



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

MICHELINNE OLIVEIRA MACHADO DUTRA

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AÇÕES ESSENCIAIS DESENVOLVIDAS PELOS
ENFERMEIROS

CAMPINA GRANDE - PB

2013

MICHELINNE OLIVEIRA MACHADO DUTRA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AÇÕES ESSENCIAIS DESENVOLVIDAS PELOS
ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Enfermagem em
cumprimento às exigências para obtenção do
título de Bacharel e Licenciado em
Enfermagem pela Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosilene Santos
Baptista

CAMPINA GRANDE - PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

D978a Dutra, Michelinne Oliveira Machado.

Assistência pré-natal [manuscrito] : ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros / Michelinne Oliveira Machado Dutra. – 2013.

29 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dr. Rosilene Santos Baptista, Departamento de Enfermagem”.

1. Assistência pré-natal. 2. Atuação profissional.
3. Cuidados de enfermagem. 4. Enfermagem comunitária. I. Título.

21. ed. CDD 618.6

MICHELINNE OLIVEIRA MACHADO DUTRA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AÇÕES ESSENCIAIS DESENVOLVIDAS PELOS
ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Enfermagem em
cumprimento às exigências para obtenção do
título de Bacharel e Licenciado em
Enfermagem pela Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB.

Aprovado em: 06 / 09 / 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

Rosilene Santos Baptista

Prof.^a Dra. Rosilene Santos Baptista – ORIENTADORA

Departamento de Enfermagem - UEPB

Alexsandro Silva Coura

Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura – EXAMINADOR

Departamento de Enfermagem - UEPB

Francisco Stélio de Sousa

Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa – EXAMINADOR

Departamento de Enfermagem – UEPB

Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros.

DUTRA, Michelinne Oliveira Machado.

RESUMO

A assistência pré-natal de qualidade favorece a redução dos índices de mortalidade das mulheres em decorrência do período gestacional. Objetivou-se investigar o perfil, o conhecimento e a prática dos enfermeiros que atuam em atenção pré-natal de baixo risco. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campina Grande/Paraíba, Brasil. Foram incluídas quinze UBSF's do distrito sanitário I de Campina Grande, totalizando 15 enfermeiros que responderam a um questionário. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2013. A análise dos dados foi realizada manualmente, em mapa resumo, de acordo com a população estudada em posteriormente foram analisados através da estatística descritiva e organizados em gráficos e tabelas de frequência absoluta e relativa. Concluiu-se que a análise das ações essenciais desenvolvidas na assistência pré-natal no município estudado aponta que pode-se considerar satisfatória a assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros, uma vez que além dos procedimentos e exames de rotina, observou-se que estes realizam também os procedimentos e exames considerados como complementares, de acordo com o Ministério da Saúde. No entanto, faz-se necessário o fornecimento de um maior número de orientação no que tange ao uso de métodos contraceptivos após o período gestacional. Revela-se ainda a necessidade da realização de estudos sobre avaliação de qualidade e impacto do atendimento pré-natal realizado por enfermeiros na redução de morbimortalidade materna e neonatal no município, abordagem esta que seria de grande relevância para a consolidação de uma prática bem-sucedida em Campina Grande.

Descritores: Assistência Pré-Natal. Enfermagem em Saúde Comunitária. Competência Profissional.

1 INTRODUÇÃO

Verifica-se que no mundo anualmente acontecem 120 milhões de gestações, de onde também se constata a morte de cerca de meio milhão de mulheres em virtude de complicações oriundas do processo gestacional ou durante o parto. Dentre essas, 50 milhões de mulheres são acometidas por doenças, sofrem enfermidades ou graves limitações decorrentes do estado gestacional (CUNHA et al., 2009).

A razão da mortalidade materna no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2012, foi de 68 por cem mil nascidos vivos. A região Nordeste teve o maior índice, registrando 427 mortes maternas, seguida da região Sudeste com 417, Sul, com 149, Norte

com 164 e Centro-Oeste, com 112. Com relação à unidade federativa, a Paraíba, registrando 26 casos, onde 5 desses foram registrados na cidade de Campina Grande (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal de qualidade favorece a redução dos índices de mortalidade das mulheres em decorrência do período gestacional, assim como viabiliza melhoria na qualidade de vida materno-infantil (CUNHA et al., 2009). O pré-natal consiste no acompanhamento a futura mãe, servindo como um momento de experiências para a mulher e família; permite a detecção precoce de alterações com a mãe e a criança. Nesse contexto, o enfermeiro emerge como um profissional habilitado para assistir a gestação de baixo risco, visto que nas últimas décadas houve crescimento na atuação do enfermeiro em suas diversas áreas (ARAÚJO et al., 2010). Ainda, segundo estes autores, vários aspectos têm favorecido as conquistas para o desempenho profissional do enfermeiro entre os quais se destacam a transição do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), e os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem estarem respaldando legalmente seus profissionais em atuações como a consulta de enfermagem.

O acompanhamento gestacional carece de enfoque no que tange à assistência a saúde materno-infantil, a qual, historicamente, demanda especial cuidado no âmbito da Saúde pública. Verifica-se em território brasileiro a manutenção de baixos indicadores essenciais da saúde, cabendo mencionar os índices de mortalidades maternos e perinatal, que têm fomentado a implantação de políticas públicas que enfocam o ciclo gravídico-puerperal (SIQUEIRA, 2010).

Conforme o Ministério da Saúde, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (BRASIL, 2006. p. 10).

Em 2000 o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando a diminuição dos elevados índices de adoecimento e óbitos maternos e perinatais, expandir a oferta ao pré-natal, definir parâmetros para otimizar os atendimentos as gestantes e proporcionar o elo entre os cuidados ambulatoriais e o parto. Trata também de estabelecer as atividades elementares a serem executadas no decorrer das consultas pré-natais e puerperais (BRASIL 2006, apud ARAÚJO et al., 2010, p.26).

Em se tratando do profissional responsável por executar as consultas pré-natais esse deverá possuir qualificação para a mencionada atividade. Há comprovação de que o pré-natal de baixo risco pode ser exercido não apenas por médico-obstetra, mas também por uma

equipe multiprofissional, como enfermeiros e enfermeiros obstetras (GAY et al., 2003, apud CALDERON et al., 2006, p.312).

Segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87, está o enfermeiro autorizado a realizar a consulta pré-natal básica. Além disso, respalda também a proceder a consulta de enfermagem; prescrição de enfermagem; prescrição medicamentosa, de acordo com protocolos firmados por programas de saúde pública, bem como, normatizada pela instituição de saúde; assistência durante o parto, puerpério, além de atividades educativas em saúde, encontrando guarida na Lei 7.498/86 (BRASIL, 1987).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), para satisfatória assistência pré-natal, faz-se indispensável uma série de mecanismos, a exemplo de: profissionais qualificados; estrutura física apropriada; aparelhamentos e instrumentais imprescindíveis; suporte laboratorial; documentos próprios de registros, processamento, análise dos dados e medicamentos (ARAÚJO et al., 2010).

Ante a realidade do profissional de enfermagem estar, progressivamente, responsabilizando-se por conduzir e acompanhar a mulher durante o ciclo gravídico, através dos programas de atenção básica que dão autonomia ao enfermeiro e que esses apresentam atitudes, conhecimentos e habilidades para o exercício qualificado de sua profissão, o objetivo desse estudo foi investigar o perfil, o conhecimento e a prática dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Distrito Sanitário I do município de Campina Grande acerca das ações essenciais desenvolvidas na consulta pré-natal de baixo risco em prol de uma melhoria na assistência pré-natal às gestantes e consequente promoção da maternidade segura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A gravidez é considerada como dos mais relevantes acontecimentos inerentes à mulher bem com a sua família. Este é um período típico para ocorrência de modificações fisiológicas abrangentes ao organismo materno, desencadeando esperanças, anseios, aflições, receios e descobertas, implicando na necessidade de informações relativas a tal período, exigindo um profundo conhecimento sobre todas as alterações decorrentes do estado gestacional a fim de que se possa ofertar a conveniente e necessária assistência à saúde da gestante (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Conforme Santana (2011), em que pese à gravidez tratar-se de um processo fisiológico, implica mudanças em aspectos diversos, tais como alterações físicas, psicológicas

e sociológicas da gestante. Desse modo, exige-se eficiente assistência no intuito de evitar complicações. Nesse contexto, inclui-se o acompanhamento pré-natal, cujo objetivo é abrigar a gestante a contar dos primeiros instantes do período gestacional até o término, proporcionando o nascimento de um bebê saudável, bem como assegurar o bem-estar da mãe e da criança.

No ano de 1984, o ministério da saúde em face de cobranças da sociedade Brasileira implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), redimensionando os fundamentos inerentes à política de saúde das mulheres, assim como favoreceu o estabelecimento de requisitos para a seleção de prioridades neste segmento. Tal programa absorveu as orientações de descentralização, hierarquização e regionalização, do mesmo modo que os serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção, permitindo também atividades educacionais, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abrangendo o atendimento à mulher em ginecologia, assistência no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, neoplasias de colo uterino e mamária, cabendo ainda assistir a outras demandas aferidas mediante características populacionais das mulheres (BRASIL, 2011).

A essência do PAISM fora assistir a mulher durante as diversas fases vitais, considerando as peculiaridades e demandas deste público alvo. Desde sua construção o ciclo gravídico-puerperal é um segmento tratado com prioridade pelo supramencionado programa. Exigiu-se para sua implantação, sobretudo em face da assistência pré-natal, a disposição de pessoal qualificado, espaço físico conveniente e dotado de recursos, suporte do laboratório e ferramentas de registro, coleta e avaliação de dados, solidificação de um sistema de referência e contra referência voltado ao acompanhamento das gestantes nos três níveis de complexidade dos serviços assistenciais e análise periódica das atividades executadas (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Em atendimento a esta demanda de ações inovadoras foi publicado no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde, o manual técnico para estruturação do sistema de assistência, aprimoramento de recursos humanos e regulamentação das atividades de acompanhamento pré-natal. Ainda neste mesmo ano ocorrera a funcionalização do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e do SISPRENATAL (Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) (BRASIL, 2000 apud ANDREUCCI e CECATTI, 2011).

Implementado em 2000, o PHPN enfocou a afirmação dos direitos da mulher, trazendo como proposta a humanização como instrumento para promoção da qualidade da atenção. De

acordo com o Pacto pela Vida suas ações primordiais para a redução da mortalidade materna têm por finalidade assegurar o direito da gestante ao acesso e ao atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Conforme Andreucci et al. (2011), o SISPRENATAL foi o mecanismo instituído pelo (DATASUS) com a finalidade de estabelecer o ajuntamento de dados inerentes ao pré-natal com abrangência nacional na esfera do PHPN. Revelou-se um mecanismo de gestão através do qual possibilitou que, através da monitoração do cumprimento das ações mínimas essenciais contempladas no programa, ocorresse à transmissão de recursos financeiros aos municípios que atendessem aos requisitos mínimos estabelecidos, servindo este como incentivo financeiro para promover o alcance das metas propostas.

De acordo com Brasil (2006), com o objetivo de investigar possíveis problemas relacionados à assistência pré-natal, bem como indisponibilidade do atendimento, implementar estratégias eficazes e constituir prioridades, faz-se necessária a elaboração de diagnóstico relativo às demandas e dificuldades no que tange a assistência pré-natal.

O atendimento pré-natal eficiente, em tese, amplamente ofertado, possibilitaria a detecção precoce de sinais ou fatores de risco para morbimortalidade materna, proporcionando, por sua vez, a aplicação de intervenções adequadas. Em que pese a elevação do quantitativo de consultas pré-natais, a permanência de elevados índices de mortalidade materna e neonatal oriundas de causas preveníveis, implica falha na qualidade deste serviço (PEIXOTO et al., 2011) . Consideram elementos essenciais nesta assistência: a estruturação do atendimento, aprimoramento dos recursos humanos, bem como o emprego de mecanismos apropriados e acessíveis, a fim de assegurar a integralidade da assistência e as condições indispensáveis para promoção e prevenção das mais importantes patologias (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Neste sentido, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde, através da emissão de relatório técnico, a assistência qualificada refere-se ao momento que a gestante e seu filho recebem a atenção apropriada no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, cabendo ao responsável pela assistência disponibilizar meios que viabilizem o desempenho de suas atividades nos diversos segmentos de saúde, carecendo ainda demonstrar atitudes, saberes e capacidades que consolidem sua atuação obstétrica tornando-a segura e adequada para redução da mortalidade materna. Deste modo, o profissional deve ser dotado de competências para assistir tanto o período pré-natal e o pós-natal quanto a situações de risco ou de complicações das mães ou dos neonatos (NARCHI, 2010).

Segundo Shimizu e Lima (2009), apesar de estudos evidenciarem as vantagens da assistência pré-natal referente à saúde materno-infantil favorecendo a diminuição dos índices de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade no período perinatal, a abrangência da assistência pré-natal, particularmente, quanto ao número de consultas é insatisfatória. De modo geral ocorreram avanços na assistência à saúde das gestantes. No entanto, convém elencar que esse indicador camufla discrepâncias relevantes entre regiões brasileiras. Exemplo a ser verificado é o da região Sul, que no ano 2010 apresentou 75,3% dos nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, ao passo que na região Norte essa proporção foi de 36,8%, região Nordeste 45,3%; região Centro-Oeste 67,2%; região Sudeste 72,7% (VETORRE; LAMARCA, 2012).

Tais indicativos demonstram que se faz necessária a elaboração de mecanismos de ampliação do acesso das gestantes à assistência a saúde, como também o aprimoramento dos aspectos qualitativos das consultas, sobretudo promovendo o fortalecimento do acolhimento, visando assegurar a adesão ao pré-natal (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Ainda conforme Shimizu e Lima (2009), verifica-se como um importante recurso a consulta de enfermagem, tendo em vista sua finalidade em assegurar a ampliação da abrangência e aprimoramento da qualidade pré-natal, sobretudo através da implementação de práticas preventivas e de promoção as gestantes. Nesse contexto, exige-se que o profissional não detenha tão somente capacidade técnica, mas que seja dotado de elevado grau de sensibilidade a fim de entender as pessoas e seu cotidiano, bem como possuir destreza comunicativa embasada na escuta e no diálogo.

Outro relevante aspecto a ser observado refere-se às normas de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde cujo objetivo é ofertar aos profissionais da saúde atuantes na atenção às gestantes a padronização dos procedimentos e atividades desenvolvidas durante a consulta pré-natal. Os modelos e protocolos brasileiros definidores da tipologia do cuidado a ser dispensado nos diversos níveis de saúde tornam-se fundamentais no intuito de nortear e favorecer a prestação de assistência qualificada (CUNHA et al., 2009).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser integralmente acompanhado pelo profissional de enfermagem, visto que esse possui embasamento teórico-científico, bem como amparo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco. Espera-se ainda que este profissional garanta o acompanhamento e a prestação de assistência a população de gestantes (BRASIL, 1987).

No âmbito dos seguimentos profissionais que atuam junto à atenção ao pré-natal, o enfermeiro destaca-se na equipe, uma vez que é um elemento qualificado para assistir a

mulher, consolidando a relevante atribuição para a educação em saúde, atuação preventiva e de promoção da saúde, fomentando a humanização (MOURA; RODRIGUES, 2003 apud RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Ainda Conforme Rodrigues; Nascimento e Araújo (2011), visando à estruturação organizacional e regulamentação das atividades do profissional enfermeiro na assistência elementar à saúde, abrangendo o atendimento durante o pré-natal, os municípios brasileiros, através das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), passaram a confeccionar a partir da última década protocolos em conformidade com princípios teóricos, além de levar em conta as necessidades/demandas populacionais e do atendimento.

A atuação de enfermagem, geralmente, tem início no instante em que a mulher busca a assistência de saúde em face de receios, temores, aflições, ideias fantasiosas ou meramente por curiosidade para constatar a gravidez. Durante a consulta de enfermagem, convém priorizar as queixas apresentadas no diálogo com a gestante, pois permite a consolidação de um mecanismo de acolhimento ofertado pelo profissional que refletirá em sentimento de confiança por parte da mãe. A princípio, grande parte dos questionamentos levantados pelas gestantes podem aparentar-se insignificantes para o ouvinte. No entanto, possuem importante valor para quem enuncia. Deste modo, respostas objetivas e firmes contribuem para o bem-estar da mulher e sua família (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Durante a fase pré-natal, é possível que as consultas de enfermagem sejam realizadas na unidade de saúde ou por meio de visita domiciliar. Preconiza o Ministério da Saúde que o cronograma de atendimento pré-natal deve ser planejado durante a primeira consulta, tendo como referência a idade gestacional por ser o momento propício para a obtenção de dados essenciais para a adequada evolução gestacional. Intensificar-se-á o acompanhamento tendo em vista a maior probabilidade de complicações, assim como pelos recursos apresentados por serviços de saúde, e pelo provável acesso da clientela a eles. Convém que o espaço entre as consultas seja de quatro semanas. Passada a 36ª semana, o acompanhamento a gestante deverá ocorrer a cada 15 dias, com o objetivo de aferição da pressão arterial, observação de edemas, medição da altura uterina, constatação dos movimentos fetais e verificação dos batimentos cardíacos, entre outras ocorrências (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde:

Os exames de rotina do pré-natal também são solicitados na primeira consulta e constam de hemograma completo; tipagem sanguínea e fator RH; glicose em jejum; sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples 1 e 2, sífilis,

HIV 1 e 2, chagas, hepatite B, hepatite C, fenilcetonúria materna e HTLV 1 e 2; urina tipo 1, urocultura e parasitológico de fezes. A ultrassonografia deverá ser solicitada no decorrer dos meses, observando-se as rotinas de trabalho do enfermeiro. Verifica-se a data do último exame citológico (Papanicolau), caso não esteja em dia ou com história de alteração em exame anterior, agendá-lo, ressaltando a importância da sua realização. (BRASIL, 2006. p. 28).

Durante a primeira consulta, o enfermeiro deverá observar o estado vacinal, imunizando a gestante, caso necessário. O objetivo da vacinação é prevenir a mãe e o neonato contra o tétano. O esquema vacinal é realizado de acordo com o histórico vacinal precedente. Também é momento oportuno para atualizar o estado vacinal referente à hepatite B (BRASIL, 2006).

Assim, a morbimortalidade materna e perinatal continuam configurando uma problemática a ser solucionada no Brasil, e, portanto, exige-se não apenas a ampliação do aprimoramento técnico, mas também a elevação da quantidade de profissionais capacitados para atuarem nesse segmento (NARCHI, 2010).

Para tanto, faz-se necessário não só empenho por parte dos profissionais em busca de qualificação para assistência a gestante, como também cabe ao gestor prover número suficiente de profissionais, bem como condições físicas, materiais e operacionais adequadas.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas UBSF's do município de Campina Grande/PB, Brasil. Os distritos sanitários compreendem uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas, sociais e suas necessidades, e ainda os recursos de saúde para atendê-la. O estudo foi desenvolvido entre os meses de janeiro a setembro de 2013. O cenário de estudo foi constituído por quinze UBSF's pertencentes ao Distrito Sanitário I da cidade de

Campina Grande-PB o que garantiu uma amostra com características geográficas, sociais, econômicas e culturais pertencentes à população adscrita.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros que atuam nas UBSF's pertencentes ao distrito sanitário I da cidade de Campina Grande/PB.

A escolha do local foi feita por meio de sorteio aleatório simples com os seis distritos sanitários pertencentes à cidade de Campina Grande/PB, compondo um total de quinze UBSF's visitadas e quinze enfermeiros pesquisados.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios utilizados na seleção dos sujeitos foram: ser enfermeiro da ESF do Distrito Sanitário I da cidade de Campina Grande/PB, estar no desempenho das atividades profissionais no período da coleta e aceitar participar livremente da pesquisa, restando excluídos os profissionais diversos das características retro mencionadas.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se um questionário estruturado, contendo questões abertas e fechadas com base no documento do Manual Técnico do Ministério da Saúde que traduzem os padrões baseados em evidência científica na prática obstétrica, intitulado: Pré-Natal e Puerpério (2006).

Foram abordados tópicos como o perfil de formação apresentado, a demanda de atendimento mensal às gestantes, o número considerado necessário de consultas pré-natais, à realizar durante a gestação de baixo risco, a época considerada necessária para o início do pré-natal, os exames laboratoriais solicitados na primeira consulta da gestante, os exames clínicos realizados durante a consulta pré-natal de baixo risco, como se processa a solicitação de ultrassonografia obstétrica durante o período gestacional, as orientações transmitidas as gestantes durante a consulta pré-natal de baixo risco, bem como os critérios utilizados na realização de visitas domiciliares às gestantes.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e junho de 2013. A técnica utilizada para entrevista foi a individual, realizada com os enfermeiros em horários agendados de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Os locais de entrevista foram as respectivas UBSF's onde estão lotados esses profissionais.

3.7 PROCEDIMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi baseada nas ações essenciais preconizadas pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), bem como em pesquisas que traduzem evidências científicas e realizada manualmente, em mapa resumo, de acordo com a população estudada em que posteriormente foram analisados através da estatística descritiva e organizados em gráficos e tabelas de frequência absoluta e relativa, utilizando o programa Software EXCEL.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os parâmetros da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde (1997) que dispõem sobre pesquisa que envolve seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas enfermeiras, e todas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo e a não identificação como participante.

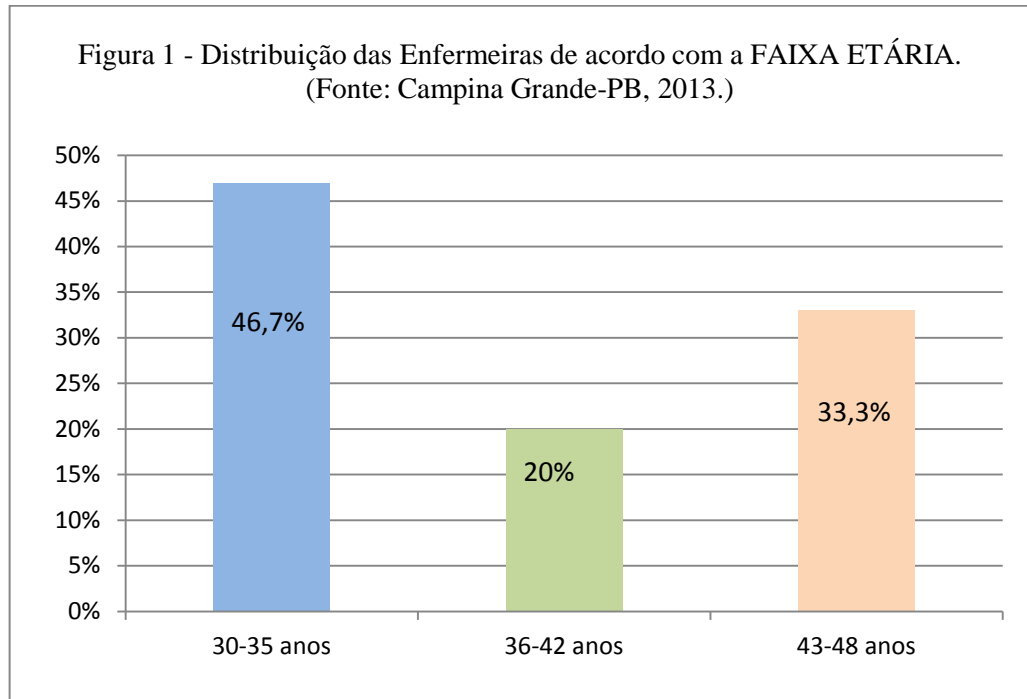
Foi registrado na PLATAFORMA BRASIL, aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo E) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (protocolo nº 0018/2013) (Anexo D)

4 RESULTADOS

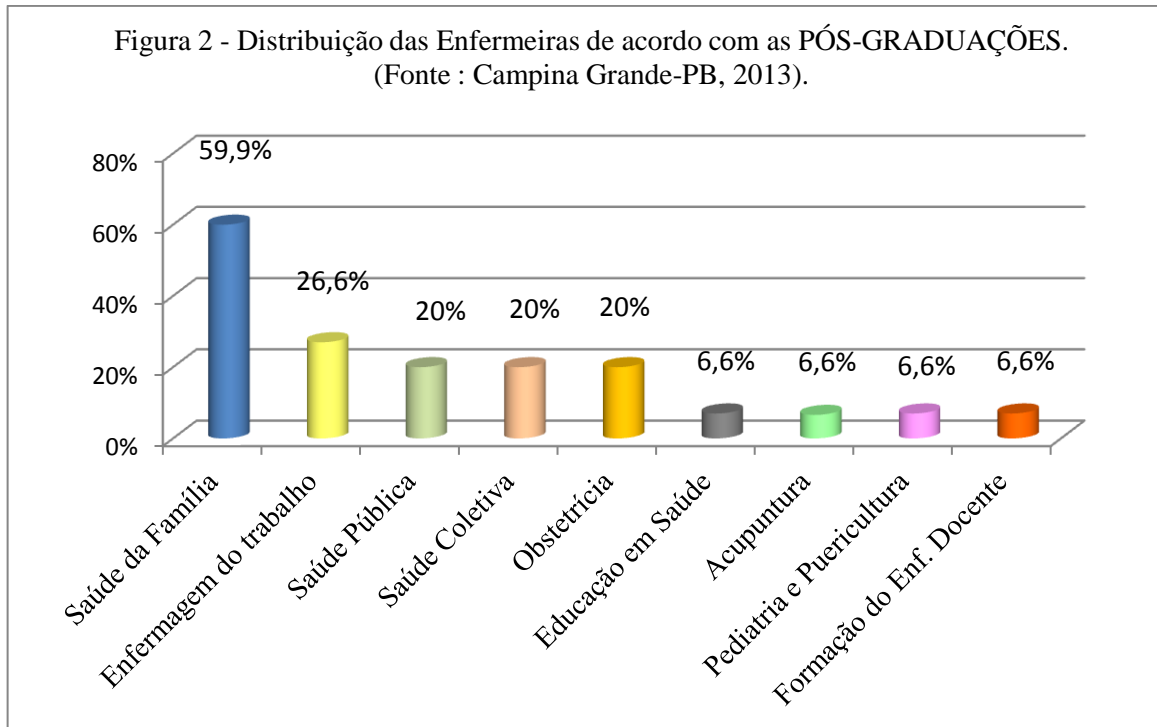
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram da pesquisa 15 profissionais, todas (100%) do sexo feminino.

Observa-se que entre as entrevistadas a idade variou entre 30 a 48 anos, com idade média de 39,3 anos. Das 15 enfermeiras, 07 (46,7%) tinham entre 30 e 35 anos, 05 (33,3%) entre 43 e 48 anos e 03 (20%) entre 36 e 42 anos. (figura 1)

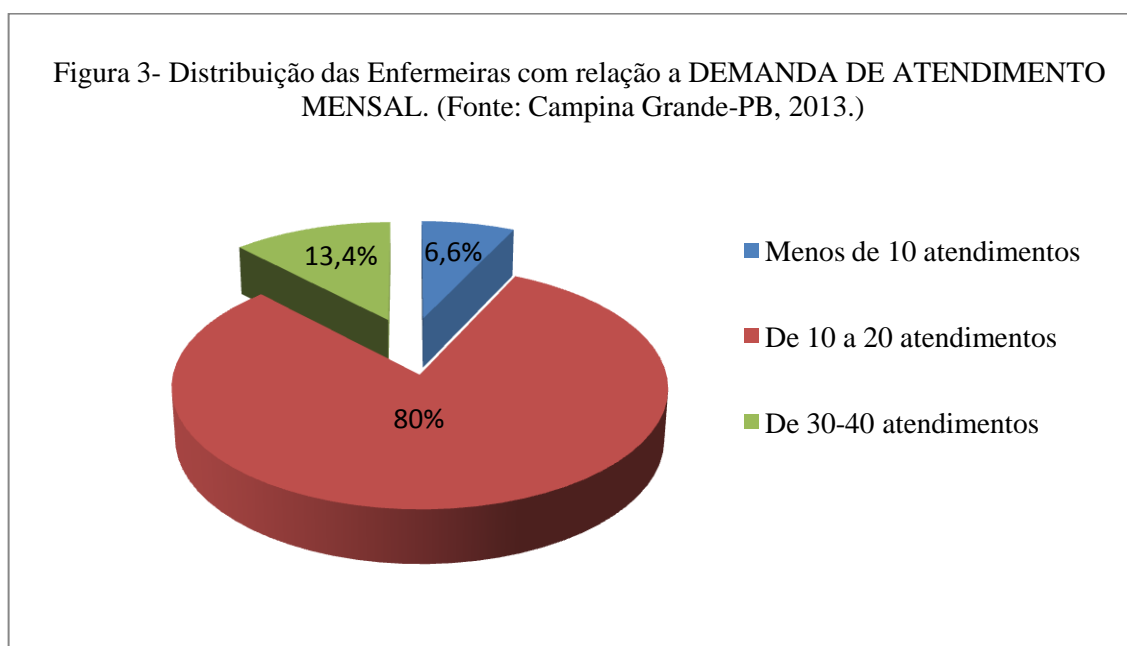


No que se refere a pós- graduação stricto sensu, 02 (13,3%) das entrevistadas possuem mestrado em saúde pública. Já com relação à pós-graduação lato sensu, 15 (100%) das entrevistadas possuem algum tipo de especialização, dentre as quais 09 (59,9%) em saúde da família, 04 (26,6%) em enfermagem do trabalho, 03 (20%) em saúde pública, 03 (20%) em saúde coletiva, 03 (20%) em obstetrícia, 01 (6,6%) em educação em saúde, 01 (6,6%) em acupuntura, 01 (6,6%) em pediatria e puericultura, 01 (6,6%) em formação de enfermeiro docente. Observa-se ainda que 08 (53,3%) das entrevistadas possuem duas ou mais especializações e que 02 (20%) possuem duas ou mais especializações e um mestrado. (Figura 2)



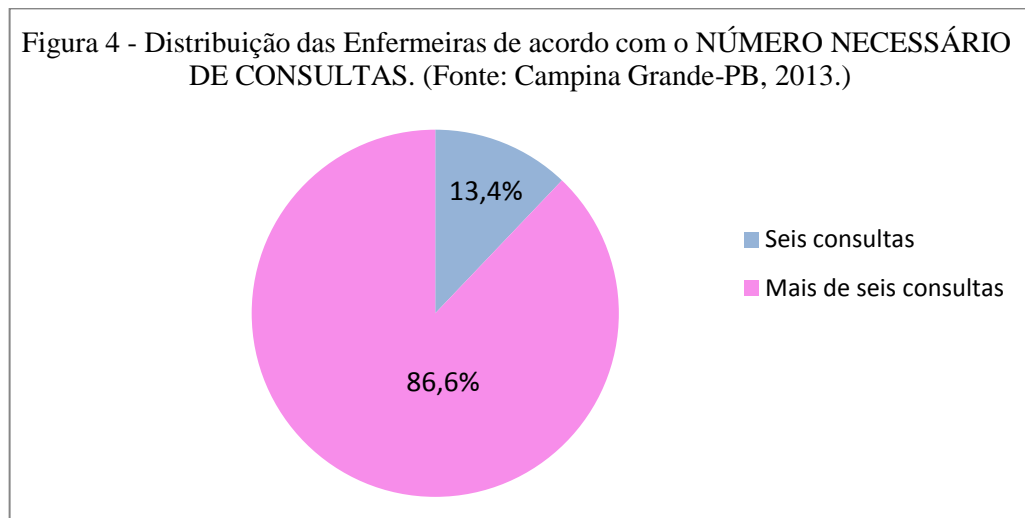
4.2 DEMANDA DE ATENDIMENTO MENSAL DOS ENFERMEIROS ÀS GESTANTES NA ESF

Com relação à demanda de atendimento mensal observa-se que 12 (80%) das entrevistadas alegam realizar de 10 a 20 atendimentos, 02 (13,4%) de 30 a 40 e 01 (6,6%) menos de 10. (figura 3)



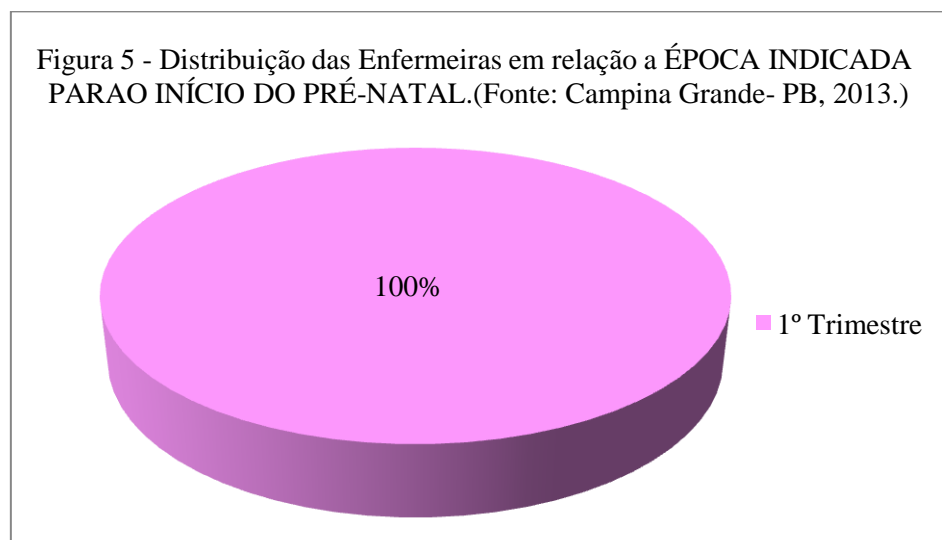
4.3 NÚMERO NECESSÁRIO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS A REALIZAR DURANTE A GESTAÇÃO SEGUNDO AS ENFERMEIRAS

Em relação ao número de consultas pré-natais a realizar durante a gestação observa-se que 13 (86,6%) das entrevistadas consideram necessárias à realização de mais de 06 consultas e 02 (13,4%) consideram 06 consultas como essenciais. (Figura 4)



4.4 ÉPOCA INDICADA PARA O INÍCIO DO PRÉ-NATAL SEGUNDO AS ENFERMEIRAS

Em relação à época indicada para o início do pré-natal 15 (100%) das entrevistadas consideram o primeiro trimestre como ideal. (Figura 5)



4.5 EXAMES SOLICITADOS PELO ENFERMEIRO DURANTE PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ-NATAL

A tabela 1 revela que 100% das enfermeiras relatam solicitar durante a primeira consulta pré-natal os exames de grupo sanguíneo, sorologia para sífilis, rubéola, fator Rh, urina tipo I, hepatite, hemograma, glicemia de jejum e teste anti-HIV, 79,9% ultrassonografia, 59,9% Papanicolau, 40% colpocitologia oncótica, 33,3% parasitológico de fezes e 26,6% bacteroscopia vaginal.

Tabela 1 – Exames solicitados pelas enfermeiras durante a primeira consulta pré-natal.

| Exames solicitados pelas enfermeiras | Nº | % |
|--------------------------------------|----|------|
| Fator Rh | 15 | 100 |
| Glicemia de Jejum | 15 | 100 |
| Grupo Sanguíneo | 15 | 100 |
| Hemograma | 15 | 100 |
| Hepatite | 15 | 100 |
| Rubéola | 15 | 100 |
| Sorologia para Sífilis | 15 | 100 |
| Teste anti-HIV | 15 | 100 |
| Urina Tipo I | 15 | 100 |
| Ultrassonografia | 12 | 79,9 |
| Papanicolau | 09 | 59,9 |
| Colpocitologia oncótica | 06 | 40 |
| Bacteroscopia Vaginal | 04 | 26,6 |

(Fonte: Campina Grande- PB, 2013.)

4.6 EXAMES CLÍNICOS REALIZADOS DURANTE A CONSULTA PRÉ-NATAL

Observa-se segundo a tabela 2 que 100% das enfermeiras relatam a realização da aferição do peso, da pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíofetais, altura materna, medição da altura uterina, exame das mamas, bem como avaliação do estado nutricional como

exame clínico durante a consulta pré-natal. Já o exame céfalo-caudal só é referido por 79,9% das entrevistadas.

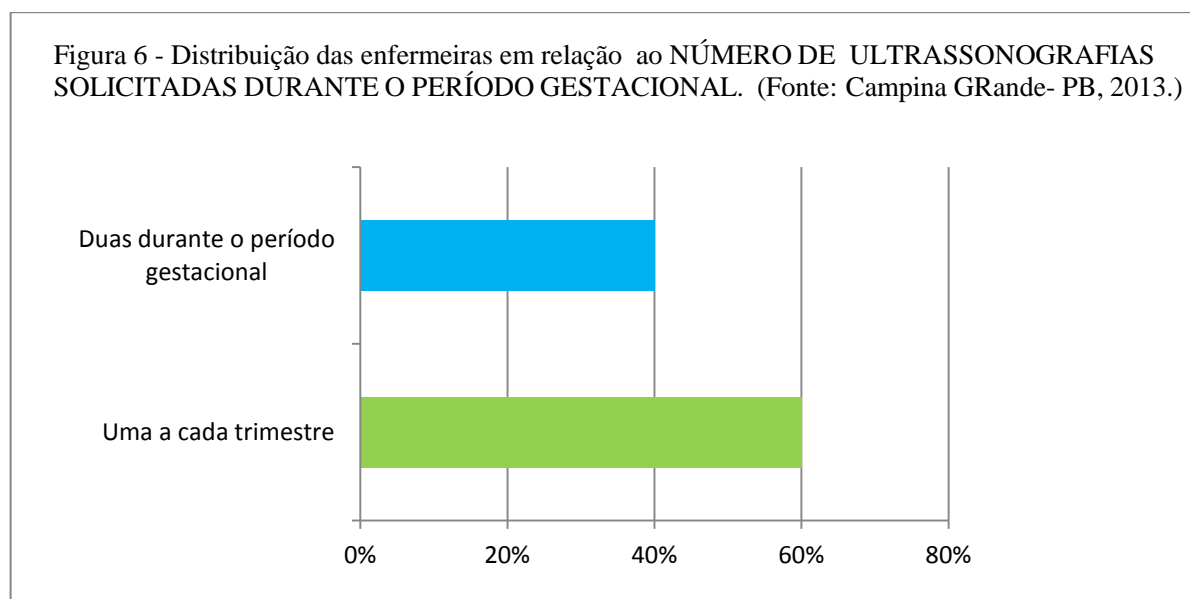
Tabela 2 – Exames Clínicos realizados pelas enfermeiras durante a consulta pré-natal.

| Exames clínicos realizados durante a consulta pré-natal | Nº | % |
|---|----|------|
| Altura materna | 15 | 100 |
| Ausculata dos BCF | 15 | 100 |
| Avaliação do estado nutricional | 15 | 100 |
| Exame das mamas | 15 | 100 |
| Medição da altura Uterina | 15 | 100 |
| Peso | 15 | 100 |
| Pressão arterial | 15 | 100 |
| Exame céfalo-caudal | 12 | 79,9 |

(Fonte: Campina Grande- PB, 2013.)

4.7 REALIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

Observa-se segundo a figura 6 que 60% das enfermeiras relatam solicitar uma ultrassonografia a cada trimestre, enquanto que 40% solicitam duas.



4.8 ORIENTAÇÕES TRANSMITIDAS ÀS GESTANTES DURANTE A CONSULTA PRÉ-NATAL

Em relação às orientações transmitidas pelas enfermeiras durante a consulta pré-natal percebe-se com relação à tabela 3 que 100% das enfermeiras referiam-se a aleitamento materno, vacinas da mãe, alimentação da gestante, modificações corporais e emocionais e sinais e sintomas do parto, 93,2% cuidados com o recém-nascido, teste anti-HIV, atividade sexual, uso de tabaco e álcool e uso de medicamentos, tipos de parto e risco e doenças sexualmente transmissíveis, 79,9% diabetes gestacional e importância do exercício físico, 73,2% vacinas do recém-nascido, participação do pai durante a gestação e importância do sono, 66,6% planejamento familiar, 46,6% complicações gestacionais devido ao esforço no trabalho, 40% métodos contraceptivos. (Tabela 3).

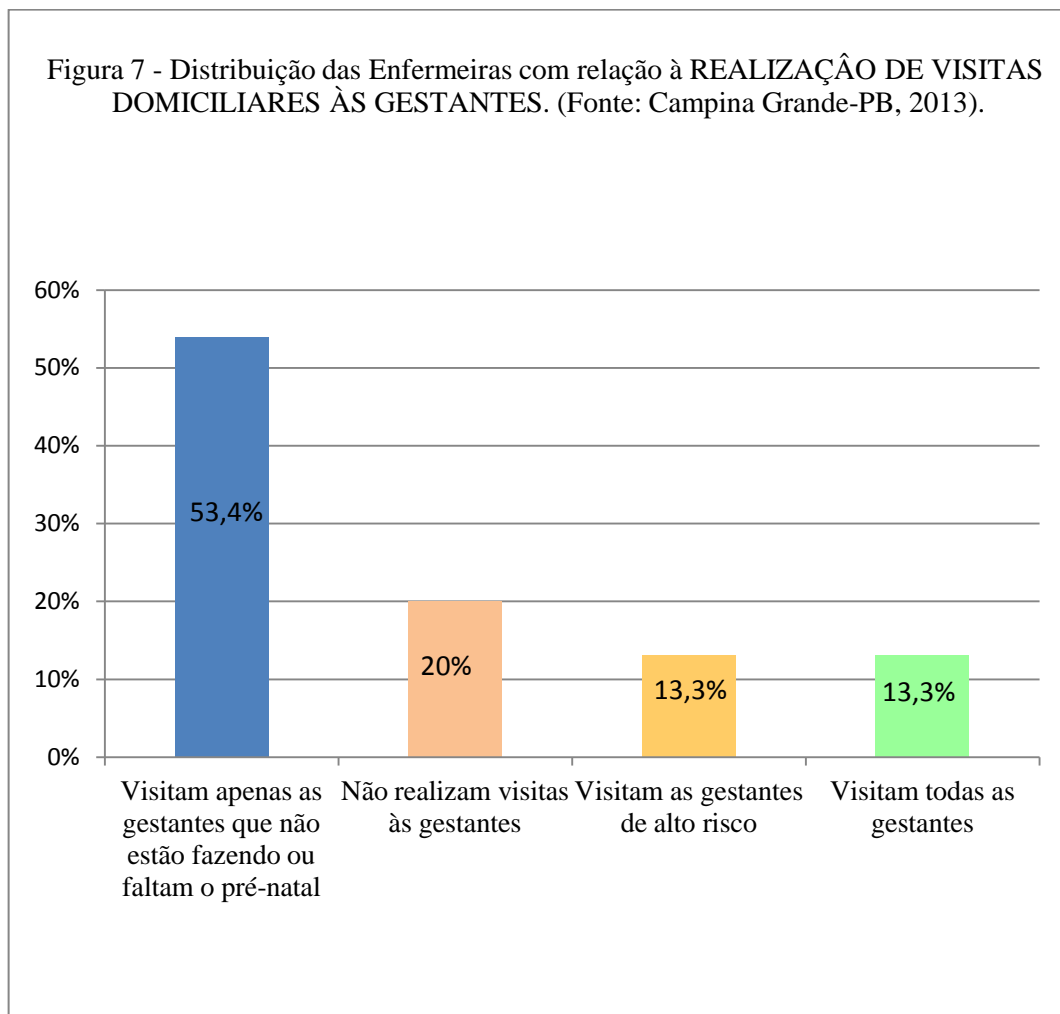
Tabela 3 – Orientações transmitidas pelas enfermeiras durante a consulta pré-natal.

| Orientações transmitidas pelas enfermeiras durante a consulta pré-natal | Nº | % |
|---|----|------|
| Aleitamento materno | 15 | 100 |
| Alimentação da gestante | 15 | 100 |
| Modificações corporais e emocionais | 15 | 100 |
| Sinais e sintomas do parto | 15 | 100 |
| Vacinas da mãe | 15 | 100 |
| Atividade sexual | 14 | 93,2 |
| Cuidados com o recém-nascido | 14 | 93,2 |
| Doenças sexualmente transmissíveis | 14 | 93,2 |
| Teste anti-HIV | 14 | 93,2 |
| Tipos de parto e risco | 14 | 93,2 |
| Uso de medicamentos | 14 | 93,2 |
| Uso de tabaco e álcool | 14 | 93,2 |
| Diabetes gestacional | 12 | 79,9 |
| Importância do exercício físico | 12 | 79,9 |
| Importância do sono | 11 | 73,2 |
| Participação do pai durante a gestação | 11 | 73,2 |
| Vacinas do recém-nascido | 11 | 73,2 |
| Planejamento familiar | 10 | 66,6 |
| Complicações gestacionais devido ao esforço no trabalho | 07 | 46,6 |
| Métodos contraceptivos | 06 | 40 |

(Fonte: Campina Grande- PB, 2013.)

4.9 REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES ÀS GESTANTES

Observa-se em relação à figura 7 que no que concerne à realização de visitas domiciliares às gestantes 53,4% visitam apenas as gestantes que não estão fazendo ou faltam o pré-natal, 20% não realizam visitas, 13,3% visitam as de alto risco e 13,3% visitam todas as gestantes.



5 DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa quinze profissionais, todas do sexo feminino. A idade variou entre 30 a 48 anos, com idade média de 39,3 anos. Nesse estudo não foi estabelecida uma relação entre idade do profissional e a atuação deste na consulta pré-natal.

No que se refere a pós-graduação 02 das entrevistadas possuem mestrado em saúde pública, 15 possuem algum tipo de especialização, dentre as quais há maior prevalência em saúde da família com 09. Percebe-se ainda que 08 das enfermeiras possuem duas ou mais especializações e que 02 possuem duas ou mais especializações e um mestrado.

O aprimoramento e a educação permanente são elementos essenciais para a capacitação, que refletem positivamente na atuação profissional. Diante disso, um fator de relevância, que foi abordado, relaciona-se as pós-graduações visto que todas as enfermeiras que participaram do estudo apresentavam alguma especialização, o que pode significar que as mesmas estão buscando cada dia mais conhecimento, como forma de prestar uma melhor assistência a sua clientela. Desse modo, segundo a literatura, profissionais com especialização em obstetrícia têm alguma vantagem sobre os outros profissionais para o adequado manejo na assistência à gestante (CUNHA, 2008).

Com relação ao número de atendimento às gestantes realizados mensalmente, observa-se que grande parte das entrevistadas alegam realizar de 10 a 20 atendimentos e que apenas uma pequena parcela de 30 a 40. Portanto percebe-se segundo relatos dos profissionais, que na prática a quantidade de gestantes é fator contribuinte para dispensação de tempo adequado na consulta e posterior otimização do serviço. Entretanto o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006) não faz relação entre a demanda de atendimento mensal e a qualidade da assistência pré-natal.

Em relação ao número necessário de consultas pré-natais a ser realizadas durante a gestação, quase que a totalidade das entrevistadas relata que considera necessária a realização de mais de seis consultas e parcela minoritária refere considerar que seis consultas são necessárias para obtenção de um bom desempenho materno-fetal durante a gestação.

Segundo o Manual técnico do Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006), o número de consultas desejáveis para um bom acompanhamento a gestante durante o pré-natal, deverá ser de no mínimo seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último trimestre. Entretanto as enfermeiras da ESF do Distrito Sanitário I da cidade de Campina Grande ressaltaram esforçar-se para atingir este parâmetro, fazendo o possível para que a gestante comparecesse a todas as consultas pré-natais para um bom acompanhamento da evolução da gestação, contudo a maioria das enfermeiras avalia que seis consultas não são suficientes para obter mais qualidade e desenvolver todas as ações preconizadas pelo referido programa.

Pesquisa realizada em 75 países da América Latina, Ásia e África, demonstrou não haver diferenças significativas em relação ao resultado gestacional entre mulheres com uma

média de cinco consultas de pré-natal quando comparadas àquelas com média de oito consultas (ANVERSA, 2012).

Com relação à época indicada para o início do pré-natal, todas as entrevistadas consideram o 1º trimestre como indicado, por relatar que é nesse período que ocorre a formação do bebê, sendo portanto ideal para avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas no intuito de evitar e controlar riscos para que a gestação se desenvolva dentro da normalidade.

No que concerne à época indicada para o início do pré-natal, outro estudo semelhante sobre o pré-natal na Estratégia de Saúde da Família realizado na Paraíba, em 2004, observou-se que apenas 79% das enfermeiras declaravam o primeiro trimestre como época indicada para o início do pré-natal (BENIGNA et al., 2004).

De acordo com o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006), o calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal, ter início o mais precocemente possível (primeiro trimestre) e ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

No que tange à solicitação de exames pelo enfermeiro durante a primeira consulta do pré-natal, observa-se como rotina que 100% solicitam grupo sanguíneo, sorologia para sífilis, rubéola, fator Rh, urina tipo I, hepatite, hemograma, glicemia de jejum e teste anti-HIV, e que apenas 40% refere a colpocitologia oncótica, 33,3% parasitológico de fezes e 26,6% bacteroscopia vaginal.

A Justificativa dada pela maioria das enfermeiras pelo baixo número de solicitações dos exames de colpocitologia oncótica, bacteroscopia vaginal e papanicolau foi a demora na coleta do material para análise por parte da secretária de saúde o que em grande parte inviabiliza a análise laboratorial, bem como o atraso na entrega dos resultados, que em alguns casos só ocorre após o término da gestação. Já com relação ao baixo índice de solicitação do parasitológico de fezes e por alegarem que só solicitam quando nos exames laboratoriais a hemoglobina encontra-se menor que 11g/dl e mesmo após a suplementação de ferro elementar permanece inalterada ou decaí, sendo essa situação esporadicamente encontrada.

No que concerne à solicitação do parasitológico de fezes outro estudo realizado no Acre, em 2009, pela avaliação do desempenho das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na atenção pré-natal, observou-se que em todas as consultas pré-natais era solicitado tal exame (CUNHA et al., 2009).

Conforme o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006), na primeira consulta pré-natal deve-se solicitar: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, exame sumário de urina tipo I, sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”; sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação, onde houver disponibilidade para realização; sorologia para toxoplasmose, onde houver disponibilidade, podendo ainda ser acrescidos outros exames a essa rotina mínima: parasitológico de fezes, colpocitologia oncótica pelo fato de muitas mulheres frequentarem os serviços de saúde apenas para o pré-natal, desse modo, é indispensável que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes, bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade, sorologia para rubéola: quando houver sintomas sugestivos, urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática e ultrassonografia obstétrica (onde houver disponibilidade).

Fazendo referência aos exames clínicos realizados durante a consulta pré-natal, observa-se que 100% das enfermeiras informam realizar a aferição do peso, da pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíofetais, altura materna, medição da altura uterina, exame das mamas, bem como avaliação do estado nutricional. Em contra partida 79,9% alegam realizar o exame céfalo-caudal. Outro estudo realizado em Campina Grande (Paraíba), com enfermeiros que trabalham em PSF e atuam no pré-natal, verificou-se que apenas 4,1% dos enfermeiros referiram realizar tal avaliação (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS 2004 apud CUNHA et al., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), avaliar o peso com relação à altura e nutrição materna e sua relação com o crescimento fetal é um procedimento recomendado para a assistência pré-natal, visto ser de grande relevância, pois permite a identificação das gestantes com déficit nutricional ou com sobrepeso. O aumento insuficiente de peso materno está associado ao crescimento intrauterino retardado, à hiperêmese gravídica, às infecções, parasitoses, anemias e a outras doenças debilitantes, enquanto o aumento excessivo de peso predispõe à macrosomia fetal, ao polidrâmnio, ao edema e à gravidez múltipla.

A aferição da pressão arterial materna deverá ser realizada em todas as consultas no intuito de detectar precocemente estados hipertensivos. A ausculta dos Batimentos fetais deve ser realizada com sonar, após 12 semanas, e com estetoscópio de Pinard, após 20 semanas visando constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos

mesmos. Já a medida da Altura uterina deve ser realizada com o intuito de identificar o crescimento fetal e diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional. O exame das mamas deve ser realizado visando à identificação de alterações, bem como durante deve-se realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se a gestante for adolescente. O mesmo manual não faz menção à realização do exame céfalo-caudal.

A incorporação da pesagem e da aferição da pressão arterial na rotina do pré-natal observada é corroborada pelo estudo de Costa et al., 2009, em que 100% das gestantes relataram que peso e pressão arterial foram avaliados em todas as consultas de pré-natal.

Em relação à realização da ultrassonografia obstétrica durante o período gestacional, observa-se que 60% das enfermeiras relatam solicitarem uma a cada trimestre, enquanto que 40% solicitam duas, tendo em vista a dificuldade enfrentada em sua obtenção, pois existe demora na marcação e realização desse exame.

Segundo Brasil (2006), a ultrassonografia pode ser acrescida a rotina mínima de exames quando houver disponibilidade, na impossibilidade de determinação da idade gestacional clinicamente, deve ser solicitada o mais precocemente, no primeiro trimestre, como exame complementar para avaliação do diabetes gestacional e entre 16 e 20 semanas (ultrassonografia morfológica) para rastrear malformações fetais. Não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos. A não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal. Por outro lado, justifica-se a realização deste exame no primeiro trimestre gestacional (11^a-14^a semanas), para determinar a medida da translucência nucal, a fim de rastrear anomalias cromossômicas, dentre elas a síndrome de Down, além de confirmar a presença de batimentos cardíacos fetais para estabelecer a vitalidade embrionária (BRASIL, 2006).

Constatou-se que, em relação às orientações transmitidas às gestantes durante a consulta pré-natal, 100% das enfermeiras referiam-se a aleitamento materno, vacinas da mãe, alimentação da gestante, modificações corporais, emocionais, sinais e sintomas do parto, 93,2% cuidados com o recém-nascido, teste anti-HIV, atividade sexual, uso de tabaco, álcool e uso de medicamentos, em contra partida apenas 40% referem orientações sobre os métodos contraceptivos.

De acordo com Brasil (2009), devem-se realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, visto que evita mortes infantis, diarreia, infecção respiratória, diminui o risco de alergias, colesterol alto, diabetes e hipertensão, bem como reduz a chance de obesidade.

Quanto ao baixo índice de orientação relacionada à utilização de métodos contraceptivos, as entrevistadas alegam que só realizam na consulta puerperal, por achar desnecessárias essas orientações no pré-natal visto que as gestantes só irão utilizar algum método contraceptivo após o período puerperal.

Outro estudo realizado em Minas Gerais, mostra que apenas 32,5% das gestantes receberam orientações sobre métodos contraceptivos no pré-natal (PEREIRA; SILVA; MIRANZI, 2010).

Em estudo realizado em Pelotas (RS), o autor identificou que mulheres que não fizeram nenhuma consulta no pré-natal tiveram um risco quase três vezes maior de não usar métodos anticoncepcionais no pós-parto (NEUTZLING 2004, apud PEREIRA; SILVA; MIRANZI, 2010).

No que diz respeito à realização de visitas domiciliares às gestantes 53,4% visitam apenas as gestantes que não estão fazendo ou faltam o pré-natal, 20% não realizam visitas, 13,3% visitam as de auto risco e 13,3% visitam todas as gestantes. As informações prestadas pelas enfermeiras foram satisfatórias, uma vez que grande parte realiza visitas as gestantes que não estão fazendo ou faltam o pré-natal, bem como apesar do baixo índice, observa-se ainda realização de visitas a todas as gestantes e as gestantes de alto risco.

Conforme Brasil (2006), as consultas pré-natais poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. As visitas domiciliares deverão reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estarem voltadas à gestante, deverão ter caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante, ou para outro membro da família, deve ser observado e discutido com a equipe na unidade de saúde. O acompanhamento domiciliar da gestante deve ter como objetivos: Captar gestantes não inscritas no pré-natal; reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco; acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário; completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar; bem como reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

6 CONCLUSÃO

Os serviços de Saúde, em especial a ESF, constituem-se como porta de entrada para a realização do pré-natal, sendo na maioria das vezes, o enfermeiro o primeiro profissional que estabelece esse contato. Por assumir essa posição, o enfermeiro deve estar preparado não apenas para implementar os cuidados e tratamentos clínicos, mas também para prestar, inicialmente, toda a orientação psicológica e social que a gestante necessite.

A atuação do enfermeiro tem essencial importância para a consolidação da assistência pré-natal; no entanto, fazem-se necessários investimentos na qualificação profissional para o atendimento à gestante durante o ciclo gravídico e puerperal, demanda esta que poderá ser sanada a partir da formação de especialistas em enfermagem obstétrica.

Os resultados deste estudo revelam que as competências essenciais esperadas na assistência pré-natal, preconizadas pelo Manual de Normas Técnicas para Assistência Pré-Natal do MS, foram desenvolvidas, entretanto algumas foram realizadas em menor frequência, ou seja, não foram realizadas por todas as enfermeiras entrevistadas.

A análise das ações essenciais desenvolvidas na assistência pré-natal no Distrito Sanitário estudado aponta que pode-se considerar satisfatória a assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros, uma vez que além dos procedimentos e exames de rotina, observou-se que os mesmos realizam também os procedimentos e exames considerados como complementares, de acordo com as normas do MS para a assistência pré-natal. No entanto, faz-se necessário o fornecimento de um maior número de orientação no que tange ao uso de métodos contraceptivos após o período gestacional.

Revela-se ainda a necessidade da realização de estudos sobre avaliação de qualidade e impacto do atendimento pré-natal realizado por enfermeiros na redução de morbimortalidade materna e neonatal no município, abordagem esta que seria de grande relevância para a consolidação de uma prática bem-sucedida em Campina Grande.

ABSTRACT

The prenatal care quality favors the reduction of mortality rates of women due to pregnancy. This study aimed to investigate the profile, knowledge and practice of nurses working prenatal low risk. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional, conducted in the Basic Family Health in Campina Grande - Paraíba, Brazil. Included fifteen BHUF district health I

Campina Grande, totaling 15 nurses who responded to a questionnaire. Data collection took place between March and June 2013. Data analysis was performed manually, in summary map, according to the study population were subsequently analyzed using descriptive statistics and organized in graphs and tables of absolute and relative frequency. It is concluded that the analysis of the essential actions developed in prenatal care in the city studied indicates that it can be considered satisfactory prenatal care performed by nurses, as well as procedures and routine tests, it was observed that these also perform procedures and tests considered as complementary, according to the Ministry of Health, however, it is necessary to supply a larger number of guidance regarding the use of contraceptives after pregnancy. Revealed the need for studies on evaluation of quality and impact of prenatal care performed by nurses in reducing maternal and neonatal mortality in the municipality, this approach would be of great importance for the consolidation of a successful practice in Campina Grande.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. *Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n.1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000100013&lang=pt>. Acesso em: jul. 2013.

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, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, Jan/jun. 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2011000600003&script=sciarttext>>. Acesso em: 13 jan. 2013.

ANDREUCCI, C. B. et al. *Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência a gestante*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 5, out., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000500006&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2013.

ANVERSA, E. T. R. et al. *Qualidade no Processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia de Saúde da Família em município no Sul do Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000400018&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2013.

ARAÚJO, S. M. A. et al. *A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem*. Revista Eletrônica de Ciências, (sine loco), V. 3, n. 2, jul/ dez. 2010. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/124/147>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14724: *informação e documentação: trabalhos acadêmicos e elaboração*. Rio de Janeiro, 2011.

BENIGNA, M. J. C. et al. *Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra os enfermeiros*. Revista Cogitare enfermagem, Curitiba, v. 9, n. 2, dez. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

BRASIL. Decreto 94.406, de 25 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun., 1986. p. 9273. Col. 3.

_____. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico*. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Mortalidade Materna no Brasil*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=bole%20tim-1/201mortalidadematerna-no-%20%20brasil>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar*. Cadernos de Atenção Básica. Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2009. 112p.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. *Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna*. Rev. Bras. Ginecol. e Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jan. 2013.

COSTA, G. D. et al., *Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, set./out., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007>. Acesso em: 26 jul. 2013.

CUNHA, M. A. et al. *Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan/ mar., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000100020&lang=pt&tlng>. Acesso em: 25 mar. 2013.

CUNHA, M. A. *Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco- AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo gravídico-puerperal*. 2008. 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. O. M. *Assistência pré-natal no Programa de Saúde da Família*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan/abr. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452006000100016&lng=p&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 14 fev. 2013.

NARCHI, N. Z. *Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo-Brasil*. Rev. esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000200004&lang=pt&tlng>. Acesso em: 14 jan. 2013.

PEIXOTO, C. R. et al. *O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da assistência obstétrica*. Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, pp. 286-291, Abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2013.

PEREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R.; MIRANZI, M. A. S. *Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério*. Ciênc. Cuid. Saúde, Minas Gerais, vol. 9, n. 2, abr.-jun., 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=647349&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

RIOS, C. T.; VIEIRA, N. F. C. *Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde*. Rev. Ciência e Saúde Col., Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, pp. 477-486. Mar. /Abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2013.

RODRIGUES, E. M. R.; NASCIMENTO, R. C.; ARAÚJO, A. *Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família*. Rev. esc. Enfer. USP, São Paulo, v. 45, n. 5, oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000500002&lang=pt&tlng>. Acesso em: 07 jan. 2013

SANTANA, M. S. O. *Análise do acolhimento com as gestantes na atenção pré-natal em Crato- Ceará*. 2011. 73f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza 2011.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. *As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem*. Rev. Bras. Enfer., v.62, n. 3, Brasília, mai./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300009&tlng>. Acesso em: 08 jan. 2013.

SILVA, J. M. et al. *Consulta de enfermagem pré-natal e educação em saúde: prática do enfermeiro no programa Saúde da Família*. Rev. Nursing, São Paulo, v. 12, n. 144, p. 170-174, abril, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-552261>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

SIQUEIRA, D. D. *Assistência pré-natal em Sobral-Ceará: processo, resultado e impacto em 2005-09*. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/danielle_davila.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

VETTORE, M; LAMARCA, G. *Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna?* [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/?p=10326&preview=true>>. Acesso em: 15 jan. 2013.