



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

KAROLINE OLIVEIRA DA COSTA

**CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-
NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAMPINA GRANDE

2017

KAROLINE OLIVEIRA DA COSTA

CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-
NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador^a: Prof^a. Dr^a. Cláudia Santos Martiniano Sousa.

CAMPINA GRANDE

2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C837c Costa, Karoline Oliveira da.

Conhecimento e utilização do Protocolo de Assistência ao Pré-Natal por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde [manuscrito]: / Karoline Oliveira da Costa. - 2017.

46 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Saúde da mulher. 2. Pré-natal. 3. Atenção básica.

21. ed. CDD 610.736 78

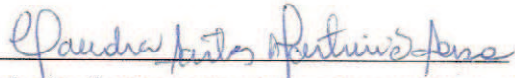
KAROLINE OLIVEIRA DA COSTA

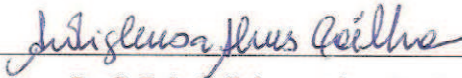
CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-
NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

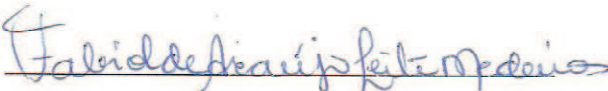
Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 14/12/2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a. Dr.^a. Cláudia Santos Martiniano Sousa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a. Dr.^a. Ardigleusa Alves Coelho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a. Dr.^a. Fabíola Araújo Leite Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Para os meus pais, meus irmãos e namorado, pelo
apoio e amor incondicional em todas as circunstâncias,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai eterno e misericordioso, por todos os momentos que me proporcionou vivenciar essa trajetória de crescimento intenso, pelo companheirismo e cuidado diário, por todas as bênçãos recebidas.

Aos meus pais, que foram verdadeiros mestres nos primeiros cuidados com a educação que me foi dada, incentivando-me incansavelmente e apoiando a minha caminhada durante a graduação. Embora distantes, sempre fizeram questão de estarem presentes, não deixando de dar amor e cuidado. Se hoje venci esta etapa, foi porque vocês foram os meus alicerces.

À minha família, irmãos, especialmente à minha irmã Karine, por todos os dias em que esteve me apoiando, me confortando com palavras de coragem e cunhada, Viviane Mara, na qual eu tenho admiração pelo exemplo de enfermeira.

Ao meu namorado, Lucas Palhano, pelo incentivo frequente, pela companhia de cada dia, não me deixando faltar amor.

Aos professores do Curso de graduação em Enfermagem da UEPB, em especial, a minha orientadora, Professora Doutora Claudia Santos Martiniano Sousa, pela oportunidade em vivenciar a experiência da pesquisa e, sobretudo por acreditar na minha capacidade. A sua modéstia foi fundamental para que os conhecimentos fossem transmitidos com sabedoria ímpar, para o meu crescimento profissional e desenvolvimento desta pesquisa.

As Professoras Doutoras Ardigleusa Alves Coelho e Fabíola Araújo Leite Medeiros, pela participação na banca.

Aos demais funcionários da UEPB, do próprio Departamento de Enfermagem, pela paciência e atendimento solícito quando nos foi necessário.

A Universidade Estadual da Paraíba, que me acolheu em Campina Grande durante a graduação.

Por fim, a todos aqueles que de uma forma agradável, foram auxílio para a realização de mais uma conquista na minha vida.

“Fortificai o meu estudo, dirigi o seu curso, aperfeiçoi o seu fim, Vós que sois verdadeiro Deus e verdadeiro homem, e que viveis nos séculos dos séculos”.

São Tomás de Aquino

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	11
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
Caracterização das participantes do estudo	13
Acolhimento com escuta qualificada	14
Avaliação Global da Gestante	15
Plano de Cuidados no Pré-Natal.....	18
Facilidades e dificuldades do uso dos protocolos nas ações prestadas na assistência ao pré-natal...	30
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
APÊNDICE A	43
APÊNDICE B	44

CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Karoline Oliveira da Costa*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e a utilização do Protocolo de assistência ao pré-natal por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, em que foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 39 enfermeiros que atuam nas unidades de Saúde da Família dispostas nos distritos que fazem parte de Campina Grande, Paraíba. Utilizou-se um roteiro de entrevista elaborado para a pesquisa. Os dados foram analisados por meio da Análise Categórica Temática e organizados em 4 dimensões: Acolhimento com escuta qualificada; Avaliação global da gestante; Plano de cuidados no Pré-Natal; e uma oriunda do material empírico: Facilidades e dificuldades no uso dos protocolos nas ações prestadas na assistência ao pré-natal. Conclui-se que os enfermeiros realizam, em sua grande maioria, o que é preconizado pelo protocolo. Na dimensão Acolhimento com escuta qualificada e a Avaliação global da gestante destacou-se a centralização da assistência ao pré-natal centrada no binômio enfermeiro-médico, com protagonismo expressivo dos enfermeiros. Na dimensão Plano de cuidados no Pré-Natal percebeu-se que a também centralização do cuidado no enfermeiro-médico, muitas vezes, assumindo o papel do médico e de profissionais de outros serviços ao tomar para si atribuições que competem à equipe ou a outros serviços da rede assistencial. A última dimensão apontou como principais facilidades assiduidade das gestantes ao pré-natal e às atividades de educação em saúde e como dificuldades a falta de capacitação e falta de liberdade para prescrição de medicamentos.

Palavras-Chave: Protocolo. Saúde da mulher. Pré-natal. Atenção básica.

1 INTRODUÇÃO

A mulher passou a ser incorporada às políticas nacionais no início do século XX (CRUZ et al (2014). Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), este programa adotava, com impasses, medidas para que fosse permitido o

*Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: karolcosta.27@hotmail.com

acesso da população aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero (BRASIL, 2013). Porém, somente no século XXI, houve iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), associada ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna.

Tendo em vista a necessidade de mudanças, em 2003 foi formulada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Os princípios e diretrizes dessa nova proposta foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade. Essa política vem demonstrar preocupação em adotar ações que atendam às necessidades das mulheres e, assim, reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis (BRASIL, 2015).

Conforme foi sendo organizada, houve na elaboração do programa de saúde da mulher, a assistência ao pré-natal, instituído em 2000 pelo Ministério da saúde através da PHPN, que assegura o cuidado obstétrico, visando à melhoria na qualidade da atenção, em que se recomendam condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Esse programa definiu o número de consultas, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde realizadas por outros modelos de atenção básica à saúde no mundo (BRASIL, 2000).

Posteriormente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) criou a Rede Cegonha, que visa assegurar os cuidados às mulheres dando-as direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e ao puerpério, as crianças o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A assistência ao pré-natal é fundamental para a saúde materno-infantil e para que os objetivos preconizados pelo Ministério da Saúde para assistência ao pré-natal sejam alcançados, é necessário que a equipe multiprofissional, responsável pelo atendimento possua uma relação harmoniosa. Essa equipe deve ser composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. O acolhimento a gestante deve começar ainda no primeiro trimestre da gestação com consultas que devem ser agendadas para que se tenha a cobertura necessária e um acompanhamento efetivo (BRASIL, 2005). As consultas devem ser distribuídas: uma para o primeiro trimestre, duas para o segundo e três para o terceiro. As gestantes que não procuram atendimento no primeiro trimestre da gestação interferem na sequência de consultas, interrompendo o acompanhamento integral do desenvolvimento do feto e prejudicando a descoberta precoce de

algumas doenças, como a pré-eclâmpsia e a diabetes gestacional, que podem ocasionar graves problemas para as gestantes (ANDREUCCI; CECATI, 2011).

Um das principais responsabilidades dos profissionais que atendem a gestante é a orientação sobre a importância do pré-natal, da sexualidade, da orientação de higiene e dieta, do desenvolvimento da gestação, bem como das alterações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, direitos trabalhistas, cuidados com o recém-nascido, amamentação e puerpério (BRASIL, 2016). Justamente por isso, a intervenção da enfermagem inicia-se quando a mulher procura o serviço de saúde com dúvidas, angústias ou pela curiosidade de saber se está grávida. Para garantir o bem-estar da mulher, o Ministério da Saúde estabeleceu um esquema de consultas pré-natais que foram distribuídas de forma intercala no período em que a mulher fica sendo avaliada (MAEDA et al, 2014).

No que diz respeito às atribuições específicas, enfermeiros e médicos partilham as mesmas atribuições, segundo o Protocolo de Atenção Básica Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016). Nesse sentido, na primeira consulta, se considera as queixas referidas pela gestante, em razão da criação de ambiente de apoio por parte do profissional e de confiança pela mulher. Logo após esse primeiro contato, o profissional faz a captação e o cadastro da gestante no SISPRENATAL, que coleta dados sobre o pré-natal em nível nacional, e em seguida serão esclarecidas dúvidas, medos, ansiedades, estimulando assim o engajamento da paciente ao programa que deve ainda conter anamnese, exame físico geral, das mamas e ginecológico (DATASUS, 2015).

Um dos importantes instrumentos na organização do pré-natal é a utilização dos protocolos, que surge como instrumento facilitador de decisões, promovem a redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, universalizando a rotina profissional, propiciando qualidade e aderência às ações propostas, garantindo acesso ao serviço, fazendo com que as atividades permanentes possam se tornar eficazes, permitindo resultado proveitoso para as comunidades que são atendidas pelo serviço (BRASIL, 2016). Portanto, o desuso desse recurso pode acarretar em dificuldades no processo de trabalho, onde o profissional de enfermagem inflige o compromisso ético necessário para que atue com autonomia e proporcione ao usuário do sistema municipal de saúde uma atenção de qualidade (COREN/RJ, 2012).

Acerca desse tema, pesquisadores (RODRIGUES et al., 2011; ALMEIDA et al., 2016) constataram que a utilização dos protocolos é deficiente mediante resistência ao seu uso por parte dos enfermeiros e falta de capacitação teórica, não sendo efetivada a assistência a mulher, podendo ocorrer, ingerência no direito de escolha do método contraceptivo, atenção à

gestante HIV positiva, utilização dos sistemas de informação para assistência ao pré-natal, entre outros.

Em resumo, a pertinência do uso do protocolo de atenção ao pré-natal para a efetivação de uma atenção holística à saúde da mulher e a presença de estudos que identificam baixa adesão dos profissionais a essa técnica ressaltam a importância do presente estudo.

Diante do exposto é pertinente a seguinte questão que orienta este estudo: os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Campina Grande/PB conhecem e utilizam os protocolos de assistência ao pré-natal na atenção básica para nortear suas ações na saúde da mulher? Se sim, quais possíveis facilidades e dificuldades do uso de protocolos no processo de trabalho do enfermeiro?

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar o conhecimento e a utilização do protocolo de Atenção à saúde da mulher na assistência ao pré-natal de baixo risco por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, do município de Campina Grande.

2 METODOLOGIA

O presente estudo integra a pesquisa intitulada “Conhecimento e a utilização dos Protocolos de Saúde da Mulher por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, em que se analisou o conhecimento e a utilização do referido protocolo por esses profissionais e suas oito dimensões. Esse artigo apresenta a dimensão pré-natal.

Trata-se de um estudo de caso feito na perspectiva de Yin (2011), é exploratório e de abordagem qualitativa. Para realização da pesquisa, foi considerado o fenômeno descrito como a utilização do protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde para assistência ao pré-natal pelos enfermeiros e o contexto analisado foi a Atenção Básica.

O Estudo de Caso possibilita a descrição holística da realidade estudada podendo ser incorporado uma ampla variedade de evidências e nortear desde o planejamento até a análise dos dados, por meio da aplicação de diferentes táticas, tais como: fontes múltiplas e encadeamento de evidências; adequação ao padrão; construção da explanação; análise de séries temporais, entre outros (YIN, 2001).

No município de Campina Grande a Estratégia Saúde da Família torna-se um caso exemplar de estudo, visto que o município foi pioneiro na implantação desse tipo de atenção junto a 14 municípios brasileiros em 1994. Trata-se de município de grande porte com 88% de cobertura da ESF.

A pesquisa de campo foi realizada na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Campina Grande localizada na mesorregião do agreste paraibano e com população estimada de 407.754 habitantes distribuídos em aproximadamente 641 km² e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista (IBGE, 2016; CAMPINA GRANDE, 2016). O município está dividido em seis distritos sanitários criados com base no caráter topográfico. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a distritalização comporta 80 Unidades de Saúde da Família englobando 116 equipes multiprofissionais (BRASIL, 2016).

A população da pesquisa foi composta por enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas no município de Campina Grande/PB. Sucedeu sobre uma amostra estratificada por Distrito Sanitário. Inicialmente, realizou-se um sorteio aleatório de 05 participantes de cada distrito, que daria 40 entrevistados, no entanto, houve perda um participante por não haver disponibilidade para a participação na pesquisa, totalizando 39 participantes. A amostra foi intencional e obedeceu aos critérios *ex-post*, de saturação teórica, percebido quando não se encontra mais dados que possam ser acrescentados às categorias em análise (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de inclusão dos participantes foram: enfermeiros atuantes na ESF no município de estudo. Elegeu-se como critério de exclusão os enfermeiros que não exerciam a função assistencial nas equipes Saúde da Família.

A coleta foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), que de acordo com Minayo (2010) é uma técnica privilegiada de comunicação e de coleta de dados. A primeira parte do roteiro constou da caracterização dos participantes. Na segunda parte formulou-se questões, a partir do modelo teórico do Protocolo de Atenção Básica Saúde das Mulheres, na dimensão pré-natal. Antes da aplicação do instrumento foi realizado um teste piloto com uma enfermeira de uma unidade básica de Saúde da Família, conferindo validação ao instrumento e reduzindo vieses de aplicação ou compreensão das questões.

Para a caracterização dos participantes, realizou-se uma análise descritiva das variáveis. As questões abertas foram analisadas pela técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), sendo adotada a análise categorial temática.

A análise foi dividida e procedida por meio das etapas: (a) pré-análise, que foi iniciada com a leitura flutuante do material, seguindo-se com a escolha dos documentos para constituir o corpus, a partir das regras da exaustividade, representatividade e pertinência; (b) exploração do material que consistiu na codificação e decomposição em função das categorias previamente elencadas; (c) tratamento dos resultados, tomando-se como unidade de análise os

fragmentos das falas dos participantes entrevistados, relatos de observação, a partir de inferências e interpretações com base no referencial teórico (BARDIN, 2011).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética a Universidade Estadual da Paraíba, sob número CAAE: 602782163.0000.5187 (ANEXO 1) e a investigação foi desenvolvida, em consonância com os princípios éticos constantes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que estabelece como deve ser mediada a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Foram garantidos os cuidados éticos de sigilo e confidencialidade dos participantes que deram informações durante todas as fases da pesquisa, sendo mantido o anonimato por meio da codificação numérica dos participantes. Os participantes da pesquisa estavam cientes sobre a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que a coleta de dados poderia acarretar, sendo convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), no qual os enfermeiros poderiam ou não confirmar sua anuência, explicitando-se ausência de prejuízos e constrangimentos mediante recusa em participar ou se retirar em qualquer fase do estudo.

O conhecimento e a utilização do protocolo quanto à assistência ao pré-natal de baixo risco por enfermeiros foram analisados a partir das dimensões selecionadas do Protocolo de Atenção Básica Saúde das Mulheres. Assim, os resultados estão organizados em quatro dimensões, sendo as três primeiras pré-estabelecidas e a última emergida dos dados: Acolhimento com escuta qualificada; Avaliação Global da Gestante; Plano de Cuidados no Pré-Natal; Facilidades e dificuldades no uso dos protocolos nas ações prestadas na assistência ao pré-natal.

Em cada dimensão surgiram categorias empíricas, a partir das falas das entrevistadas, com ênfase nas atribuições dos enfermeiros. Antes, porém, será apresentada a caracterização da amostra dos participantes do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes do estudo

A partir dos dados compilados no Quadro 1 observa-se a predominância de enfermeiros do sexo feminino (94,9%) quando comparado com o sexo masculino (5,1%).

A frequência na idade dos enfermeiros que mais se evidenciou, variou entre 25 e 39

anos, com percentual de 46,2%. Pode-se constatar que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa possuía estado civil de casado (74,7%) ou com união estável (5,1).

O tempo de atuação destes profissionais, na Atenção Básica, varia entre seis a dez anos (59,0 %). No que se refere ao tipo de vínculo profissional entre os entrevistados, 84% eram estatutários. Quanto à renda salarial observou-se que os enfermeiros entrevistados recebem entre três e seis salários mínimos.

Quanto ao tempo de formação, muitos deles já são graduados há mais de onze anos (35,9%). A respeito da instituição formadora, os profissionais provenientes de instituições públicas (79,5%) eram maioria, quando comparados aos derivados de instituições privadas (20,5%).

No que se refere à realização de pós-graduação, os resultados indicam que a maior parte dos profissionais entrevistados, possuía especialização (92,3%), e dentre as descritas, Saúde Pública/da Família/Coletiva comunitária (63,6%), são as mais citadas.

No que se refere à capacitação profissional, a pesquisa mostra que 34 enfermeiros (87,2%) realizaram capacitação na assistência ao pré-natal de baixo risco, destes, 44,1% possuem tal qualificação realizada num período menor que cinco anos.

Acolhimento com escuta qualificada

Na atenção ao pré-natal o acolhimento com escuta qualificada deve estar entre as atribuições de toda a equipe multiprofissional, uma vez que se faz necessário a identificação dos motivos do contato da gestante com a unidade de saúde e qual será o direcionamento a partir desse contato. Os enfermeiros do estudo revelaram que o acolhimento dá-se a partir da primeira consulta, sendo realizada por médico ou enfermeiro, como destacam as falas a seguir.

Todo pré-natal, acolhimento, a primeira consulta é feita por enfermeiro. A segunda, já fica com o médico, que ela vai trazer os exames que é para ele ver. E fica um mês com o médico, um mês com o enfermeiro. E não tem aquela história de parar. O pré-natal continua até o puerpério. A partir do oitavo mês é feita quinzenalmente, e no nono mês, de oito em oito dias. Até a paciente ir para a maternidade e depois é feita a visita domiciliar no puerpério. (ENF. 28)

O médico e o enfermeiro. No caso, tem o apoio da equipe multiprofissional; se precisar de uma psicóloga, a gente encaminha para o NASF; um nutricionista, a gente

encaminha para o NASF. Precisa da questão da saúde bucal, a gente encaminha para a nossa dentista da Unidade. Mas, o Pré-Natal mesmo, é feito por mim mesmo e pelo médico. (ENF. 38)

O acolhimento no pré-natal é a recepção da mulher na unidade de saúde, onde o profissional fica responsabilizado por ouvir queixas, permitir que a gestante relate suas preocupações, angústias, garante atenção e envolvimento com outros serviços de saúde, promovendo continuidade da assistência (SILVA; ANDRADE e BOSI, 2016).

Ao analisar o acesso e acolhimento a partir do olhar das gestantes, Silva; Andrade; Bosi (2014) revelaram que no pré-natal observaram o uso de poucas tecnologias duras, segundo a classificação de Mehry (2002) e que o momento do acolhimento é o espaço em que se estabelece a confiança para que a gestante prossiga no pré-natal e siga confiante para o parto.

A atitude acolhedora e humana realizada pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família traz nas suas entrelinhas o paradigma da humanização, como pressuposto necessário para uma atitude acolhedora ao binômio mãe-filho, prevista também no Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). A humanização pressupõe como atitude acolhedora: receber, escutar, acolher, resolver com dignidade, ética os problemas relacionados a mulher, seus familiares e ao recém-nascido (ROCHA; ANDRADE, 2017).

Avaliação Global da Gestante

A avaliação global consta de entrevista com a gestante no intuito de conhecer o estado de saúde e condições de vida da gestante. Nesse momento são coletados os seguintes dados: presença de sintomas e queixas, saúde sexual e planejamento reprodutivo, presença de rede familiar e social, situação de moradia e trabalho, realização de atividade física, aspectos nutricionais, uso de drogas lícitas e ilícitas, antecedentes clínicos, ginecológicos e obstétricos, situação de imunização, saúde bucal e antecedentes familiares (BRASIL, 2016). Essa investigação resulta no preenchimento das fichas das gestantes que servirão de base para o acompanhamento pré-natal.

Os enfermeiros do estudo expressaram que as gestantes passam por avaliação global com a equipe multiprofissional da unidade, assim como o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) recomenda, como se observa nas falas a seguir:

O médico e o enfermeiro. E também, o assistente social, e odontólogo. Porque faz a avaliação conjunta. (ENF. 14)

Enfermeira, médico. Mas tem os profissionais que elas passam a consultar. Odontólogo, assistente social, psicólogo e nutricionista. (ENF. 37)

A avaliação global da gestante dá-se, na maioria das vezes, na primeira consulta. Assim, um fator importante para um desfecho satisfatório no desenrolar da gravidez e puerpério é a realização da primeira consulta pré-natal, onde é possível estabelecer o vínculo de confiança entre usuário-profissional-serviço de saúde. Analisando o conteúdo do que é oferecido as gestantes durante o pré-natal, o Ministério da Saúde reitera que o acesso das gestantes a uma consulta multidisciplinar é limitado ficando mais concentrado na figura do médico e do enfermeiro (BRASIL, 2005). Essa concentração de ações focadas no binômio enfermeiro-médico também está presente em vários aspectos do presente estudo.

Louroza (2013) discutindo a participação da equipe multidisciplinar no pré-natal verificou que a incipiência dos serviços que estão sendo oferecidos durante o pré-natal pode estar relacionado ao não desenvolvimento de um trabalho coletivo, por vezes fragmentado que não consegue amparar todas as demandas das gestantes.

Ao ser questionado sobre o intervalo de consultas durante pré-natal, os enfermeiros entrevistados em sua grande maioria chamaram a atenção para o fato de que as primeiras consultas são longas e muito burocráticas e que sempre eram realizadas por eles.

Foi percebido que a maior parte dos enfermeiros iniciava o pré-natal, e posteriormente intercalavam com os médicos, obedecendo ao intervalo de consultas recomendado pelo Protocolos da Atenção Básica Saúde das Mulheres (2016), que preconiza consultas mensais até a 28^o semana, quinzenais da 28^o semana até a 36^o e semanais da 36^o até a 41^o semana de gestação. As falas a seguir apontam os aspectos relacionados ao calendário de consultas:

Eu e Dr^a [nome da médica]. Inicialmente, a primeira consulta, é minha; a segunda é com Dr^a [nome da médica]... E, quando a demanda, a quantidade de gestantes está pequena, então, uma vez ao mês, é para ela e no outro mês, seguinte, é para mim. Então a gente fica revezando: mês uma; mês a outra. Quando está muito grande, então, a primeira consulta é minha, a segunda é dela. Depois: três minha; uma dela; duas minha e depois no final, a gente reveza. Porque, como o atendimento médico, ele, nós temos, em média, doze consultas, e a população procura muito a unidade, então, assim, como é de baixo risco, a gestante, dá pra controlar, não apresenta nenhum problema, então a gente vai [...], eu continuo o pré-natal dela. Mas, qualquer, também alteração, Dr^a [nome da médica] intervém imediatamente e aí, é entrar na sala dela e fazer o pré-natal junto com ela. (ENF. 12)

[...]. No momento, só enfermeiro, porque [...], estou sem médico. Um mês com a enfermeira, um mês com o médico. E se viesse pra mim – enfermeiro- tivesse alguma

queixa, alguma coisa que precisasse de intervenção médica, a gente faria no mesmo dia. (ENF. 15)

Uma consulta por mês, já no final da gestação é de 15 em 15 dias e quando vai se aproximando uma vez por semana. Agora isso também depende de casos, porque às vezes a gente faz o pré-natal hoje e a nossa avaliação que não tá nessa faixa a gente quer ver essa paciente ainda daqui a 15 dias, vai depender do caso, mas na regra geral é uma vez por mês a partir de 37 semanas de 15 em 15 dias, aí 38ª semana a gente solicita pra ela vim toda semana pra gente auscultar e ter um acompanhamento melhor. (ENF. 9)

O Ministério da Saúde reitera à importância do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal de baixo risco na Atenção Primária à Saúde, através dos protocolos estabelecidos, chamando a atenção para atribuição de cada profissional no cuidado a gestante (BRASIL, 2012), e ainda a Lei do exercício profissional de Enfermagem 7.498/86 ampara a realização dessa consulta (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011). Para garantia do bem-estar da mulher, o Ministério da Saúde estabelece um esquema de consultas pré-natais. O ideal é que estas se distribuam de forma intercalada e se estenda até o período puerperal, 42 dias pós-parto (MAEDA et al, 2014).

O pré-natal sendo iniciado pela maioria dos enfermeiros como ficou evidenciado na pesquisa pode ser considerado um aspecto positivo na conquista e permanência da gestante durante toda a gestação. Um estudo realizado em Minas Gerais identificou que as gestantes possuíam um alto grau de satisfação em relação à consulta do enfermeiro, identificando a escuta ativa, a autonomia, os aspectos relacionais, resolutividade durante a consulta como pontos essenciais para sua excelente qualidade (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

Porém, uma pequena parte dos enfermeiros relata que realiza a consulta de pré-natal sozinhos, devido à ausência do médico na unidade, contrapondo o protocolo que indica um acompanhamento realizado pela equipe da unidade, como podemos ver nestas falas:

No momento, eu (risos). (ENF. 7)

O médico e a enfermeira, mas não tem médico. (ENF. 9)

No momento, só enfermeiro, porque [...], estou sem médico. (ENF. 15)

No momento só eu, a enfermeira. Mas o médico, quando tem. (ENF. 17)

Essa situação de atendimento do pré-natal apenas com enfermeiros não é desejável, mediante a atenção global que a gestante necessita. Outro enfermeiro comenta que além de

atender o alto risco, mesmo com a presença do médico, as consultas não são distribuídas como é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), segue abaixo a fala:

No momento só eu e alto risco também, mas com acompanhamento conjunto com o ISEA, a gestante de alto risco quando chega faço a primeira consulta, a partir da primeira consulta eu já encaminho para o ISEA, para ficar com a consulta compartilhada, mas vou lhe confessar uma coisa, quando tem médico, a médica que trabalha comigo, as consultas ficam mais comigo, não são alternadas como o Ministério preconiza não. (ENF. 32)

A Unidade Básica de Saúde é um ambiente multiprofissional, onde todos os participantes devem cumprir suas obrigações com a finalidade de promover um atendimento de qualidade e suprir as necessidades da população. Os enfermeiros participantes desta pesquisa ao revelarem sua rotina no pré-natal, deixam transparecer um desequilíbrio na distribuição das consultas à gestante, sendo majoritariamente assumidas pelo enfermeiro.

De modo semelhante, em estudo no estado do Ceará, houve casos em que o médico não realizava a consulta de pré-natal e em outros o enfermeiro encaminhava a gestante para o médico somente no surgimento de intercorrências (MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003).

Ressalta-se que, em 2005, o Caderno de Atenção Básica do Pré-Natal, apresentava a possibilidade de o enfermeiro realizar todo o pré-natal, encaminhando ao médico apenas as intercorrências. O atual protocolo não abre tal possibilidade, atribuindo a médicos e enfermeiros a condução conjunta do pré-natal (BRASIL, 2016). O entanto, as falas desses enfermeiros do estudo não deixam dúvidas sobre seu protagonismo na atenção pré-natal.

Plano de Cuidados no Pré-Natal

No que diz respeito ao plano de cuidados no pré-natal, as atribuições estão, ora designadas à equipe multiprofissional, ora indicadas para realização de enfermeiros e médicos. Essa definição de atribuições entre profissionais auxilia na organização do processo de trabalho da equipe.

O Ministério da Saúde (2012) e Cunha et al (2009) relatam que as ações e procedimentos mais frequentemente realizados são, anamnese, data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), idade gestacional, se possui edemas, realização da manobra de Leopold, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos; no

exame citológico, observar presença de secreções ou outros tipos de perdas de líquidos, toque vaginal, se necessário e solicitação de exames laboratoriais.

Com relação à abordagem das ações realizadas na primeira consulta de pré-natal, a maioria dos enfermeiros da pesquisa, informam que realizam toda a busca de informações que irão subsidiar o plano de cuidados, e ainda realizam a solicitação de exames, prescrevem medicamentos e orientam as gestantes quanto a alimentação, mudanças no corpo, medos, como é destacado a seguir:

A primeira consulta de pré-natal ela é basicamente uma avaliação da gestante. Tipo de vida que ela leva, peso, altura, a gente faz toda antropometria, passa os exames básicos, geralmente prescreve ácido fólico, é basicamente isso. (ENF. 18)

Faço as orientações com relação a alimentação, atividade física, doenças sexualmente transmissíveis, solicito todos os exames de primeiro trimestre, ultrassom também, dependendo da idade gestacional que ela esteja. Solicito a ultrassom trans ou obstétrica. Prescrevo já na primeira consulta, já prescrevo o sulfato ferroso e o ácido fólico também. (ENF. 27)

O que é feito? Primeiro começa pelos sinais vitais, aferição de PA, peso, a gestante entra, aí mostra o resultado do Beta HCG positivo, [...] e daí se segue a consulta, aí é para dizer os passos da consulta toda assim, aí vem a idade gestacional, cálculo da idade gestacional, a aferição da altura uterina, ausculta dos batimento cardíofetais, estamos sem o sonar na unidade, então o pré natal não está sendo completo, estou sem o sonar na unidade, aí depois da consulta, aí a orientação do uso do ácido fólico e o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação, o ácido fólico a gestação inteira e daqui vai para a vacina, vejo o cartão da vacina, e vejo se tem alguma vacina que é necessário tomar aí eu oriento sobre a vacinação, sobre a nova vacina dTpa acelular a partir da 20ª semana até a 36ª semana e oriento também a importância de fazer o preventivo, por que muitas não querem fazer de jeito nenhum, acham que vai prejudicar o bebê, aí tem toda aquela conversa, aí algumas consigo convencer, outras não fazem de jeito nenhum. (ENF. 32)

É interessante ressaltar que no discurso dos enfermeiros o exame físico se revela por meio dos dados antropométricos, ausculta dos batimentos cardíofetais, solicitação de exames, prescrição de sulfato ferroso, vacinação, além das orientações gerais.

O conhecimento do que deve ser realizado na primeira consulta pré-natal pode indicar que estão contemplados os aspectos do plano de cuidado. Entretanto, um estudo que avaliou o pré-natal na Atenção Básica no Brasil, a partir da percepção das mulheres identificou que apenas 23,6% das gestantes recebiam o exame físico necessário durante a consulta, 69,3% referiam que os exames eram solicitados, 100% receberam a vacinação antitetânica e a prescrição do sulfato ferroso. Quanto às orientações realizadas no pré-natal 60,3% revelou receber orientações, sendo o tema aleitamento materno o mais presente (TOMASI et al, 2017).

É necessário refletir que essas ações são de responsabilidade dos profissionais e avaliar os motivos pelos quais elas não são realizadas em sua completude, devem ser investigadas, compreendidas para que sejam disponibilizadas para as gestantes (TOMASI et al, 2017). A falta de tempo durante a consulta, a concentração de ações em determinados profissionais (BRASIL, 2012), a formação escassa dos profissionais no que diz respeito a educação em saúde, falta de insumos e ainda de estrutura das unidades podem ser aspectos que influenciam diretamente na qualidade da consulta do pré-natal (TOMASI et al, 2017) e pode estar diretamente relacionado ao uso incipiente do Protocolo da Atenção Básica Saúde das Mulheres.

Em relação ao preenchimento da Caderneta da Gestante, a maioria das vezes o enfermeiro se revelou incumbido do preenchimento, como relatado a seguir:

A enfermeira porque a médica não preenche tudo não. Porque ela não preenche tudo. A enfermeira- a gente - é mais cuidadosa com essas coisas. O médico não está nem aí pra preencher as coisas tudinho. (ENF. 13)

Eu particularmente prefiro preencher, porque eu me acho mais organizada e eu acho que eu preencho melhor, quando a médica preenche aí ela deixa muitas coisas em branco, aí então eu acho que é a enfermeira mesmo que tem que preencher, que a gente é mais cuidadosa com isso. (ENF. 22)

Quem preenche geralmente sou eu enfermeiro, porque como a primeira consulta é comigo e é uma consulta de cadastro é muito demorada, então quem faz sou eu enfermeiro. (ENF. 24)

Os enfermeiros entrevistados disseram que estão assumindo a responsabilidade da primeira consulta porque muitas vezes o médico se exime de ficar encarregado da parte burocrática que recomenda o Ministério da Saúde, onde é exatamente na primeira consulta de pré-natal que se efetua todo o cadastro (SISPRENATAL, caderneta da gestante, ficha que fica anexada ao prontuário) da gestante na unidade.

O preenchimento é essencial para uma boa anamnese da usuária, uma vez que nele está todo o histórico da mulher. Os enfermeiros entrevistados demonstraram inquietação, com relação a este fato, porque quando as consultas de pré-natal eram iniciadas pelos médicos muitos dados ficavam sem preenchimento, devido à falta de interesse dos mesmos nessa atribuição. Os estudos de Zanchi et al (2013) confirmam que informações epidemiológicas são necessárias para avaliar a qualidade e a efetividade do cuidado prestado e essenciais para o bom direcionamento de ações dos serviços de saúde.

Em razão disso, alguns enfermeiros entrevistados dedicam-se com maior cuidado a

preencher a caderneta por “possuírem” mais tempo no atendimento do que o médico.

Apesar de tomarem para si a responsabilidade do preenchimento da caderneta da gestante, outros enfermeiros do estudo revelaram que a caderneta pode ser preenchida por outros profissionais:

Eu e a médica, as vezes os técnicos também [...]. Porque quem tá fazendo o atendimento já vai anotando. (ENF. 1)

Tanto a médica como a enfermeira, geralmente são as pessoas que tá fazendo o pré-natal, mas também dentista [...] a técnica de enfermagem [...]. Então assim os profissionais que existem na unidade eles têm acesso a caderneta de gestante. (ENF. 10)

Todos que acompanha a gestante, o técnico quando faz a vacina, a enfermeira quando faz a consulta, a médica quando faz a consulta, o agente de saúde quando vê alguma coisa. (ENF. 31)

O protocolo de Atenção Básica Saúde das Mulheres traz a atribuição do preenchimento da caderneta apenas como atribuição de médico e enfermeiro, no entanto, como ressalta os enfermeiros do presente estudo, algumas ações específicas podem ser anotadas por outros profissionais que tendem a gestante.

Ainda sobre o cadastramento da gestante, preenchimento da caderneta e a realização dos testes rápido para Sífilis e HIV o Protocolo em análise deixa dúvidas sobre a quem compete tais atribuições, visto que ora são específicas de enfermeiros e médicos, como consta no quadro-síntese, ora podem ser compartilhadas pela equipe multiprofissional, como se lê no fluxograma. (BRASIL, 2016). Essa dúvida pode gerar descompasso no processo de trabalho da equipe e, em especial, do enfermeiro que acaba assumindo responsabilidades que por ora poderia ser compartilhada por outros profissionais da equipe.

Muitos enfermeiros queixaram-se e enfatizaram o longo tempo que levavam no preenchimento dos instrumentos de registro, como SISPRENATAL por exemplo. De acordo com o Protocolo da Atenção Básica Saúde das mulheres (2016), a caderneta e as fichas para cadastramento no sistema de informação devem ser preenchidas logo na primeira consulta com a gestante:

[...] tem que a questão da ficha do SISPRENATAL, que eu acho que deu uma sobrecarregada. Porque assim, é muita coisa pra ser anotada, [...] porque você preenche a ficha, que fica com a gente no prontuário e tem a subsequente que tem evolução pra gente fazer e tem o cartão da gestante que você tem que preencher e muitas vezes são muitas informações repetidas [...]. (ENF. 16).

É bastante cansativa, porque são praticamente 3 processos iguais, é o prontuário dela que fica aqui, é o que a gente envia pra ser gerado o SISPRENATAL na secretaria e a caderneta que é o prontuário móvel dela, são praticamente as mesmas informações, tudo que em no prontuário que fica aqui no posto tem na caderneta, então se torna cansativa e muitas vezes não temos como dialogar bem com a paciente porque é muito longa e temos que preencher muitos papéis (Nome Endereço, dados obstétrico, aí daqui a pouco novamente nome, endereço, dados obstétricos). (ENF. 21).

A primeira consulta poderia dizer que de antemão é extensa, por isso que eu prefiro fazer meu agendamento da minha primeira consulta, [...]e tenho os insumos que são muitos, é ficha pré-natal, é cartão da gestante, é o sistema do SISPRENATAL, é cadastramento da gestante, então isso leva tempo. (ENF. 28).

Ela só tem muita burocracia, questão do SISPRENATAL, porque a gente trabalha com E-SUS, eu acho que isso já deveria ter sido abolido, além da gente preencher uma ficha de E-SUS, que subtende-se que isso vá direto pro Ministério, a partir do momento que a gente digita, pra que ainda a gente preencher uma ficha de cadastro pra dizer que essa mulher tá gestante? Se eu tô atendendo ela e tô anotando lá que eu tô fazendo o pré-natal, esses dados já deveriam cruzar automaticamente. Então eu preencho uma ficha de e-SUS, preencho uma ficha de SISPRENATAL, preencho uma ficha de prontuário, preencho uma caderneta, pra quê tanto papel? Acho que a gente poderia diminuir essa burocracia. Até porque hoje se trabalha com o sistema de informação. Inclusive o SISPRENATAL, a gente alimenta mês a mês, e até as novas consultas a gente preenche uma nova ficha que é só para colocar um novo peso. (ENF. 30).

Sabe-se que a implantação do Prontuário eletrônico do paciente possui capacidade de contribuir na atenção básica, por propiciar economia de tempo e dispensar o uso de inúmeros registros em papel. Ademais, o Prontuário eletrônico pode auxiliar na identificação dos pacientes, ajudar na atualização do cartão do SUS, facilita a prescrição e a solicitação de exames (MAJEED; CAR; SHEIKH, 2008).

Durante essa pesquisa, foi notória a dificuldade que o enfermeiro possui em atender as gestantes enquanto dividem o tempo da consulta preenchendo os instrumentos de registro que o SUS disponibiliza. Tal dificuldade se dá pela grande quantidade de papéis que precisam receber informações, que por várias vezes se repetem. De fato, os estudos recentes elencam as vantagens do prontuário eletrônico, que para esse tipo de consulta, ofertaria agilidade no atendimento e melhora do fluxo de informações para apoio às decisões clínicas (BRASIL, 2014).

O plano de cuidado prevê que os profissionais estejam atentos aos sinais de alerta na gravidez, que são: sangramento vaginal, cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia, edema excessivo, contrações regulares, perda de líquido, movimentos fetais diminuídos, febre, dor em baixo ventre, dispneia e cansaço (BRASIL, 2012). Concordando com o que diz o Ministério da Saúde, a categoria que notifica os sinais de alerta observados no pré-natal pelos enfermeiros, destaca os extremos de idade, comorbidades decorrentes da gravidez e antecedentes obstétricos, entre outros sinais, relatados por alguns a seguir:

O aumento da pressão arterial, por mais discreto que seja, independente da idade gestacional. As queixas dela, com relação as dores epigástricas, com relação aos escotomas, com relação a cefaleia, com relação a dor pélvica, se há perda líquido ou não. Algo que fuja do pré-natal de baixo risco, digamos assim, as queixas que fujam do normal esperado, então eu vou me baseando por isso. (ENF. 29)

A pressão se tiver alterada, dou o sinal de alerta, alterações dos exames laboratoriais, alguma sorologia, a gente encaminha se for o caso. O edema a gente tem que ficar de olho, principalmente quando associado a hipertensão, os resultados dos exames de rotina e como eu já falei as sorologias, até da tuba uterina se está acima do percentil a gente também deve ficar alerta para pedir a ultrassom ou acima ou abaixo da avaliação, o peso também é importante, a curva de peso da idade gestacional, outro fator de alerta é a obesidade, também como no baixo peso maior, o encaminhamento maior ao nutricionista. (ENF. 32)

Olha, não tem uma coisa específica, porque são tantas intercorrências. A paciente começa a ter uma retenção hídrica; começa subir a P.A, aí você vai pedir exames para saber se tem proteinúria, você já vai suspeitando de pré-eclampsia; tem os níveis glicêmicos, que você vai monitorando; de repente ela tem uma infecção urinária resistente, que aí os antibióticos convencionais não tratam e ela tem que ir para a medicação parenteral. Então, a intercorrência, você tem que ter uma visão de Pré Natal, uma visão obstétrica muito segura e aprofundada para não deixar passar nada. Às vezes você vem com uma gestação normal, sem nenhuma queixa e quando você vê a ultrassom, ela tem uma maturação precoce de placenta, por exemplo, que não tem nenhuma manifestação clínica, mas vai interferir diretamente até quando vai se estender essa idade gestacional. Nós tivemos uma aqui, que se a gente não tivesse o domínio para interpretar o exame, estava lá: maturação precoce de placenta, grau 3 em uma idade gestacional que não se aplicava grau 3; nós já referenciamos para o clínico e referenciamos para a maternidade, e lá teve de ser realizado um parto pré termo porque a área de localização dessa placenta estava tão avançada, que não supria as necessidades nutricionais do feto. Aí nasceu pré termo, é uma garotinha e hoje goza de plena saúde. Quer dizer; se isso não fosse visto, se não fosse intervir, fatalmente não teria tido uma evolução satisfatória desse caso. Então, são "n" coisas, descolamento de placenta; placenta prévia; sinais de sangramento; dor pélvica, bem baixo ventre; paciente com queixa de cefaleia, chega aqui e a P.A está normal aí depois ela não tem uma dieta saudável, entra muito sódio da dieta doméstica dela e sobe a pressão, então tem essas oscilações. Então, o Pré Natal tem que ter um olhar muito criterioso. (ENF. 38)

Os sinais de alerta previsto no protocolo são estritamente clínicos. No presente estudo observa-se que os enfermeiros conseguem identifica-los. Dois enfermeiros mencionaram que além dos sinais relatados anteriormente, estão alertas para as questões relacionadas aos aspectos sociais que permeia o universo dessa gestante, como citados nas falas:

A questão da alimentação delas, qualidade de vida em relação a bebida, fumo drogas, prostituição, a questão do bairro como a rua não é calçada, tem muito buraco elas andam muito de moto, então a gente tem todo tipo de caso, sangramento, perda de líquido, aqui no posto e a qualidade de vida. (ENF. 25)

[...] A questão de como é o estilo de vida dela, o que ela faz, se trabalha, se não trabalha, quantos filhos tem, como é em casa, se faz atividade física, se não faz...se pode continuar, se não pode. A alimentação, se bebe água, se não bebe, se fuma, se bebe, se usa drogas... tudo isso é visto. (ENF. 37)

Os enfermeiros realizam uma assistência qualificada, humanizada e precisam ter sensibilidade para desenvolver diálogos que ajudem no acolhimento as gestantes no que diz respeito a exposição ao álcool e outras drogas, e é fundamental o aconselhamento dessas gestantes que planejam engravidar, para que evitem o contato com esses agentes durante os três primeiros meses de gravidez, pois o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco de aborto (BRASIL, 2012). Em um estudo feito em Natal-RN, as consultas de pré-natais realizadas pelos enfermeiros eram classificadas como sem resolutividade, devido a não valorização da queixa apresentada pela gestante, negligenciada pelo profissional que ainda sim, parecia ouvi-la (HOLANDA, 2000). Diferente do estudo de Holanda (2000), os participantes da pesquisa, mostram-se sensibilizados a identificar questões além da clínica para identificar os sinais de risco aparentes na gravidez, oferecendo apoio e empatia para com as gestantes.

Com relação às condutas realizadas na presença de risco gestacional, grande parte dos enfermeiros está ciente do que o Protocolo da Atenção Básica Saúde das Mulheres (2016) informa que mesmo ocorrendo o encaminhamento para o serviço de referência, a gestante deve manter o acompanhamento com sua equipe de Atenção Básica e para isso, os profissionais devem solicitar a contra referência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos ofertados para a gestante, devem ainda, realizar busca ativa por meio da visita domiciliar. Conforme preconizado, os enfermeiros encaminham para referência de alto risco e realizam acompanhamento conjunto, como evidenciado logo abaixo:

A gente encaminha pra o pré-natal do alto risco pra avaliação, aí o médico do alto risco ele verifica se aquela paciente é de lá ou se ela pode continuar fazendo o pré-natal na Atenção Básica. Se ela for uma paciente realmente de alto risco ela fica no ISEA e não deixa de acompanhar na unidade também não, fica fazendo o acompanhamento nos dois cantos. A gente não abandona só porque foi pra o alto risco não. (ENF. 6)

Depende o risco de vida, quando é uma alteração leve ou que dá pra gente observar, aí por exemplo hoje a pessoa veio com a pressão 130/90 mmHg aí eu peço pra ela repetir essa verificação mais uma vez essa semana se continuar dando alta eu já início a medicação e encaminho pra avaliação da médica daqui da unidade, aí quando é uma alteração grave, pronto um dia eu fui visitar uma paciente que ela não estava vindo para o pré-natal na verdade eu fui fazer uma busca ativa ela faltou a consulta, quando eu cheguei lá ela estava muito edemaciada, com edema de face e nas mãos e quando eu verifiquei a pressão dela estava bem alta, 150x100 mmHg, aí eu iniciei a medicação e encaminhei ela para o alto risco do ISEA, aí depende do caso quando é um caso leve, que eu vejo que dá pra marcar pra semana que vem e a médica avaliar, eu fico com a avaliação aqui, quando é um caso mais grave aí eu encaminho diretamente para o atendimento de urgência. (ENF. 22)

Se chegar uma gestante com menos de 20 anos de idade, primeira consulta...a gente abre o pré-natal, inicia o pré-natal aqui e encaminha para o ISEA, porque menos de 20

anos já é classificado como alto risco, ai fica aqui e fica no ISEA. Se na primeira consulta, ou nas outras consultas ela apresentar um diabetes gestacional, ou uma pressão que não esteja cedendo com a medicação que a médica prescrever, alguma coisa que foge ao pré-natal de baixo risco, a gente encaminha para o ISEA e lá no ISEA eles vão avaliar. Eu mesma encaminho, informo o que seja... se teve uma ultrassom com deslocamento de placenta, alguma coisa... encaminho e digo o que é...e peço, solicito a avaliação com o doutor, acompanhamento de pré-natal de alto risco e quando eles dizem que não precisa acompanhar, vem com contra referência. O ISEA ainda manda... algumas ginecologistas ainda mandam, tem umas que não mandam não. Mas eu oriento a gestante, eu digo "você vá pra lá e se ele disser que não vai lhe atender, diga que eu pedi no papel", ainda sou atrevida e digo a gestante "e diga que eu pedi. (ENF. 37)

Entretanto, podemos ver que alguns enfermeiros informaram que atendem o alto risco na unidade, quando a referência não acolhe as gestantes. O caderno de Atenção Básica Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (2013), fala que o encaminhamento da gestante em situação de risco, visa garantir uma gravidez mais segura e o enfermeiro deve estar sempre atento, em busca de qualquer sinal que indique alguma anormalidade, procurando oferecer orientação para que a gestante tenha um acompanhamento de maneira que favoreça uma gravidez sem intercorrências clínicas:

Se é uma gestante de alto risco, pelo o que a gente sabe, o enfermeiro não pode atender gestante de alto risco. Aí você vai me perguntar se eu atendo. Atendo! Porque é complicado não atender, [...], mas numa gestante de alto risco, a gente faz um pré-natal acompanhando com o médico e com o ISEA. Então se eu tô atendendo uma gestante, por exemplo, que ela tá...que ela é uma gestante de alto risco, e ela tá bem, clinicamente, então eu faço normal. Se ela tá apresentando alguma coisa, eu vou logo na sala do médico pra ver, porque eu não vou ficar com a responsabilidade sozinha. (ENF. 17)

Se eu identifiquei na consulta de pré-natal, que a mulher está apresentando algum sinal de risco. Aí, eu tenho que fazer o encaminhamento. Se tiver um médico na unidade, aí eu chamo ele aqui na sala, aí a gente vai vê qual a conduta para aquela gestante; tem gestante que a gente tem que encaminhar para um pré-natal de alto risco, tem uns que a gente tem que encaminhar para a urgência. E, eles devolvem. Infelizmente, sem contra referência, mas eles devolvem. Ou não, às vezes eles ficam quando está realmente precisando de internação. (ENF. 36)

Verifica-se nesses depoimentos que a rede assistencial que não organiza seus fluxos de atendimento gera uma sobrecarga para os profissionais da atenção básica, trazendo implicações para o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família e, mais emblemático ainda para o desfecho da gravidez, que ao ser classificada como alto risco requer cuidados para além da atenção básica. Nesse caso, os enfermeiros do estudo não se guiam pelo protocolo e sim pela particularidade do serviço. A não pactuação do fluxo do protocolo entre os serviços que compõem a rede assistencial local pode impedir a organização do processo de trabalho.

No que diz respeito à suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso, o Ministério da Saúde, desde 2005, por meio da Portaria MS nº 730, recomenda realizar a prescrição de tais medicamentos. As condutas dos enfermeiros participantes da pesquisa variaram quanto a conduta de prescrição de medicamentos, porém alguns realizavam prescrição de medicamentos básicos na assistência ao pré-natal, como podemos ver a seguir:

Sim, ácido fólico, sulfato ferroso, alguns medicamentos para infecção urinária como descrito no protocolo do COREN. (ENF. 3)

Prescrevo sim, em situações de infecção urinária, em situações de resultado de exame alterado, por exemplo o paciente é assintomático, mas a urocultura deu positivo a gente pode tratar, pressão alta acima de 10 a mínima a gente inicia a metildopa 750mg que é protocolo do Ministério, anemia a gente trata também a única coisa assim que eu não prescrevo eu acho é diabetes gestacional quando o diagnóstico é feito quem faz a prescrição é a médica. (ENF. 22)

Prescrevo sim. A gente trabalha com medicações pra anemia, a gente trabalha com prescrições para as vulvovaginites, as prescrições para os analgésicos de forma geral, alguns antibióticos, se for o caso. Então sim, prescrevo. (ENF. 29)

Porém, outra parte dos enfermeiros opta por não prescrever medicamentos por motivos diversos, se assimilando ao que diz Narchi (2010), quando fala que muitos enfermeiros ainda se sentem inseguros na hora de prescrever, e preferem encaminhar para o médico da equipe, como destacado logo abaixo:

Na prescrição que a gente deve fazer a gente poderia utilizar algumas medicações, vamos dizer, pra infecção urinária, como tá dentro do protocolo, mas a gente não prescreve, eu encaminho pra médica. (ENF. 10)

Como eu falei, nós somos respaldadas a prescrever, mas como eu já falei em outras questões anteriores, como eu tenho médico todo dia na unidade, eu não vejo motivo para que eu prescreva, se tem um médico para prescrever. (ENF. 34)

Pode de acordo com os protocolos...sulfato ferroso, ácido fólico. Aí tem protocolo já, pra gente enfermeiro, pra prescrever em outras doenças né...outras coisas que podem surgir. Eu não prescrevo muito não, porque assim...eu sei que tem muitos avanços bons da enfermagem, mas eu sei que a cabeça de muita gente ainda não se abriu para esses avanços. E eu não estou muito afim de brigar não, de bater de frente com ninguém não, não quero lugar de ninguém, nem quero ninguém me estressando não. Se o colega médico tiver ali...chegue, resolva aqui! Se não tiver, eu dou...converso, vejo, outro dia resolve, apesar de eu saber que tem muitos colegas que levantam a bandeira e...eu defendo muito minha categoria, gosto muito do que faço, mas não estou afim de muito...essa polêmica da Penicilina que teve ai, que enfermeiro era pra prescrever...isso era "H" do Ministério, "home!", querer salvar a vida das gestantes e das crianças nas costas da gente, isso pra mim não cola não. (ENF. 37)

Martiniano et al (2014) em sua pesquisa expôs que a prescrição de medicamentos na consulta de enfermagem, não vem sendo assumida majoritariamente pelos enfermeiros

provavelmente pelo fato da categoria ainda não se sentir capaz e habilitada para tal atribuição. O que se pôde perceber durante a pesquisa, são as várias razões citadas pelos enfermeiros para não realizarem prescrição, muitos reconhecem as atribuições regidas pelo protocolo, porém não realizam tal função por julgarem invadir o espaço de outro profissional, cedendo a insegurança. Outros relataram que evitam somar algo a mais as suas tantas funções, porque a unidade já possui um profissional que realiza a prescrição de medicamentos.

E finalmente, alguns enfermeiros informaram não prescrever optando evitar posteriores conflitos em sua relação com o médico, porém mesmo não realizando a prescrição, é notória a preocupação dos enfermeiros diante das queixas apresentadas pelas gestantes.

Entretanto, a falta de padronização pelo não uso dos protocolos na atenção à saúde, gera uma consequência para o reconhecimento da prescrição medicamentosa pelo enfermeiro, visto que esse embate é um desafio longo a ser enfrentado (MARTINIANO et al, 2015).

É preciso salientar ainda que o discurso dos enfermeiros relacionado à prescrição de medicamentos está imbricado da lógica de reserva de mercado ou do direito exclusivo de uma propriedade sobre o campo de prática, ou seja, a prescrição de medicamentos como uma ação exclusiva do médico (LOYOLA, 2013). As práticas interprofissionais, colaborativas surgiram para alcançar a complexidade da assistência à saúde e garantir a resolubilidade e integralidade das ações (D'AMOUR et al, 2008; FURTADO, 2009). (LOIOLA, 2013).

O enfermeiro quando não assume a prescrição contribui para o modelo multiprofissional tradicional isolado, que não reconhece a interseção do conhecimento, o que acaba por comprometer a saúde das populações assistidas (ANDRADE et al, 2004; LOIOLA, 2013).

Essa premissa ainda remete a discussão feita por Campos (1997) acerca de “núcleos” e de “campos” de atuação. O desconhecimento dos profissionais de saúde acerca dos limites precisos “núcleo” e das intercessões das ações “campo” geram dúvidas relacionadas a identidade profissional, fragmentação e ausência do trabalho interprofissional (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008; LOYOLA, 2013).

Ainda investigando sobre o plano de cuidados, verifica-se que a imunização é culturalmente atribuída quase que exclusivamente como ação da enfermagem. Nas respostas emitidas pelos enfermeiros pesquisados essa premissa não foi diferente:

Imunização, é o seguinte, o esquema atual de imunização, é, são três doses de hepatite, se a mulher chegar, imunização a gente tem que levar em conta a história, progresso da mulher, se a mulher chega aqui é a primeira gravidez, um exemplo, mas

já tem tomado as três dose de hepatite, já está em dia com a toxóide tetânica (TT), ela via tomar só um reforço de dTpa acelular e se tiver em época de campanha, como agora estamos em época de campanha da h1n1 influenza, ela vai tomar influenza , e se ela perder o cartão como acontece tem mulher que chega aqui e diz eu perdi o cartão, eu não sei onde está, deixei na casa da minha mãe que mora num sei aonde, não sabe de nada com relação a vacina, então quando a pessoa não sabe a gente começa o esquema do zero e qual é o esquema zero, são três doses, duas dose do tétano e uma de dTpa acelular, e três dose de hepatite e se cair , for época de campanha da influenza, uma dose da influenza. (ENF. 34)

Importantíssima. Porque aí, na avaliação do cartão de vacina dela, você vai de encontro a pessoas que não tomaram, que não têm o esquema de vacina completo, vacina dtp; vacina contra o Tétano e Difteria. A gente encontra muitas mulheres que não tomaram vacina contra a Hepatite B, então a gente já inicia precocemente o esquema vacinal e, tem também aquelas que passam durante a gestação, pelo período sazonal da Influenza. Então é importantíssimo vacinar essas mulheres para manter a saúde delas e prevenir que ela tenha complicações pra ela e para o bebê. (ENF. 39)

O enfermeiro é o responsável pela administração e pelas atividades na sala de vacina. A sua supervisão é importante na melhoria da qualidade do serviço e no desenvolvimento de habilidades para equipe de saúde. O estudo de Oliveira et al (2013), mostrou a necessidade de o enfermeiro acompanhar, coordenar e avaliar o trabalho realizado na sala de vacina, com a finalidade de reduzir falhas nos procedimentos e garantir segurança para o usuário.

A preocupação dos enfermeiros entrevistados em acompanhar as gestantes, completando ou iniciando o esquema vacinal, é bastante presente. Sabemos que a supervisão de enfermagem ajuda a manter a educação permanente dos colaboradores por meio da avaliação das ações desenvolvidas por eles, possibilitando a identificação de necessidades na orientação quanto às vacinas oferecidas na gravidez.

O plano de cuidados prevê o encaminhamento para serviço de referência. Quando o acompanhamento da gestante que é classificada como de alto risco, é pertinente lembrar que a unidade básica de saúde (UBS) é a porta de entrada preferencial da gestante, cada usuária deve ter acesso tanto a unidade básica quanto as outras redes assistenciais, à exemplo da Rede de Média e Alta Complexidade. Esse caminhar da usuária na Rede Assistencial deve ser mediado através da referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os outros níveis de complexidade (BRASIL, 2012). A maioria dos enfermeiros questionados na pesquisa relatou que, referenciam as gestantes, dando continuidade ao pré-natal com a utilização da consulta compartilhada:

A gente tem o formulário específico. Sempre que necessário a gente referencia. Algumas vezes a contra referencia volta. O pré-natal de alto risco não tá sendo realizado só lá no ISEA, tá sendo aqui e lá. Que agora conduta é essa. E a gente logo no início quando vem encaminha pra lá e eles retornam na próxima consulta com a contra referencia preenchida e a gente vai acompanhando com o ISEA. (ENF. 8)

Ele se dá quando a gestante apresentar algum problema, alguma intercorrência, cardiopatia, hemorragia, pneumopatias, alterações genéticas então, geralmente a gente encaminha, pra o ISEA, e fica tendo esse feedback, porque se houver necessidade ela fica acompanhada com eles com a gente também e outro ponto importante também são as gestantes adolescentes abaixo de 17 anos é acompanhada no ISEA junto com a gente. (ENF. 24)

Pronto. Como eu falei né? Quando eu necessito, eu não meço esforço, eu vou referenciar, porque eu não vou ficar com uma gestante aqui sabendo que eu tô no meu limite, o médico também. Até porque a unidade de saúde ela não dá condições. Os ultrassons demoram muito, tudo. Então, o que a gente vê, que tá com alteração, e que aquela alteração já pode caracterizar um acompanhamento no alto risco, a gente já encaminha, mesmo que ela volte. Mas a gente encaminha, faz a ficha de referência, e a gente tem a contra referência e vai dar continuidade a gestante. Umas ficam lá, e as outras voltam pra fazer totalmente o pré-natal aqui, mais eu tô com aquela ficha que o profissional avaliou e mandou e as que ficam lá continuam sendo atendidas pela gente, pra gente ver como é que tá sendo. Porque, pelo incrível que pareça, o espaço de tempo aqui de ver a gestante é menor do que no alto risco. Eles faz um aprazamento maior lá. A gente tem um aprazamento menor aqui. A gente ver a gestante aqui com mais frequência. (ENF. 28)

Em suas falas os enfermeiros também evidenciaram a dificuldade de receber a contrarreferência, perdendo qualidade de um bom acompanhamento com avaliação conjunta da unidade com a referência de alto risco, como é observado nas falas abaixo:

Quando a gravidez é de alto risco, nós encaminhamos a gestante para o ISEA e ela fica sendo acompanhada lá e aqui, no ISEA eles atendem a gestante, marcam o pré-natal de alto risco, mas dificilmente fazem a contra referência e ficamos sabendo das coisas pelo relato da paciente. (ENF. 2)

Nós referenciamos a gestante, mas, assim, nós não recebemos a contrarreferência. É difícil a gente receber uma explicação do que está acontecendo com ela. Normalmente, como nós a referenciamos para um serviço como o alto risco, nós não temos mais conhecimento dela, a não ser que nós, através do agente, nos desloquemos até a casa da paciente para saber. Porque depois que ela vai para o ISEA, e se ela for continuar lá, então ela não vem mais para a unidade de saúde, esquece, esquece que nós existimos. Só pelo agente de saúde. (ENF. 12)

O processo de referência, geralmente a gente referencia pro alto risco do ISEA pra uma avaliação obstétrica, até hoje nunca aconteceu de uma paciente voltar sem ser atendido, o que acontece é de ela voltar sem a contrarreferência, aí a gente fica meio perdido, porque tem paciente que sabe dizer o que foi que o médico disse, aí a gente imagina qual foi a conduta dele, mas a maioria não sabe, só diz assim, eu fui lá e ele passou um remédio e vim pra casa, ele disse que podia continuar o acompanhamento na unidade, então eu sinto falta dessa contra referência, eu e a médica, a médica sente mais falta do que eu, porque geralmente ela referencia mais do que eu, mas fora isso eu acho que é bem atendido, uma dificuldade que eu tenho, que eu acho que qualquer enfermeiro da atenção básica vai relatar é que a gente não acompanha o parto da paciente, então a gente faz todo o pré-natal desenvolve um vínculo, sabe o que tá acontecendo com ela, sabe que tá acontecendo na vida dela e aí na hora do parto é uma pessoa que nunca viu que vai fazer esse parto, então essa referência "assim do parto" eu acho muito mais problemática do que a do alto risco por exemplo, quando a paciente tá com uma parte que a gente pegue uma avaliação obstétrica, pegue uma

ultrassonografia , pede uma avaliação de uma ultrassonografia com alguma alteração de amadurecimento de placenta ou alguma coisa assim aí essa parte do parto é que eu acho complicada, mas a referência do alto risco não, é bem simples e é bem resolutive. (ENF. 22)

A organização do sistema de referência e contrarreferência tem sido um modelo de sistematização do trabalho. Essa estrutura se desenvolve com base na Atenção Primária à Saúde, que deve coordenar os fluxos e contrafluxos dos cuidados, nos serviços especializados, nos sistemas de apoio como: farmácias, diagnósticos e terapêuticos; e nos sistemas logísticos - cartão do usuário, prontuário eletrônico, transporte; acesso regulado (BARBOSA et al, 2016). Petrucci (2010) confirma que, esse sistema é fundamental para alcançar a integralidade, e é preciso que os profissionais exerçam comunicação para que este princípio seja efetivo, formando um elo, facilitando o sistema de referência e contra referência. Quanto mais estruturado for o sistema, melhor irá fluir e maior será a eficiência e a eficácia da assistência prestada.

Porém, um fator que prejudica essa assistência de qualidade é a dificuldade da contrarreferência, que contribui para uma menor resolubilidade do sistema, podendo agravar as condições de saúde dos usuários, além de sobrecarregar as unidades de maior complexidade do SUS. O sistema de referência e contrarreferência fica prejudicado, assim como a necessária integralidade e continuidade dos cuidados (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Facilidades e dificuldades do uso dos protocolos nas ações prestadas na assistência ao pré-natal

O desenvolvimento das ações, de acordo com os protocolos, é a base de sustentação para um atendimento completo e de qualidade. É importante que o uso dos protocolos gere resultados positivos para a população atendida pela equipe. No que diz respeito às facilidades, as enfermeiras entrevistadas apontaram a assiduidade das gestantes e aceitação das atividades educativas e relataram que as gestantes acompanhadas gostam e participam das atividades realizadas pela equipe, como está expresso nas falas a seguir:

Pré-natal é mais fácil de conseguir realizar ações. Geralmente, a gente faz grupo de gestante e elas têm uma aceitação boa. A gente acabou um grupo de gestante que a gente estava fazendo com as três unidades aqui e elas têm uma boa aceitação boa. Elas são mais assíduas; elas gostam de participar... São interessadas. (ENF. 13)

A gente acaba que não tem muita dificuldade, principalmente porque gente tem um grupo de gestante, então isso facilita também o nosso contato com elas e nesses

grupos são abordados também temas relacionados ao pré-natal, como por exemplo sobre os aspectos fisiológicos da gravidez a amamentação os cuidados com o bebê , o parto , os direitos da gestante , então são temas muito importantes e aí elas tem essa participação do grupo então isso facilita além das orientações que a gente faz durante as consultas de pré-natal, então assim eu não encontro muitas dificuldades em lidar com as gestantes, lógico que tem aquelas gestantes mais resistentes não querem vir ao pré-natal mas depois por insistência da equipe ela acabam vindo, então são poucos os problemas relacionados a gestante a procura é muito grande. (ENF. 24)

Não, como eu te falei, nesse grupo, eu não tenho muita dificuldade não. Tanto de fazer ações quando a gente agenda, elas vem, a gente deu uma parada agora no grupo de gestante porque houveram muitas mudanças aqui, então a gente tá reorganizando, mais quando tem grupos de gestantes, elas sempre comparecem, consulta de pré-natal também, elas não costumam faltar não. É o único público que não dá trabalho a gente, é o de gestante. Palestras educativas, visita domiciliar, quando necessidade. (ENF. 27)

Conforme visto nessa pesquisa, o enfermeiro é capaz de captar os medos, sanar as dúvidas e ouvir tudo o que as gestantes têm a falar. O profissional, ao prestar esses cuidados, deve oferecer apoio, estabelecer uma relação de confiança e segurança com a gestante. Assim, a educação em saúde, poderá ser realizada de forma individual ou em grupo, contanto que todos participem, realizando ações, trocando experiências através de relatos e vivências. As atividades devem ser registradas, como forma de avaliar as gestantes que participaram das atividades. O processo educativo deve ser escolhido mediante as necessidades da clientela da ESF (OLIVEIRA, et al., 2015).

O acesso às gestantes e o vínculo estabelecidos também foram ressaltados pelos enfermeiros como facilitadores para aplicação do que prevê o protocolo de Atenção à Saúde das Mulheres.

Não tenho dificuldade, não. As facilidades é a questão do acesso, eu como enfermeira, a paciente acaba tendo mais acesso a mim, por exemplo, do que a médica. Então muitas vezes a gente tem mais vínculo, por conhecer mais. Até mesmo pra aquela gestante quando inicia o pré- natal, é uma puericultura na certa que vai voltar, elas acabam gostando de mim, não sei. (ENF. 6)

Dificuldade nenhuma. E a facilidade é o acesso e a abertura que elas têm com a equipe pra fazer, e normalmente no iniciozinho da gravidez já estão aqui. (ENF. 8)

Facilidade é que é assim qualquer período gestacional que ela venha ter alguma intercorrência, ou qualquer outra coisa, ela pode vir procurar posto direto, a gente sempre acolhe o mais rápido possível pra a iniciar gestação, mesmo que ela tenha dois, três ou quatro meses, [...]. (ENF. 25)

Os enfermeiros entrevistados demonstraram oferecer hospitalidade para a gestante, abrindo portas para facilitar o seu acesso para marcação de consultas, para orientações, prevenções, contribuindo para descoberta de possíveis problemas. E essa facilidade de acesso

ao serviço, junto ao acolhimento, corrobora para construção de uma relação de confiança e de vínculo entre profissional e usuária, contribuindo para um acompanhamento integral e de qualidade.

No que diz respeito às dificuldades encontradas pelos enfermeiros em seguir o protocolo de Atenção a Saúde das Mulheres, no tocante ao acompanhamento do pré-natal, relataram dificuldade quanto a aceitação das receitas prescritas pelo enfermeiro na farmácia da unidade, como se pode ver nas falas a seguir:

As usuárias aceitam as consultas. A questão da prescrição dos medicamentos que a enfermagem não tem tanta abertura para fazer e também por não ser aceito em farmácias privadas. (ENF. 3)

A farmácia daqui da unidade que aceita as prescrições de enfermagem, por que, por exemplo, o antibiótico elas só podem pegar nessa farmácia já que outras não aceitam nossa receita e isso é uma dificuldade enorme. Outra dificuldade é para realização de ultrassom, por que demora para marcar, o espaço físico da Unidade também deixa muito a desejar. (ENF. 5)

A normatização da prescrição de medicamentos por enfermeiros baseia-se na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei 7.498/86) e das publicações do Ministério da Saúde, tanto nos cadernos de atenção básica quanto nas Políticas Nacionais de Atenção Básica em todas as suas edições (2006, 2011 e 2017). Portanto a prática da prescrição de medicamentos é uma realidade necessária no trabalho do enfermeiro junto às atividades da Unidade de Atenção Básica (UBS), isso leva a população a acreditar no trabalho e na capacidade clínica do enfermeiro, trazendo confiança, autonomia e credibilidade.

Porém, o enfermeiro ainda encontra dificuldade relacionada quanto à prescrição de medicamentos e quanto à liberdade dessa ação. O que se pode ver, é que essa dificuldade está relacionada a um sistema de saúde que segue em transformação, fugindo da prática centralizada na figura do médico para um modelo de Estratégia de Saúde da Família composta por uma equipe multidisciplinar que trabalha na intenção de melhorar a qualidade de saúde da população. Entretanto, podemos ver nessa pesquisa, que os profissionais prescrevem com mais cautela, por não possuir tanta segurança.

Ainda como dificuldade, outros enfermeiros relataram a demora para marcação e resultados dos exames, como destacam abaixo:

As dificuldades, ultimamente... Aquela 'rede cegonha', ele aconselha, recomenda que a gente quando capte a gestante automaticamente essa gestante, ela pode se dirigir ao serviço de laboratório. Esse agendamento não precisa ser feito, ela deveria ser acolhida, por exemplo, veio hoje e amanhã já deveria ser encaminhada diretamente

para o laboratório para agilizar esses exames do primeiro trimestre. Então, nisso a gente está com um problema seríssimo porque o município mesmo tendo compactuado dentro da rede cegonha, não está conseguindo, em tempo hábil, gerar estes exames destas gestantes; autorizar e fazer gerar o resultado para que na próxima consulta, a gestante chegue aqui. Então, e agente viveu um período muito bom de agilidade desses resultados, mas, agora deu uma queda considerável. Aí isso é um fator negativo. [...]. (ENF. 14)

A fragilidade ainda está na marcação de exame porque ele ainda tem que marcar, e eles marcam lá e esse processo demora e a ultrassom demora também a marcação, sempre tem, mas demora então eu acho que deveria ser mais ágil. (ENF. 23)

Nos cuidados que a gente está tendo aqui? É a questão de exames está sem laboratório, está sem sorologia ultimamente que está no processo de licitação, mas desde o começo do ano que a gente está nisso, a dificuldade é isso a falta de um laboratório para fazer sorologia e os demais exames que a gente precisa, a gente teve dificuldade também na quantidade de medicamentos que ficou um bom tempo sem sulfato ferroso e ácido fólico, coisas básicas que um paracetamol agilizou agora que é a falta de medicamento, mas agora são essas é a falta de insumos e de exames. É essa questão a gente tem sofrido muito. Assim em relação a elas virem, não, elas gostam do pré-natal, menino, é um jornal. (ENF. 31)

Os exames laboratoriais no primeiro e terceiro trimestre da gestação são importantes, porque beneficiam à saúde da gestante e do bebê, reduzindo o risco do surgimento de doenças durante a gravidez (GOMES FILHO et al, 2009). Narchi (2010) acrescenta que, apesar das orientações apresentadas pelo Ministério da Saúde para a assistência ao pré-natal, os enfermeiros indicaram dificuldades para a realização do atendimento às gestantes, podendo comprometer a qualidade desse atendimento.

Outra dificuldade relatada pelos enfermeiros foi a falta de atualização e capacitação dos profissionais, destacado nas falas a seguir:

Eu não tenho dificuldade não. Não, a não ser essas coisas que a gente não tem treinamento, alguma novidade, mas o básico não tem não, aí possa ter que tenha alguma coisa nova, porque já faz muito tempo que a gente teve treinamento de pré-natal. (ENF. 11)

Acho que precisa dar uma atualizadazinha, já tá meio desatualizado, e a gente tem pelo menos uma orientação, né, perante o ministério que resguarda a gente. Porque o protocolo do COREN foi baseado nele, mas ele tá precisando dar uma atualizada. (ENF. 17)

Com relação a essa dificuldade, os entrevistados mencionam a falta de capacitação teórica e prática na assistência à gestante. Cunha et al (2009), ressalta que o enfermeiro com formação em obstetrícia possui competência para prestar assistência à gestante. Visto que a participação do enfermeiro é fundamental para a qualidade da assistência ao pré-natal, há a necessidade de atualização, mesmo aqueles com pouco tempo de formados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo foi possível analisar o conhecimento e utilização do Protocolo da Atenção Básica Saúde das Mulheres na dimensão que aborda a atenção pré-natal, por um grupo de enfermeiros. Essa abordagem se faz necessária, visto que o protocolo foi, nesse caso, definido centralmente em 2016, e verificou-se que não houve nenhuma atividade de educação permanente dos profissionais da equipe em relação à essa área da atenção à saúde.

As dimensões analisadas derivaram do modelo teórico do próprio protocolo, exceto de uma dimensão que surgiu em campo. Na dimensão Acolhimento com escuta qualificada e a Avaliação global da gestante destacou-se a centralização da assistência ao pré-natal centrada no binômio enfermeiro-médico, com protagonismo expressivo dos enfermeiros.

Nesse aspecto percebeu-se que os enfermeiros seguem o que prevê o protocolo, sendo, por vezes, tomando a linha de frente no acolhimento da gestante que chega à unidade de saúde.

Na dimensão Plano de cuidados no Pré-Natal em suas várias ações, percebeu-se que a também centralização do cuidado no enfermeiro-médico, muitas vezes, assumindo o papel do médico e de profissionais de outros serviços ao tomar para si atribuições que competem à equipe ou a outros serviços da rede assistencial.

Na dimensão Facilidades e dificuldades no uso dos protocolos nas ações prestadas na assistência ao pré-natal evidenciaram-se algumas dificuldades quando se referiam a capacitações e práticas avançadas, por exemplo. Sabe-se que os protocolos são instituídos para toda equipe multidisciplinar. No entanto, ao analisar as atribuições realizadas pelos enfermeiros percebeu-se que o enfermeiro por vezes acumula atribuições sobrecarregando o seu processo de trabalho. Essa sobrecarga pode estar relacionada às fragilidades nos protocolos, à exemplo de algumas atribuições ora são compartilhadas com a equipe multiprofissional, ora são específicas de médicos e enfermeiros, como é o caso do cadastro e do preenchimento da caderneta da gestante. Essa situação pode estar dificultando o processo de trabalho do enfermeiro na consulta pré-natal.

Foi analisado nessa pesquisa que os enfermeiros realizam, em sua grande maioria, o que é preconizado pelo protocolo e é visível a sua vontade de contribuir para um atendimento qualificado, com autonomia para alcançar boas metas, buscando atender as necessidades das gestantes, através da utilização dos protocolos existentes e dos meios e recursos disponíveis na unidade.

O trabalho concluiu o quanto é importante a presença do enfermeiro na Assistência ao Pré-natal, visando detectar as intercorrências que podem surgir durante o ciclo gravídico-puerperal. Portanto, os protocolos são instrumentos importantes na conduta do enfermeiro e por isso a sua utilização é fundamental para promover a organização do serviço. Realizar ações com base nos protocolos ainda é uma questão difícil, pois requer o envolvimento tanto do município quanto dos profissionais que compõem o serviço.

Ressalta-se que o protocolo é um instrumento essencial na atenção ofertada às gestantes e a identificação de falhas que prejudicam a utilização do protocolo no cotidiano tem como forte consequência a falta de conhecimento científico atualizado e a padronização da assistência à gestante no âmbito da atenção básica. Faz-se necessário um esforço mutuo dos diversos componentes envolvidos na atenção materno-infantil, para que este protocolo seja realmente eficaz e que as presentes falhas possam ser corrigidas. Isso significa dizer que os protocolos precisam ser repensados pelas equipes locais de saúde e pactuados intra e extra equipe, se estendendo à rede de cuidados ao qual está inserido.

Ressalta-se que não foram possíveis no estudo a escuta de outros participantes do processo de atenção pré-natal, em especial as usuárias envolvidas, que certamente poderiam fornecer pistas sobre a atenção prestada. Acredita-se que esse seja o principal limite do estudo.

KNOWLEDGE AND UTILIZATION OF THE PROTOCOL OF ASSISTANCE TO PRENATAL BY NURSES OF ATTENTION PRIMARY THE HEALTH

ABSTRACT

This study aimed to know the nurses' perception about the use of the protocol of their assignments in low risk prenatal care, identifying the health actions developed by these professionals, as well as the facilitating and difficult points in the use of said protocol. This is a case study of a qualitative approach, which aims to analyze the knowledge and the use by nurses of the protocol of Attention to Women's Health in Low Prenatal Care provided by the Ministry of Health, where interviews were conducted with 39 nurses that make up the units arranged in the eight districts that are part of Campina Grande, Paraíba. The data were organized in 4 dimensions: Reception with qualified listening; Global evaluation of pregnant women; Prenatal Care Plan; Signs of alertness in pregnancy and one from empirical material: Facilities and difficulties in the use of protocols in the actions taken in prenatal care. We conclude that it was identified that nurses perform, for the most part, what is recommended by the protocol. However, there were some difficulties when referring to skills and advanced practices, or the accumulation of duties overloading their work process.

Keywords: Protocol. Women's health. Prenatal. Basic attention.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Edmar Rocha; et al. **Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária.** Rev enferm UFPE, Recife, n. 10, v. 2, p. 683-91, fev. 2016.

ANDRADE, L.O.M. et al. **Organização da atenção básica e estratégia saúde da família no Município de Sobral, Ceará, Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na Saúde.** In: FERNANDES, A.S.; SECLLEN, J. (Org.). Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: OPAS, 2004. p.143-179 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8). Acesso em: 26 dez. 2016.

ANDREUCCI C.B., CECATTI, J.G. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública vol.27 no.6 Rio de Janeiro jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>. Acesso em: 03 fev. 2017.

BARBOSA, et al., **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, mar 2016. vol. 24, no. 1. Acesso em: 26 nov. 2017.

BARBOSA, T.L.de A., GOMES, L.M.X., DIAS, O.V. **O Pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes.** Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):29-35. Acesso em: 26 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico de gestação de baixo risco. Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde.- Brasília: Editora do ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Portal Brasileiro de dados abertos 2016. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/cnes>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico.** Brasília: MS; 2005. Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: MS; 2000. Acesso em: 18 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. 2013. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica: manual de implantação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha (online)**. Brasília: MS; 2011. Acesso em: 13 fev. 2017. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 730 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências (online)**. Brasília (DF): MS; 2005. Acesso em: 14 out. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0730_13_05_2005.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Acesso em: 26 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres /** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres /** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466>. Acesso em: 08 out. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **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. Acesso em: 29 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Brasília. DF. 2012. Acesso em: 26 dez. 2016.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Localização de Campina Grande**. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em 08 out. 2016.

CAMPOS, G.W.S., CHAKOU, M.; SANTOS, R.C. **Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Pública, v.13, n.1, p.141-144, 1997. Acesso em: 23 dez. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO (COREN/RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária a saúde**. Rio de Janeiro, 2012. Acesso em: 03 fev. 2017.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. **Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual**. Ciênc. Cuidado Saúde, v.7, n.4, p.530-536, 2008. Acesso em: 23 nov. 2016.

CRUZ et al. **Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal**. Rev. bras. ci. Saúde 18(1):87-94, 2014. Acesso em: 20 out. 2016.

CUNHA, M.A., et al. **Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros**. Esc. Anna Nery Enferm. 2009 jan-mar; 13 (1): 00.00. Acesso em: 26 nov. 2017. Disponível.: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20>.

D'AMOUR, D. et al. **A model of collaboration among professionals in healthcare organizations**. BMC Health Serv. Res., v.8, p.188-202, 2008. Acesso em: 26 nov. 2017.

da SILVA, M.Z.N., de ANDRADE, A.B., BOSI, M.L.M. **Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica**. Saúde Debate/Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014. Acesso em: 12 nov, 2017.

DATA-SUS. **Rede cegonha e SISPRENATAL**, 2015. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2171%3Asisprenatal-web&catid=257&Itemid=28. Acesso em: 03 fev. 2017.

de OLIVEIRA, V.C. et al. **Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1015-21. Acesso em: 12 nov. 2017.

ELLERY, A.E.L., PONTES R.J.S., LOIOLA, F.A. **Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção**. Physis. Acesso em 26 nov. 2017.

GOMES FILHO, C., et al. **Triagem pré-natal ampliada: Teste da mamãe**. Vita Et Sanitas, Trindade. 2009;3:101-109. Acesso em: 26 nov. 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008;24(1): 17-27. Acesso em: 10 out. 2016.

FURTADO, J.P. **Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade**. Cad. Bras. Saúde Mental. v. 1, n. 1, 2009. Acesso em: 26 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada 2016: Campina Grande - Paraíba**. Acesso em: 08 out. 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>.

LOUROSA, T.F.D. **A importância de uma intervenção multidisciplinar para gestantes no período pré-natal acompanhadas por unidades públicas de saúde**. Congresso Nacional de Excelência em Gestão. 2013 junho. Acesso em: 26 nov. 2017.

MAEDA, T. de C. et al. **Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal**. Rev. Enfer. Atenção Saúde (online) 2014. Acesso em: 12 nov. 2017. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1016>.

MAJEED, A., CAR, J., SHEIKH, A. **Accuracy and completeness of electronic patient records in primary care**. Fam Pract. 2008 Aug;25(4):213-4. doi: 10.1093/fampra/cmn047.

Acesso em: 12 nov. 2017. Disponível em:

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=majeeda\[author\]&cauthor=true&cauthor_uid=18694896](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=majeeda[author]&cauthor=true&cauthor_uid=18694896).

MARTINIANO, C.S. et al. **Legalização da Prescrição de Medicamentos pelo enfermeiro no brasil: história, tendências e desafios**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 809-17. Acesso em: 12 nov. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300809&lng=en&tlng=en.

MARTINIANO, C.S. et al. **Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: what can we learn from international research?** Int J Nurs Stud. 2014, 51(8):1071-3.

Acesso em: 10 nov. 2017.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. Acesso em: 29 nov. 2017.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JUNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. **Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião da saúde do Ceará, Brasil**. Caderno de saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, nov/dez. 2003. Acesso em: 12 nov, 2017.

NARCHI, N.Z., **Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010;44(2):266-73. Acesso em: 26 nov. 2017.

OLIVEIRA, J.C. de S. et al. **Assistência pré-natal realizada por enfermeiros: o olhar da puérpera**. Rev. Enferm. Cent.- Oeste Min., v. 5, n. 2, p. 1613-1628, mai./ago. 2015. Acesso em: 12 nov. 2017. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/857>.

PETRUCCI, F.R. **Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica**. Monografia - Instituto de Ensino e Capacitação e Pós-Graduação (INDEP), Assis-SP, 2010. Acesso em: 10 out, 2017.

RESOLUÇÃO COFEN-271/2002. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, julho 2002. Acesso em: 12 nov. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2712002-revogada-pela-resoluo-cofen-3172007_4308.html.

ROCHA, A.C., ANDRADE, G.S. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de itapuranga – go em diferentes contextos sociais. Revista Enfermagem Contemporânea. 2017 abril; 6(1):30-41. Acesso em: 26 nov. 2017.

RODRIGUES E.M., NASCIMENTO R.G., ARAÚJO A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP 2011; 45(5):1041-1047. Acesso em: 13 nov. 2016. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.

SERRA, C.G., RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Cienc Saúde Colet. 2010; 15 Suppl 3:3579-86. Acesso em: 26 nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública 2017; 33(3):e00195815. Acesso em: 26 nov. 2017.

ZANCHI, M. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(5):1019-1028, mai, 2013. Acesso em: 12 nov. 2017.

APÊNDICE A

Entrevista nº _____

Caracterização dos participantes

1. Sexo feminino Masculino
2. Idade:
3. Estado Civil:
 - Casado (a)
 - solteiro (a)
 - Viúvo (a)
 - divorciado (a)
 - União estável
4. Renda média:
5. Tempo de atuação na UBSF
6. Natureza da instituição formadora: pública privada
7. Tempo de formação: Citar instituição formadora:
8. Pós-graduação: não Sim. Qual:
9. Tipo de Vínculo: concursado contratado prestador de serviço
10. O senhor (a) já participou de alguma capacitação em saúde da mulher? Se a resposta for sim, qual e há quanto tempo (em anos)?
 - pré-natal – Há _____ anos.
 - IST – Há _____ anos.
 - Prevenção de Câncer de colo do útero – Há _____ anos.
 - Mama – Há _____ anos.
 - Queixas mais comuns em saúde das mulheres – Há _____ anos.
 - Planejamento reprodutivo – Há _____ anos.
 - Violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar – Há _____ anos.

APÊNDICE B**ROTERIO DE ENTREVISTA**

Pré-natal de baixo risco
<p>1. Qual (is) profissionais realizam a consulta de pré-natal nessa unidade? Se disser: médico e enfermeiro: Como é feita a divisão de consultas? Se disser que é apenas um dos dois, perguntar: porque?</p> <p>2. Na sua opinião quem deverá preencher a caderneta da gestante? Por que?</p> <p>3. O que você poderia me dizer sobre a primeira consulta do pré-natal?</p> <p>4. Na sua opinião existe intervalo para consulta do pré-natal? Se sim, qual? Se não baseado em que você realiza o agendamento de retorno?</p> <p>5. Que tipos de sinais de alerta você identifica no pré-natal?</p> <p>6. Na presença de risco gestacional, qual é a sua conduta?</p> <p>7. Na sua opinião o enfermeiro prescreve medicamento para gestante? Se sim, em quais situações? Se não por quê?</p> <p>8. O que você poderia me dizer sobre imunização no período gestacional?</p> <p>9. Baseado na sua experiência, como se dá o processo de referência e contrarreferência das gestantes?</p> <p>10. O Senhor (a) poderia relatar facilidades e/ou dificuldades na implementação de ações de atenção à mulher no pré-natal de baixo risco no serviço de APS? Se ela falar de um modo geral, perguntar: E as ações específicas do enfermeiro?</p>

