício, mas não sentem-se satisfeitos com a sua jornada de trabalho.

A participação dos enfermeiros é de fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal, no entanto são necessários investimentos na formação de pessoal qualificado no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, o que poderá ser suprido com a formação de especialistas em enfermagem obstétrica.

Os resultados deste estudo revelam que grande parte das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério são realizadas pelas enfermeiras, entretanto algumas foram realizadas com baixa frequência. As ações mais frequentes foram: acolhimento, consulta de enfermagem, orientações individuais, solicitação do teste de gravidez e solicitação dos exames. As menos frequentes foram: encaminhamento para o parto e curso de gestantes

Face o resultados, obtidos neste estudo, observa-se que esforços devem ser feitos com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção oferecida pelos serviços do pré-natal. É necessário, portanto, sempre motivar os profissionais para a prática da saúde coletiva, bem como garantir a realização dos procedimentos da consulta pré-natal e o tratamento das intercorrências comuns na gravidez e organizar o sistema de atenção entre os níveis à saúde.

Ciente da relevância da atenção pré-natal como fator que intervém na qualidade de saúde perinatal e na redução das taxas de morbimortalidade materna, que ainda hoje representa um problema de Saúde Pública, faz necessário motivar os gestores de saúde da cidade de Campina Grande – PB a resolver ou minimizar as principais fragilidades decorrentes neste processo para obter-se uma melhor qualidade na assistência.

## **6 ABSTRACT**

The prenatal consists in the accompaniment of the pregnant, serving as a time of learning for the woman and her family and allows, also, to detect abnormalities with the mother and the child. In this context, the nurse comes like an enabled professional to

follow this gestation of low risks. The present study has as objective make a diagnosis of the support services to prenatal care in the basic web of health in the city of Campina Grande – PB, by the profile of the professionals of nursing. It is a descriptive study with a quantitative approach, made in 24 unities of the basic web of health. It is concluded that the prenatal is extremely important to the public health, and the nurse has the total capacity to conduct the appointments. But, although the prenatal being recommended by the Ministry of Health and being nursing practice in the basic unities, was possible to verify that some procedures and actions was not been made by these professionals, therefore becomes necessary the awareness of them for reach success in the prenatal assistance. However, some weaknesses found in the assistance avoid the responsibility of the professional to find explanations in other paradigms, such as reflective education, for example, and investment in social and health policies.

**KEYWORDS:** Primary; Prenatal; Nursing

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Sônia E.; *et al.* **Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-Americanos:** novas leituras. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000.

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

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

BRASIL. **Lei federal no 7498, de 25/06/1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, no 9273, 26 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento;** Brasília 2002.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras – ABENFO. **Urgência e Emergência maternas: guia para diagnostico e conduta em situações de risco de morte materna.** 2. Ed. Ver. Brasília: MS, 2000b.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral a saúde da mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, 1º de junho de 2000** Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2005.

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

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

CALDERON, I. M. P. ; CECATI, J. G. ; VEGA, C.E.P. Intervenções benéficas no pré-natal para a prevenção da mortalidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v 28, n.5, 2006.

CAMPINA GRANDE. Secretaria de Saúde de Campina Grande (PB). Sistema de Informação de Atenção Básica. Campina Grande; 2010.

CECHIN, P.L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 446, 2002.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil, In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.319, 1999. 319

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

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

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

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 . 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de Trabalho e regulação dos profissionais de saúde. **Recursos humanos em saúde: políticas, desenvolvimento e mercado de trabalho**, Campinas: Unicamp, 2002

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**, Ministério da Saúde, 2004

OSAVA, R.H.; TANAKA, A.C.D'A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.31, n.1, abr. 1997.

OSIS, M. J. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

OSIS, M. J. D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad Saúde Publica. 1998.

PERROT, M. Os Silêncios do Corpo da Mulher. In: Matos, M.I. e Soihet, R. (Org.) **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. Ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

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.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. Perfil dos enfermeiros do Programa saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, jan/mar. 2007

SABINO, A. M. N. F. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP**. 2008. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008

SERRUYA, S.J; CECATTI, J.G; LAGO, T. di G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, set-out,2004.

SOBRINHO, D. F., 1993. **Estado e População: uma História do Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais.** São Paulo: Editora UNESP, 2004

TYRREL, M.A.R. **Programas nacionais de saúde materno – infantil: impacto social e inserção da enfermagem.** Escola Anna Nery. Rev De Enfermagem. 1997.

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