**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

SEBASTIÃO JUNIOR HENRIQUE DUARTE

**Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de
enfermagem no município de Cuiabá-MT**

**Ribeirão Preto
2010**

SEBASTIÃO JUNIOR HENRIQUE DUARTE

Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Villela Mamede

**Ribeirão Preto
2010**

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Duarte, Sebastião Junior Henrique

**Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT. Ribeirão Preto, 2010.
118 f.; 30cm.**

**Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
– Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Área de concentração:
Enfermagem.**

Orientadora: Mamede, Marli Villela.

**1. Equipe de Enfermagem 2. Cuidado pré-natal 3. Saúde da Mulher 4. Competência
profissional 5. Instituições de Saúde**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sebastião Junior Henrique Duarte

Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/ 2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marli Villela Mamede

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

Profa. Dra.

Instituição:

Assinatura: _____

Profa. Dra.

Instituição:

Assinatura: _____

Profa. Dra.

Instituição:

Assinatura: _____

Profa. Dra.

Instituição:

Assinatura: _____

À espiritualidade pela minha existência.

*Aos meus familiares para que sirva de motivação
na busca do caminho de cada um.*

*A todas as pessoas que direta
ou indiretamente contribuíram
para a realização desta etapa em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À querida Professora Dra. Marlí Villela Mamede, minha orientadora. Pessoa iluminada, responsável, exemplo a ser seguido. Muito obrigado pela amizade, paciência, estímulo e dedicação.

Aos Docentes das disciplinas da pós-graduação que oportunizaram meu crescimento intelectual.

Às Professoras Juliana Stefanello e Maria José Clapís, que contribuíram na etapa da qualificação.

Aos amigos que constituí através da pós-graduação, Cristiane Romano, Keila Deon, Richardson Miranda e Tiago Martins pelos momentos de alegria e reflexão, que não termina aqui. E um muito obrigado especial ao querido amigo Ramon Moraes Penha que me fez acreditar que seria possível investir nessa caminhada e à Profa^a Majoreth Díoz e Wilza Rocha pelas contribuições.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a todos os funcionários, especialmente os da TERP e os da casa de hóspedes, pela acolhida.

À equipe de enfermagem dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Família do município de Cuiabá, por terem aceitado participar deste estudo. Muito obrigado.

Às gestantes, por terem, gentilmente consentido a observação dos atendimentos pré-natal.

Aos membros da banca examinadora, por terem aceitado participar da avaliação deste estudo.

RESUMO

DUARTE, S.J.H. *Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT*. 2010. 118 f. tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010.

Estudos apontam que a presença de profissionais qualificados para o atendimento à mulher e família no ciclo gravídico puerperal é um indicador de qualidade da assistência e de redução da morbimortalidade materna e neonatal. O estudo teve por objetivo geral analisar a assistência pré-natal realizada pelos profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde do município de Cuiabá-MT. Como objetivos específicos: a) Identificar os profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao pré-natal; b) Descrever o perfil dos profissionais de enfermagem que participam na atenção ao pré-natal; e c) Analisar as competências essenciais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na atenção pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família e nos Centros de Saúde do município de Cuiabá-MT. Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, a população foi composta por todos profissionais da enfermagem (108 de nível médio e 74 enfermeiros) que atuavam na atenção ao pré-natal da rede básica de saúde (Centros de Saúde e Estratégia Saúde da Família) de Cuiabá-MT. A entrevista e a observação sistemática, não participante foram os métodos de coleta de dados subsidiados por instrumento adaptado ao de Cunha (2008), cujo conteúdo está fundamentado em documentos oficiais: Manual do Ministério da Saúde de Assistência Pré-natal (2006), Competências Essenciais para o exercício básico da Obstetrícia da Confederação Internacional de Parteiras (2002); Organização Pan Americana de Saúde: Perfil dos Serviços de Obstetrícia/Partería nas Américas (2004). A estatística descritiva foi usada para organização e análise dos resultados. Encontrou-se que o atendimento da pré-consulta é feito pelos profissionais de enfermagem de nível médio e as consultas de pré-natal ficam sob a responsabilidade dos enfermeiros. O perfil dos profissionais revela que é predominantemente do sexo feminino, média de 36,5 anos para as Enfermeiras e 43,3 anos para o nível médio, casados e com filhos, formados há mais de 10 anos, com exceção das Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Não há enfermeiras com especialização em obstetrícia. A maioria dos profissionais referiu ter adquirido experiência em pré-natal no próprio trabalho e falta participação em cursos de atualização na área. Verificou-se que muitas das competências essenciais para o atendimento pré-natal não foram realizadas para todas as gestantes. Entre as ações mais frequentes estão a verificação da pressão arterial (100%) e do peso (100%), a anamnese (100%), o exame dos membros inferiores (45,9%), a ausculta dos batimentos cardíofetal (45,9%) e a medida da altura uterina (48,6%). Entre os menos frequentes estão: a ausculta cardiopulmonar (9,4%), a verificação da frequência cardíaca (8,1%), a inspeção da pele e mucosas (28,3%), a palpação do pescoço e axilas (14,8%), o exame das mamas (39,1%) e a prescrição de medicamentos (22,9%). Conclusão: existe uma importante participação dos profissionais de enfermagem na atenção pré-natal, os enfermeiros, especialmente da ESF, realizam a consulta pré-natal e os profissionais de nível médio atuam na pré consulta. Contudo a ausência de protocolo assistencial e o baixo investimento institucional na qualificação desses profissionais são fatores que compromete a qualidade da atenção.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Cuidado Pré-natal; Saúde da Mulher; Competência Profissional; Instituições de Saúde.

ABSTRACT

DUARTE, S.J.H. *Study of basic skills in antenatal care: actions of the nursing staff in the city of Cuiabá-MT*. 2010. 118 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2010.

Studies indicate that the presence of qualified professionals to meet his wife and family in the puerperal period is an indicator of quality of care and reducing maternal and neonatal morbidity. The study aimed at analyzing the prenatal care performed by nurses from the municipal health of the city of Cuiabá-MT. Specific objectives: a) identify nurses who work in the prenatal care, b) describe the profile of nursing professionals involved in the prenatal care, and c) to examine the core competencies developed by professionals in the antenatal care provided in the Family Health and Health Centers in the city of Cuiabá-MT. This descriptive quantitative approach, the population consisted of all nursing professionals (108 mid-level and 74 nurses) who worked in the prenatal care of basic health services (Health Centers and the Family Health Strategy) from Cuiabá. The interview and systematic observation, not participating were the methods of data collection subsidized by instrument adapted from Cunha (2008), whose content is based on official documents: Manual of the Ministry of Health for Pre Natal (2006), Essential Skills for the basic exercise of Obstetrics of the International Confederation of Midwives (2002), Pan American Health Organization: Profile Services Obstetrics / Midwifery in the Americas (2004). Descriptive statistics were used to organize and analyze the results. It was found that the attendance of the pre consultation is done by professionals, nursing assistants and prenatal care are under the responsibility of nurses. The profile of professionals reveals that is predominantly female, average 36.5 years for nurses and 43.3 years for the average, married with children, formed more than 10 years, with the exception of the Nurses Health Strategy Family. There are no nurses specializing in obstetrics. Most professionals reported having had experience in prenatal in their work and lack of participation in upgrading courses in the area. It was found that many of the skills essential for prenatal care were not performed for all pregnant women. Among the actions are more frequent checking of blood pressure (100%) and weight (100%), history taking (100%), examination of the lower limbs (45.9%), the auscultation of fetal cardíofetal (45, 9%) and measurement of uterine height (48.6%). Among the less frequent are: the auscultation (9.4%), checking the heart rate (8.1%), inspection of the skin and mucous membranes (28.3%), palpation of the neck and armpits (14, 8%), examination of the breasts (39.1%) and prescription medicines (22.9%). Conclusion: There is one important role of nurses in prenatal care, the nurses, especially the ESF, perform prenatal care and the mid-level professionals working in pre-consultation. However the absence of clinical protocol and low institutional investment in the qualification of these professionals are factors that compromise The quality of care.

Keywords: Nursing Team, Prenatal Care, Women's Health; Professional Competence; Health Facilities

RESUMEN

DUARTE, S.J.H. *Estudio de las competencias básicas en la atención prenatal: las acciones del personal de enfermería en la ciudad de Cuiabá-MT*. 2010. 118 f. (Tesis de Doctorado en Enfermería) – Universidad de São Paulo - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010.

Los estudios indican que la presencia de profesionales calificados para atender a la mujer y su familia en el puerperio es un indicador de calidad en la atención y en la reducción de la morbilidad materna y neonatal. El estudio tuvo como objetivo analizar la atención prenatal realizada por enfermeras de la salud municipal de la ciudad de Cuiabá-MT. Objetivos específicos: a) identificar los profesionales de enfermería que trabajan en la atención prenatal, b) describir el perfil de los profesionales de enfermería involucrados en el cuidado prenatal, y c) examinar las competencias básicas desarrolladas por los profesionales de que actúan en la Estrategia Salud de la Familia y en los Centros de Salud en la ciudad de Cuiabá-MT. Este enfoque cuantitativo descriptivo, la población ascendía a todos los profesionales de enfermería (108 de nivel medio y 74 enfermeras) que trabajan en el cuidado prenatal de los servicios básicos de salud (Centros de Salud y la Estrategia de Salud de la Familia) de Cuiabá. La entrevista y la observación sistemática, fueron los métodos de recopilación de datos subvencionados por instrumento adaptado de Cunha (2008), cuyo contenido se basa en documentos oficiales: Manual del Ministerio de Salud para el Pre Natal (2006), las aptitudes esenciales para la el ejercicio básico de Obstetricia de la Confederación Internacional de Matronas (2002), Organización Panamericana de la Salud: Perfil de Servicio de Ginecología / Obstetricia en las Américas (2004). Las estadísticas descriptivas fueron utilizadas para organizar y analizar los resultados. Se encontró que la asistencia de la consulta previa se realiza por profesionales, asistentes de enfermería y de atención prenatal están bajo la responsabilidad de las enfermeras. El perfil de los profesionales de la muestra es predominantemente femenina, promedio 36,5 años para las enfermeras y 43,3 años para los profesionales de nivel medio de enfermería, casado y con hijos, más de 10 años de estudios, excepto los enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia. No hay personal de enfermería especializado en obstetricia. La mayoría de los profesionales reportaron haber tenido experiencia en la atención prenatal en su trabajo y la falta de participación en los cursos de actualización en el área. Se encontró que muchas de las habilidades esenciales para el cuidado prenatal no se han realizado. Entre las acciones más frecuentes que se realizan están: control de la presión arterial (100%) y peso (100%), anamnesis (100%), el examen de las extremidades inferiores (45,9%), la auscultación cardíofetal. (45, 9%) y la medición de la altura uterina (48,6%). Entre las menos frecuentes están: la auscultación cardiopulmonar de las embarazadas (9,4%), el control de la frecuencia cardíaca (8,1%), la inspección de la piel y las membranas mucosas (28,3%), la palpación del cuello y las axilas (14, 8%), el examen de las mamas (39,1%) y la prescripción de medicamentos (22,9%). Conclusión: Existe un importante papel de los enfermeros en la atención prenatal, en especial de los que actúan en la Estrategia Salud de la Familia que realizan la atención prenatal y la profesionales de nivel medio que trabajan en la pre-consulta. Sin embargo, la ausencia de protocolo clínico y el bajo investimento institucional en la calificación de estos profesionales, son factores que comprometen la calidad de la atención.

Palabras claves: Grupo de Enfermería; Atención Prenatal; Salud de la Mujer; Competencia Profesional; Instituciones de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais que atuam nos Centros de Saúde (CS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Cuiabá-MT, segundo categoria profissional. Cuiabá, 2009.	44
Tabela 2	Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo sexo, idade, estado conjugal e número de filhos. Cuiabá, 2009.	46
Tabela 3	Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo renda familiar. Cuiabá, 2009.	47
Tabela 4	Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo remuneração na instituição pesquisada. Cuiabá, 2009.	47
Tabela 5	Distribuição do pessoal de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo tempo em anos de formação profissional. Cuiabá, 2009.	48
Tabela 6	Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo tempo de trabalho com gestantes e local onde adquiriu experiência na assistência pré-natal. Cuiabá, 2009.	49
Tabela 7	Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo cursos de atualização realizados após a formação profissional. Cuiabá, 2009.	50
Tabela 8	Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo participação em eventos na área da saúde da mulher, realizados após a formação profissional. Cuiabá, 2009.	51
Tabela 9	Frequência dos procedimentos realizados na pré-consulta de 110 gestantes atendidas por profissionais de enfermagem da rede básica de saúde em Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	52
Tabela 10	Distribuição de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros na rede básica de saúde em Cuiabá-MT, segundo a fase gestacional. Cuiabá, 2009.	53
Tabela 11	Frequência do conteúdo da anamnese de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros na rede básica de saúde em Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	55
Tabela 12	Frequências dos procedimentos realizados no exame físico geral de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	58

Tabela 13	Frequência dos procedimentos realizados no exame físico obstétrico nas consultas de pré-natal de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	59
Tabela 14	Frequência das orientações informadas às 74 gestantes pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	60
Tabela 15	Frequência de exames solicitados para 74 gestantes atendidas pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	61
Tabela 16	Frequência de exames interpretados durante o atendimento de 74 gestantes atendidas pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	62
Tabela 17	Frequências de medicamentos prescritos pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, durante 74 consultas de pré-natal observadas. Cuiabá, 2009.	63
Tabela 18	Frequências de motivos da prescrição de medicamentos pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá (MT), durante 74 consultas de pré-natal observadas. Cuiabá, 2009.	63
Tabela 19	Frequência das atividades de desfecho realizadas ao final de 74 consultas de pré-natal feitas pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Razão de mortalidade materna no município de Cuiabá, MT, entre os anos de 2000 a 2007.....	24
Figura 2	Distribuição de 27 gestantes de primeira consulta atendidas por Enfermeiros da rede básica do município de Cuiabá-MT, segundo trimestre gestacional. Cuiabá, 2009.	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Série histórica da razão de mortalidade materna no município de Cuiabá, entre os anos de 2002 a 2006.....	24
Quadro 2	Série histórica de indicadores de saúde materno e infantil do município de Cuiabá-MT, no ano de 2008.....	31
Quadro 3	Série histórica dos registros no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no município de Cuiabá-MT, entre os anos de 2007 a 2009.	32
Quadro 4	Dados registrados no Sistema de Informação do pré-natal e nascimento, município de Cuiabá-MT, no ano de 2008.	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Delimitação do estudo.....	15
1.2 Referencial teórico.....	22
1.3 Pressupostos e questões de pesquisa.....	27
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos.....	29
3. METODOLOGIA.....	30
3.1 Tipo do estudo.....	30
3.2 Local do estudo.....	30
3.2.1 Dados do município de Cuiabá-MT.....	30
3.2.2 O pré-natal no município de Cuiabá-MT.....	30
3.3 População.....	34
3.4 Procedimento para a coleta dos dados.....	35
3.4.1 Estratégias para a coleta dos dados.....	37
3.5 Procedimentos para organização e descrição dos dados.....	37
3.5.1 Variáveis do estudo.....	37
3.6 Princípios éticos.....	38
4. RESULTADOS.....	39
4.1 Caracterização dos serviços.....	39
4.1.1 Centros de Saúde.....	39
4.1.2 Unidades de Saúde da Família.....	41
4.2 Caracterização dos sujeitos.....	43
4.3 Caracterização da população estudada.....	44
4.4 Assistência pré-natal: descrição do observado.....	51
4. 4.1 Pré-consulta da gestante.....	52
4. 4.2 Atenção pré-natal: consulta de enfermagem.....	53
5. DISCUSSÃO.....	66
5.1 Os modelos de assistência: Centros de Saúde e a Estratégia Saúde da Família.....	66
5.2 A equipe de enfermagem.....	67
5.3 A assistência pré-natal pelos profissionais de enfermagem.....	71

6. LIMITAÇÕES	87
7. CONCLUSÃO.....	88
8. IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA, O ENSINO E A PESQUISA.....	90
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais.....	99
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido para gestantes.....	100
Apêndice C – Termo de compromisso utilização de informações de banco de dados.....	101
Apêndice D – Roteiro de entrevista para os profissionais.....	102
Apêndice E – Roteiro de entrevista responsável técnico pelo pré-natal em Cuiabá-MT..	104
Apêndice F – Roteiro de observação para Enfermeiros.....	106
Apêndice G – Roteiro de observação para nível médio de enfermagem.....	115
ANEXOS	
Anexo A – Termo de aprovação ética do projeto de pesquisa.....	117

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do estudo

Este estudo assenta-se no cuidado pré-natal desenvolvido pelos profissionais da Enfermagem, no âmbito da Atenção Básica à Saúde do município de Cuiabá-MT, especialmente nas competências requeridas para o desenvolvimento desse cuidado.

Durante oito anos de experiência desse autor atuando como Enfermeiro assistencial inserido em equipe do antigo Programa Saúde da Família, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família, pode-se vivenciar que a assistência pré-natal por Enfermeiros ocorre distintamente, inclusive em um mesmo município. Uma das problemáticas reside no fato de que a assistência de enfermagem no pré-natal carece de um direcionamento que conduza as ações dos Enfermeiros, e nem todos os serviços dispõem de protocolos que orientem tal assistência.

Em 2007, ao desenvolver a dissertação de mestrado intitulada “Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal” percebeu-se que deixávamos várias lacunas na assistência pré-natal, principalmente quando o conhecimento científico se sobrepunha ao senso comum e, com isso, muitas mulheres grávidas não aderiam ao pré-natal (DUARTE, 2007).

Após a realização deste estudo qualitativo, que tomou as gestantes como sujeitos, surgiu a inquietação quanto ao estudo das competências desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem que prestam a assistência pré-natal, no sentido de inicialmente estabelecer um diagnóstico de como se dá essa assistência para, então, propor medidas que fortaleçam a assistência de enfermagem ao pré-natal no município de Cuiabá-MT servindo, ainda, de referência para o restante do país, respeitando-se a diferença de cada localidade.

A escolha em realizar este estudo no município de Cuiabá-MT é devido à conveniência para o autor, que integra o corpo docente da Universidade Federal de Mato Grosso desde Agosto de 2008, em que as atividades acadêmicas são desenvolvidas nas equipes da Estratégia Saúde da Família acompanhando discentes do oitavo semestre.

Acredita-se que a assistência qualificada ao pré-natal contribua com a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil, pois apesar dos indicadores apontarem um declínio na mortalidade desses dois grupos, ainda assim, muitas mortes podem ser evitáveis por meio da atenção de qualidade no ciclo gravídico puerperal. A motivação pelo estudo

reside, especialmente, em acreditar que a assistência qualificada no pré-natal será capaz de oferecer subsídios para redução da morte materna.

Morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (1996) como sendo o óbito de uma mulher grávida em qualquer fase da gestação até 42 dias após o parto, independente da duração e da localização da gravidez. Em relação às principais causas da morte, destacam-se as classificadas em obstétricas diretas, que são aquelas relacionadas especificamente com a gravidez, com predomínio das doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas. Ambas podem ser diagnosticadas e tratadas na assistência pré-natal.

A atenção qualificada ao pré-natal refere-se ao processo pelo qual uma mulher grávida e o recém-nascido recebem atendimento adequado durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto, o período pós-parto e o neonatal, independente do local de atendimento: quer seja no domicílio, no centro de saúde ou no hospital (MACDONALD; STARRS, 2003).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) aponta que no Brasil vem aumentando o número de consultas pré-natal de mulheres que realizam o parto no SUS, passando de 1,2 consultas em 1995 para 5,45 consultas em 2005. No entanto, mesmo com a expansão dos serviços de saúde que oferecem o pré-natal, questiona-se a qualidade dessa assistência, pois, por exemplo, há a alta incidência de Sífilis congênita, e a hipertensão arterial ainda se constitui numa das principais causas de morte materna.

Os diagnósticos da Sífilis e da hipertensão arterial, assim como o tratamento dessas patologias, são de baixo custo e apresentam pouca ou nenhuma dificuldade operacional.

Dos casos notificados de Sífilis congênita no ano de 2004, 78,8% das mães tinham realizado pré-natal e, destas, 57,7% obtiveram o diagnóstico de Sífilis ainda na gravidez, e apenas 14,1% dos parceiros foram tratados. Quanto à condução no diagnóstico e tratamento da pré-eclampsia e da eclampsia, medidas como a aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal e o estabelecimento de conduta terapêutica correta permitem evitar muitas mortes maternas (BRASIL, 2006a).

Destaca-se que o (a) enfermeiro (a) é habilitado a realizar o pré-natal de baixo risco, e entre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros estão a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos constantes nos Programas do Ministério da Saúde, sendo assim, este profissional pode contribuir significativamente com a assistência prestada às mulheres grávidas (SANTOS, 2000; COFEN, 2007).

Embora a gestação não seja doença, é necessário manter a vigilância quanto às prováveis causas de morbidade, como as doenças sexualmente transmissíveis (FONSECA et.

al., 2008), o déficit nutricional (PADILHA et. al., 2009), entre outras que podem ser detectadas no atendimento pré-natal realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros.

Frente ao déficit da qualidade do pré-natal no Brasil, uma das estratégias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) foi a implementação do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), que estabeleceu os critérios para que o pré-natal seja considerado como adequado, orientando as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais que realizam pré-natal, em que o enfermeiro está incluído.

Contudo, estudos evidenciam que a qualidade do pré-natal no Brasil é inadequada do ponto de vista assistencial, tomando por referência as ações do PHPN, ao apontarem a baixa frequência da realização de procedimentos essenciais – como a medida da pressão arterial, peso, altura uterina e batimentos cardíofetais em todas as consultas (CARVALHO; ARAÚJO, 2007) –, nem todas as gestantes realizaram os exames básicos (TREVISAN et al., 2002; NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007). Há deficiência na lida com problemas ginecológicos e no oferecimento de ações educativas (RASIA; ALBERNAZ, 2008), requerendo medidas que possam melhorar esses indicadores.

Essas informações constituem-se em um desafio para a melhoria da qualidade do pré-natal pelos profissionais que assistem as gestantes, sendo o (a) enfermeiro (a) integrante dessa equipe.

Quanto à qualidade da assistência pré-natal por enfermeiros em Rio Branco-Acre, CUNHA et. al. (2009) verificaram que as enfermeiras desenvolvem, em alguma medida, as competências requeridas no atendimento qualificado às gestantes, evidenciando que a enfermagem tem dado contribuições para a melhoria do pré-natal.

Diante de tais assertivas é oportuno referir que, do ponto de vista da organização dos serviços oferecidos às mulheres grávidas, o atendimento ao pré-natal por pessoal qualificado melhora a qualidade dessa assistência e contribui com a redução da mortalidade materna e infantil.

Nesse sentido, é desejável que o atendimento ao pré-natal seja oferecido por pessoal qualificado – especificamente, a enfermagem qualificada.

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) é uma federação de associações de parteiras, representa as parteiras profissionais (médicos, obstetizes, enfermeiras) de mais de 75 países e trabalha intimamente com a Organização das Nações Unidas (ONU) e com a Organização Mundial da Saúde (OMS) no suporte ao alcance da Maternidade Segura para todas as mulheres, apoiando as estratégias de Atenção Primária à Saúde das famílias no mundo e na definição e preparação de parteiras para melhorar a atenção às mulheres em todo

o mundo. Neste sentido, tem como missão a difusão mundial dos objetivos e aspirações das parteiras profissionais na obtenção de melhores resultados tanto para as mulheres em seus anos de maternidade/procriação, como para os bebês e suas famílias. De acordo com a sua missão, desde 1995, a ICM tomou a iniciativa de constituir as competências essenciais que devem possuir os profissionais em obstetrícia (médicos, enfermeiros e obstetrizes) para zelar pelo exercício idôneo da profissão, conforme recomendação e solicitação da ONU/OMS/FIGO.

Para o estabelecimento das competências essenciais em obstetrícia, a ICM, por meio da técnica Delphi, a partir de 1995, realizou uma série de revisões buscando consensos internacionais sobre os domínios e competências esperados para que o profissional possa oferecer uma atenção de qualidade à mulher no ciclo gravídico puerperal e seu neonato. Em 2002, o documento apresentado com as 214 competências e os seis domínios testados e aprovados por 1.271 parteiras assistenciais – representantes de 17 associações membros do ICM –, por 333 estudantes de obstetrícia de 22 países e por 25 líderes de 20 países, foi adotado como documento oficial da ICM/OMS/FIGO (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

Para a definição e a elaboração do conjunto das competências essenciais em obstetrícia, a ICM (2002) se fundamenta no Modelo de Cuidado das Parteiras, o qual está baseado na premissa de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida. O Modelo de Cuidado em Obstetrícia inclui: monitorar o bem-estar físico, psicológico, espiritual e social da mulher/família ao longo do ciclo reprodutivo; proporcionar à mulher educação individualizada, orientação e cuidado pré-natal; dar assistência contínua durante o trabalho de parto, nascimento e pós-parto imediato; oferecer assistência contínua durante todo o período pós-natal, manter um mínimo de intervenções tecnológicas; além de identificar e encaminhar as mulheres que requerem atenção em obstetrícia ou outra especialidade. Este modelo de cuidado é centrado na mulher e é a ela que deve prestar contas. Adota, ainda, como processo de tomada de decisão na atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal e ao neonato, os seguintes passos:

- PASSO 1: Coletar informação da mulher, do registro (prontuário) da mulher e da criança e de exames laboratoriais de um modo sistemático, para obter uma avaliação completa.
- PASSO 2: Identificar problemas atuais ou potenciais, baseando-se na interpretação correta das informações obtidas no Passo 1, para efetuar o diagnóstico da situação .

- PASSO 3: Desenvolver um plano de cuidado compreensivo com a mulher e sua família, fundamentado nas necessidades da mulher e da criança, de acordo com os dados coletados.
- PASSO 4: Realizar o plano de cuidado e atualizá-lo continuamente, dentro de uma estrutura de tempo apropriado.
- PASSO 5: Avaliar a efetividade do cuidado prestado à mulher e à sua família, considerando outras alternativas em situações de insucesso, retornando ao passo 1 para coletar mais dados e/ou desenvolver um novo plano.

O documento, em cada um dos seis enunciados do conjunto das competências essenciais, apresenta os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que o profissional necessita dominar para o desempenho daquela competência. Os enunciados de cada competência são os que se seguem:

Competência 1: as parteiras têm conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente pertinente, apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias no período reprodutivo.

Competência 2: as parteiras fornecem educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, proporcionam serviços para toda a comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.

Competência 3: as parteiras proporcionam cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, incluindo a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de complicações.

Competência 4: as parteiras proporcionam, durante o parto, cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem partos higiênicos e seguros e manejam situações de emergência para aperfeiçoar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Competência 5: as parteiras oferecem à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.

Competência 6: as parteiras proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável – do nascimento até dois meses de idade. (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002). (www.internationalmidwives.org).

No Brasil, a Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstétricas – ABENFO, em 2007, adotou, oficialmente, as Competências Essenciais para o Exercício da Obstetrícia da Confederação Internacional das Parteiras ICM/OMS/FIGO de 2002 como

padrão de qualidade para a definição das competências da enfermeira obstetra, neonatal e obstetriz. Para tanto, a ABENFO submeteu o documento à apreciação das suas Seccionais sobre a pertinência e respaldo legal de cada uma das competências na realidade brasileira. Este documento, considerado mundialmente como o Padrão para o Alcance da Excelência na Atenção Materna e Neonatal, descreve o modelo de cuidado oferecido pela enfermeira obstetra, enfermeira neonatal e obstetriz, bem como os conhecimentos, habilidades e atitudes imprescindíveis que o profissional necessita ter para o desempenho de uma prática profissional competente (MAMEDE et al, 2008).

De acordo com a proposta da ICM/OMS/FIGO para o desenvolvimento das competências essenciais na atenção pré-natal, objeto de estudo desta pesquisa, é requerido do profissional:

- a) conhecimento da anatomia e fisiologia do corpo humano;
- b) conhecimento do ciclo menstrual, do processo de concepção e dos sinais e sintomas de gravidez;
- c) conhecimento dos métodos para diagnóstico da gravidez saudável, de gravidez múltipla e de uma gravidez ectópica;
- d) ser capaz de calcular a idade gestacional a partir da história menstrual e/ou pelos padrões de crescimento uterino;
- e) avaliar constantemente o histórico de saúde referido;
- f) estabelecimento dos retornos para as consultas pré-natais, de acordo com a necessidade da gestante;
- g) ter conhecimento dos parâmetros normais para os resultados de exames laboratoriais, definidos localmente, por exemplo: níveis de ferro, glicose, proteínas, bactérias e outros, e explicá-los para a gestante;
- h) capacidade de avaliar a progressão normal de uma gravidez, avaliando as mudanças corporais, desconfortos comuns e padrões antropométricos esperados;
- i) identificação das condições emocionais da gestante e sua família a respeito da gravidez;
- j) conhecimento do uso de plantas ou outras preparações não farmacológicas, utilizadas pela gestante para alívio do desconforto;
- k) avaliação do bem-estar fetal durante a gravidez, baseado nos batimentos cardíacos e no desenvolvimento fetal;
- l) avaliação das condições nutricionais da gestante com relação ao crescimento fetal;

m) oferecimento de educação em saúde, relatando as alterações do corpo durante a gravidez, os desconfortos esperados, higiene, sexualidade, nutrição, direitos trabalhistas, etc.;

n) orientação para a família a respeito do trabalho de parto e do parto;

o) orientação para toda a família quanto aos cuidados do recém-nascido no domicílio;

p) orientação a respeito do aleitamento materno;

q) orientação quanto a técnicas de relaxamento para o alívio da dor e dos desconfortos;

r) orientação dos efeitos das medicações prescritas, assim como o efeito na gravidez e no feto;

s) orientação a respeito dos efeitos sobre a gestante e o feto referente ao uso do tabaco, álcool e outras drogas ilícitas;

t) identificação de sinais e sintomas de doenças que ofereçam risco de morte para a gestante e que requeiram encaminhamento, por exemplo, pré eclâmpsia, síndromes hemorrágicas, parto prematuro, anemia severa, asma, infecção pelo HIV, diabetes, problemas cardíacos, gravidez prolongada, etc.

u) fazer intervenções em situações de risco: baixa ou inadequada nutrição materna, crescimento fetal insuficiente, hipertensão, diabetes, proteinúria, edema, cefaléia, alterações visuais, epigastralgia, sangramento vaginal, ruptura prematura das membranas, óbito fetal, entre outras;

v) ter habilidade para aconselhar as mulheres sobre os hábitos de saúde, por exemplo, nutrição, exercícios físicos, segurança, deixar de fumar, etc.;

A ICM (2002) definiu amplamente as competências que possibilitam a atenção qualificada do pré-natal tanto para as mulheres gestantes ou puérperas quanto para os recém nascidos. Essas competências, consideradas essenciais, devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que se responsabilizam pelo atendimento à gestante.

Backes et. al. (2007) definem competência como sendo a capacidade de lidar com eficácia em diferentes tipos de situação, levando-se em conta os conhecimentos necessários para atuação eficiente, porém, sem restringir-se a eles. As autoras destacam, ainda, que a qualificação profissional é um processo contínuo, e recomendam a complementação das competências adquiridas ao longo da graduação, por meio de especializações.

Para Ruthes e Cunha (2008), competência é desenvolvida mediante o emprego de conhecimentos, habilidades e atitudes no cumprimento de alguma tarefa, no entanto, mesmo que a pessoa detenha as qualificações necessárias para o trabalho, não há garantias do resultado esperado.

Segundo Moura e Silva (2005), para se ter pessoas capacitadas é necessário o investimento na educação dos profissionais, além de serem propiciados os meios que assegurem a completa realização do trabalho.

De acordo com Kak et. al. (2001), entender as causas do desempenho fraco dos profissionais da saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento é crucial para a alta qualidade na saúde. O baixo desempenho é causado pela baixa competência, e quando se aumenta a competência, melhora-se, também, o desempenho.

O desempenho de competências pode ser considerado, também, como modelo de avaliação em educação na formação profissional, conforme referem Shimizu, Lima e Santana (2007) em pesquisa realizada com profissionais de nível médio e superior da área da enfermagem. Os resultados mostraram que instituir a educação permanente no cotidiano do trabalho melhora significativamente as competências obtidas. A este respeito, Martins et al., (2006) esclarecem que para o exercício da obstetrícia exige-se um perfil profissional capaz de acompanhar o desenvolvimento das inovações da área que melhorem as competências profissionais.

Estudo realizado na Escócia por Fleming et. al. (2001) a respeito das competências das obstetrizes, durante e após a graduação, revelou que as habilidades em obstetrícia são aperfeiçoadas com o evoluir da prática, no decorrer do tempo.

No Brasil, a atenção qualificada ao pré-natal é normatizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), cuja publicação “pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada” prevê um conjunto de ações que levam à assistência de qualidade e humanizada.

1.2 Referencial teórico

As mulheres constituem a maioria da população brasileira (50,77%) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Buscam os serviços de saúde não somente para seu próprio atendimento, mas também, para outras pessoas da família como filhos, marido, família e amigos. São, além de tudo, cuidadoras não só das crianças ou outros membros da família, como das pessoas do meio onde vivem (BRASIL, 2007a).

A situação da saúde feminina no período gravídico puerperal é uma preocupação ao longo de várias décadas e tem mobilizado tanto a sociedade civil organizada, quanto o sistema governamental, na perspectiva de reduzir a mortalidade materna, que ainda se constitui em um desafio para o setor saúde e para a sociedade (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que, no ano de 1990, morreram cerca de 585.000 mulheres em todo o mundo, vítimas de complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2007b).

A avaliação e mensuração do nível de saúde das mulheres, para Maletta (1992), podem ser realizadas por meio de alguns indicadores, entre eles, o de mortalidade. A mortalidade materna constitui-se num importante indicador da qualidade de vida e da realidade social de um país, bem como da determinação política de ações de saúde coletivas e socializadas (TANAKA, 1995).

Destaca-se que no Canadá e nos Estados Unidos os óbitos maternos ficam abaixo de 9 para 100.000 nascidos vivos, em contraposição os países em desenvolvimento, como a Bolívia, o Peru e o Haiti, em que a razão de morte materna ultrapassa 200 óbitos. Ao considerar toda a América Latina, encontra-se a referência do registro de mais de 28.000 óbitos em mulheres em decorrência de complicações que ocorreram na gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2007b).

A OMS (2004) estima que a cada ano ocorram 120 milhões de mulheres grávidas em todo o mundo, dessas mais de 500 mil morrem devido a complicações relacionadas com a gravidez, parto e puerpério. Das que sobrevivem mais de 50 milhões de mulheres são acometidas por doenças ou sequelas ligadas à gravidez.

Tanaka (2001) chama a atenção para o fato de que, enquanto nos países desenvolvidos a morte materna é uma das últimas causas de morte, no Brasil está entre as dez primeiras.

Conforme a Rede Interagencial de Informações à Saúde (Brasil, 2009), no Brasil, em 2005, a razão de mortalidade materna foi de 74,68 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Dados do Ministério da Saúde (2007c) apontam que, em 2003, o Brasil obteve a razão de mortalidade materna de 72,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, o que corresponde para esse mesmo ano o total de 1.572 óbitos maternos. Ressalta-se que a estatística de mortalidade materna é muito desigual ao considerar a distribuição de tal ocorrência nas cinco regiões brasileiras, sendo que há maior registro de mortes maternas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste em comparação com a região Sudeste. Tais dados reafirmam que a mortalidade materna em nosso país é um indicador de desigualdade social, que reflete o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada região, representando um problema de saúde pública, e suas causas merecem ser investigadas e mensuradas, dada a magnitude do problema (BRASIL, 2005a).

Se todas as mulheres tivessem condições de vida e atenção à saúde garantidas de modo mais equânime, com acesso aos serviços de saúde, grande parte dessas mortes teria sido evitada (BRASIL, 2005a).

Na capital do Estado de Mato Grosso, local onde esta pesquisa está sendo realizada, a razão ou taxa da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, apresentou os seguintes registros:

Quadro 1 - Série histórica da razão de mortalidade materna no município de Cuiabá, entre os anos de 2002 a 2006.

Ano	Total
2002	78.23
2003	89.27
2004	97.79
2005	52.14
2006	63.22

Fonte: DATASUS, Indicadores de Saúde, Razão de Mortalidade Materna. BRASIL, 2005. acessado em 29/07/09

Os dados apresentados no Quadro 1 e Figura 1 revelam que, mesmo com todo recurso e infraestrutura disponível, a cidade de Cuiabá- MT apresenta cifras preocupantes em relação à mortalidade materna e o problema é apontado como sendo em todo o Estado de Mato Grosso. Esses registros estão muito distantes do desejado pela Organização Mundial da Saúde que estima o total de 10 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos (MOURA; HOLANDA-JUNIOR; RODRIGUES, 2003), o que justifica o desenvolvimento de investigações que possam contribuir na redução da mortalidade materna e neonatal naquela localidade.

Fonte: Governo do Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Indicadores de mortalidade, acessado em 29/07/2009

Figura 1 – Razão de mortalidade materna no município de Cuiabá, MT, entre os anos de 2000 a 2007.

A mortalidade materna é um problema de saúde pública que deve ser enfrentado pelo setor saúde, principalmente nos locais onde a assistência à saúde tenha maior precariedade (LAURENTI, JORGE e GOTLIEB, 2004; LAURENTI, 1998).

Na tentativa de reduzir a mortalidade materna e perinatal, o governo brasileiro incorpora, a partir de 1996, às políticas de atenção materna e infantil, o projeto Maternidade Segura – em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBASGO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Brasil, 2003a). A principal meta do referido programa é a melhoria da assistência ao parto e nascimento.

Esta proposta encontra-se alicerçada na iniciativa do Grupo Inter-agências (IAG), formado pela OMS para estudos e propostas de redução da morte materna e perinatal a nível mundial. A Iniciativa por uma Maternidade Sem Risco (IMSR), lançada em 1987 pela OMS, como resultado dos estudos feitos pela IAG, propõe uma série de estratégias e passos bem definidos para aumentar a consciência mundial sobre o problema e conseguir gravidez e parto mais seguros para a mulher e recém-nascidos (MACDONALD; STARRS, 2003).

Essas preocupações fundamentam-se no conhecimento sobre a magnitude do problema da morte materna em vários países, como no Brasil, e na convicção de que tal problema é reflexo da qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, pois a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes (TANAKA, 2001).

Em 1997, o IAG convocou uma conferência internacional com o objetivo de examinar as lições aprendidas durante o primeiro decênio da Iniciativa, identificar estratégias mais eficazes e mobilizar ações em nível nacional para implementar essas estratégias. Surgiu desta conferência um claro consenso sobre o valor da atenção qualificada durante o parto, como uma intervenção fundamental para tornar as gravidezes e partos mais seguros (MACDONALD; STARRS, 2003).

A atenção qualificada é universalmente reconhecida como um componente imprescindível na luta para eliminar as mortes maternas evitáveis, em particular, nos países em desenvolvimento.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde, as Nações Unidas, a Confederação Internacional de Parteiras (ICM) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estabeleceram um consenso sobre a necessidade de uma clara definição sobre indicadores que nortegassem o perfil esperado de um profissional com habilidades essenciais

para oferecer a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal (MAcDONALD; STARRS, 2003).

Os países que têm dado prioridade à ampliação da atenção qualificada, durante o ciclo gravídico puerperal, têm alcançado uma redução substantiva na mortalidade materna. Há evidência histórica e epidemiológica de que a atenção qualificada durante o parto e pós-parto tem um efeito significativo na redução das mortes maternas. (MAcDONALD; STARRS, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Um dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal associa-se com a realização e qualidade do pré-natal (SERRYA; LAGO; CECATTI, 2004).

O programa de atenção pré-natal no Brasil, conforme documento oficial do Ministério da Saúde, apresenta como objetivo central reduzir a morbidade e mortalidade, tanto materna quanto infantil, caracterizando-se pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas e, por meio do contato frequente e planejado da gestante com os serviços de saúde, no rastreamento de gestantes de alto risco e intervenção precoce nos problemas que afetam a gravidez (CARVALHO; NOVAES, 2004).

De acordo com a FEBASGO (2007) um dos objetivos da assistência pré-natal é a garantia do nascimento de um bebê saudável, sem prejuízo para a saúde da mãe. Para tanto, são necessárias a identificação e a prevenção das alterações maternas e/ou fetais que comprometam a gravidez, assim como a instrução da gestante quanto à gravidez e o oferecimento de suporte emocional para a gestante e sua família (GAGNON e DANDALL, 2007; MENDONZA-SASSI et al., 2007).

No pré-natal devem ser realizados procedimentos que, na maioria das vezes, são de baixa tecnologia, e levam à identificação das complicações, principalmente as evitáveis (BRASIL, 2003b).

Estudo que analisou a atenção pré-natal em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (Duarte, 2007), identificou alguns fatores envolvidos na má qualidade da assistência pré-natal daquela localidade, entre eles, destacam-se aqueles de ordem gerencial (filas para agendamentos das consultas, cotas para realização dos exames), os de ordem pessoal das gestantes (evasão, baixa adesão ao pré-natal) e os de ordem técnica (falha no acolhimento, despreparo de alguns profissionais em lidar com situações adversas). Neste sentido, os resultados daquele estudo apontam para a necessidade de acertos básicos para o oferecimento de uma atenção qualificada naquele município, especialmente a assistência de enfermagem ao pré-natal.

Uma das ações políticas do Ministério da Saúde para melhorar os indicadores de saúde no Brasil foi a criação da Estratégia Saúde da Família, que tem possibilitado a ampliação da cobertura da atenção pré-natal no país, contando com a participação ativa da enfermagem nesta tarefa (BRASIL, 2002b; BICCA; TAVARES, 2005; CESAR et al., 2008; SHIMIZU et al., 2009).

Ressalta-se que a Lei 7.498/86 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 1986) assegura ao Enfermeiro (a) a assistência de enfermagem à gestante de baixo risco, parturiente e puérpera; portanto, a atenção ao pré-natal é uma das atribuições da enfermagem, legalmente constituída.

Embora o pré-natal de baixa qualidade contribua com as elevadas taxas de morte materna, estudos apontam que a atenção ao parto e ao puerpério, também requer melhorias na assistência (SILVA, 2009; CUNHA, 2008; DOTTO, 2006; PINTO et al., 2005; HUBNER et al., 2004; CASTRO e CLAPIS, 2005; OMS, 2004; AYABACA et al., 2004; MACDONALD e STARRS, 2003; HOTIMSKY, 2002).

No entanto, no Brasil, observa-se que o aumento do número de consultas não tem garantido uma melhor qualidade na atenção pré-natal e, conseqüentemente, redução da morte materna e neonatal (BRASIL, 2006b).

Tomando a relevância da temática e na perspectiva de contribuir com o estudo da assistência pré-natal pela enfermagem no Brasil, é que se propõe realizar uma investigação que busca identificar, dentre as ações de enfermagem essenciais na atenção pré-natal, quais estão sendo desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem em Cuiabá-MT.

Assim, o propósito do presente estudo é analisar a assistência pré-natal realizada pelos profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde do município de Cuiabá-MT, tomando por referência a análise das competências essenciais para a prática da obstetrícia proposta pela International Confederation of Midwives-ICM e as ações propostas nos documentos oficiais pelo Ministério da Saúde do Brasil.

1.3 Questões de pesquisa

Parte-se da premissa de que a qualidade da assistência de enfermagem ao pré-natal esteja relacionada ao desempenho, pela equipe de enfermagem, das competências essenciais para aquele atendimento – o que contribui significativamente para a redução da mortalidade materna.

Diante de tais convicções, o presente estudo traz como questões norteadoras:

- a) Quem são os profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao pré-natal no município de Cuiabá, MT?
- b) Quais são as ações relacionadas às competências essenciais em obstetrícia que os profissionais de enfermagem estão realizando na atenção pré-natal no município de Cuiabá, MT?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a assistência pré-natal realizada pelos profissionais de enfermagem na rede municipal de saúde do município de Cuiabá, MT.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os profissionais de enfermagem que atuam na atenção ao pré-natal;
- b) Descrever o perfil dos profissionais de enfermagem que participam na atenção ao pré-natal;
- c) Analisar as competências essenciais desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na atenção pré-natal prestada na Estratégia Saúde da Família e nos Centros de Saúde do município de Cuiabá-MT.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Optou-se por realizar um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, considerando ser esse o melhor caminho para responder aos objetivos do estudo.

Estudos descritivos, para Polit, Beck e Hungler (2004), têm o objetivo de observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Os autores ressaltam que a diretriz do estudo descritivo é a intenção de se conhecer uma determinada realidade. Esse tipo de estudo descreve com exatidão os fatos e fenômenos que são dados nesta realidade.

De acordo com Pereira (2005), os estudos epidemiológicos, de natureza descritiva, têm a finalidade de apontar a distribuição de determinado evento ocorrido na população pesquisada, e o tratamento a ser dado é meramente quantitativo.

Para Richardson et al. (2007) os métodos quantitativos e qualitativos diferem não só pela sistemática pertinente a cada um deles, mas, sobretudo, pelo modo de abordagem do problema em estudo. A opção pelo tipo de abordagem deve ocorrer conforme o tipo de estudo que se deseja realizar, sendo que a natureza do problema e o seu nível de aprofundamento é que determinam essa escolha. As abordagens quantitativas têm como objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.

No presente estudo estão descritas as ações desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem que prestam atendimento às mulheres grávidas, tomando por referencial as competências essenciais para o cuidado pré-natal, descritas pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM, 2002).

3.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido nas unidades de saúde da atenção básica do município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso.

3.2.1 Dados do município de Cuiabá, MT.

Cuiabá é a capital do Estado de Mato Grosso, com 290 anos de emancipação política, e está no nível de gestão plena do sistema municipal de Saúde desde 1988.

De acordo com dados do IBGE (2000), a população total do município é de 527 mil habitantes. Quanto à economia, predominam as atividades da agricultura e da pecuária. O PIB *per capita* no ano de 2006 foi de 13.244 reais. O número de nascidos vivos no ano de 2007 foi de 10.082, e a mortalidade geral hospitalar no ano de 2007 foi de 1.966 óbitos, destes, 811 eram mulheres.

O município está dividido geograficamente em quatro regionais, sendo: Sul, Norte, Leste e Oeste.

A rede de saúde municipal conta com 63 equipes da Estratégia Saúde da Família, 22 Centros de Saúde, 08 policlínicas com atendimento 24 horas, 06 policlínicas odontológicas, 01 hospital geral municipal de grande porte e 01 laboratório.

Os hospitais de referência para a realização do parto são: Hospital Universitário Júlio Müller, Hospital Geral Universitário, Hospital Santa Helena, Hospital Bom Jesus e Hospital São Matheus. Sendo o primeiro com atendimento somente público e os demais, conveniados com o SUS.

Segundo informações da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, em Cuiabá registram-se as seguintes ocorrências no ano de 2008:

Quadro 2 - Série histórica de indicadores de saúde materno e infantil do município de Cuiabá-MT, no ano de 2008.

Indicador	Estado de Mato Grosso	Cuiabá
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	62,85%	63,41%
Proporção de partos cesáreos	53,24%	60,29%
Coeficiente de mortalidade infantil	11,82%	14,83%
Razão de mortalidade materna	60,87%	81,08%

Fonte: Governo do Mato Grosso. Indicadores de Saúde, 2008.

Em relação ao Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN), encontram-se os registros:

Quadro 3 – Série histórica dos registros no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no município de Cuiabá-MT, entre os anos de 2007 a 2009.

Ano	Investigação de gestante HIV positivo	Sífilis em gestante	Sífilis congênita
2007	41	23	37
2008	37	26	33
2009	29	12	14
Total	107	61	84

Fonte: Cuiabá. Coordenação municipal de vigilância, 2009.

Não houve registro de Tétano neonatal no período – no ano de 2009 ocorreu um caso suspeito, mas foi descartado.

3.2.2 O pré-natal no município de Cuiabá-MT

O pré-natal no município de Cuiabá está estruturado de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, em que se prevê um conjunto de ações multiprofissionais voltadas às gestantes assistidas pelo serviço público.

As ações do pré-natal de baixo risco são oferecidas pela rede municipal de saúde nos ambulatorios das 63 Unidades de Saúde da Família (sendo 60 na zona urbana e 3 na zona rural) e nos 22 Centros de Saúde, enquanto o pré-natal de alto risco ocorre, predominantemente, nos ambulatorios especializados do Hospital Universitário Júlio Müller e do Hospital Geral Universitário.

Na Estratégia Saúde da Família e nos Centros de Saúde as gestantes com gravidez considerada de alto risco são referenciadas ao serviço especializado e devem ser acompanhadas localmente.

Em Cuiabá-MT, as equipes da ESF são formadas pelos profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, técnicos de laboratório e pessoal administrativo. Enquanto os Centros de Saúde dispõem dos seguintes profissionais: médicos clínicos gerais, pediatras e ginecologistas obstetras, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório e pessoal administrativo. Alguns Centros de Saúde (CS) possuem, ainda, dentistas (02 CS), assistente social (01 CS), nutricionista (01 CS), técnico em higiene dental (01 CS), agentes comunitários de saúde (14 CS).

Compuseram o cenário do estudo 55 Unidades Básicas de Saúde da Família e 22 Centros de Saúde da rede municipal que prestam assistência ao pré-natal de baixo risco, incluindo a gestão central do serviço de atenção pré-natal.

De acordo com entrevista realizada com a responsável técnica pelo pré-natal no município de Cuiabá-MT, que está há 8 meses exercendo essa função, todas as unidades de saúde da atenção básica oferecem o atendimento pré-natal de baixo risco; na ocorrência de pré-natal de alto risco, as gestantes são encaminhadas para os hospitais: Hospital Geral Universitário, Hospital Universitário Júlio Müller e Hospital Santa Helena. Não há protocolo de atendimento pré-natal, cada profissional adota um referencial que vai desde os manuais do Ministério da Saúde às experiências adquiridas na graduação. A última vez em que se realizou algum tipo de treinamento relacionado ao pré-natal foi no ano de 2002. Os exames são coletados na própria unidade de saúde e realizados em dois laboratórios, sendo um deles municipal e outro conveniado. Quanto à compra e manutenção dos equipamentos necessários ao atendimento pré-natal, quando solicitados pelo gerente da unidade de saúde, na Estratégia Saúde da Família, são funções desempenhadas pelos enfermeiros –além da assistência –, e a compra ou manutenção leva de 30 a 60 dias para se efetivar. Não há um fluxo estabelecido para a realização do parto, as gestantes são informadas pelos profissionais a respeito dos hospitais onde o parto poderá ser realizado e fica a critério de cada gestante ir em busca desse atendimento. Não há central de regulação obstétrica. Quanto ao transporte, o município conta com uma ambulância para atender a toda a população, se a gestante estiver em trabalho de parto e procurar uma unidade de saúde, é providenciado essa ambulância, desde que ela não esteja atendendo a outra solicitação; se a gestante em trabalho de parto estiver em casa, ela mesma terá que providenciar o transporte. A respeito das dificuldades observadas pela responsável técnica do pré-natal foi citado que alguns profissionais deixam a desejar na realização do pré-natal de qualidade e há falhas no registro e coleta de informações que alimentam o SISPRENATAL.

Os registros do Sistema de Informação do pré-natal (SISPRENATAL) da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2008, no município de Cuiabá-MT, são apresentados no Quadro 4:

Quadro 4 – Dados registrados no Sistema de Informação do pré-natal e nascimento, município de Cuiabá-MT, no ano de 2008.

Indicador	Percentual
Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta, em relação ao nº de nascidos vivos no período. Nº de nascidos vivos: 8.450 gestantes selecionadas no período: 4.472	52,92%
Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até 120 dias, em relação ao nº de nascidos vivos no período.	36,78%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré natal	10,25%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré natal e a consulta de puerpério	8,07%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré natal e realizaram todos os exames básicos	5,19%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	3,11%
Percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	43,61%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	3,11%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	3,11%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	61,60%
Percentual de gestantes inscritas que realizam os dois exames de VDRL	28,66%
Percentual de gestantes cadastradas no município de Cuiabá-MT nº 31.785	14,07%

Fonte: Cuiabá. Coordenação municipal Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, 2009.

3.3 População

Foram considerados elegíveis para o estudo os profissionais de enfermagem que estivessem atuando na atenção pré-natal há pelo menos um mês no período de coleta de dados, que compreendeu os meses de janeiro a dezembro de 2009. Os Agentes Comunitários de Enfermagem não participaram do estudo, tendo em vista que não há legislação referindo que esses profissionais pertencem à categoria da enfermagem.

No decorrer do estudo piloto e início da coleta de dados, o quantitativo de profissionais de área de enfermagem das 55 Unidades Básicas de Saúde da Família e 22 Centros de Saúde da rede municipal de Cuiabá-MT contava com 306 profissionais, destes, 214 do nível médio (Auxiliares ou Técnicos de enfermagem) e 92 enfermeiros. Entre esses profissionais, 182 prestavam atendimento a gestantes. Portanto, participaram do estudo 182

profissionais de enfermagem, assim representados: 108 do nível médio, onde 60 são da Estratégia Saúde da Família e 48 dos Centros de Saúde, e 74 enfermeiros, sendo 55 da Estratégia Saúde da Família e 19 dos Centros de Saúde. Esses números correspondem ao quantitativo de profissionais que atuava no pré-natal, excluindo as perdas de 5 enfermeiros da ESF e 13 dos Centros de Saúde. De acordo com o dimensionamento dos profissionais de enfermagem de nível médio, foram eleitos apenas os que trabalhavam diretamente com as gestantes na triagem ou sala de vacina; aqueles que atuavam em outros setores, como a sala de curativos e sala de inalação, não foram incluídos, por não exercerem atividades diárias com gestantes.

Atendendo os aspectos éticos para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, foram incluídos apenas os profissionais de enfermagem que expressaram sua concordância em participar do estudo e que permitiram a divulgação e publicação dos resultados, respeitando-se os princípios éticos e legais (BRASIL, 1997).

Os critérios de exclusão foram: não atuar diretamente na assistência pré-natal, recusa expressa em participar do estudo ou a critério do pesquisador depois de, no mínimo, três tentativas sem sucesso para o agendamento da coleta dos dados.

3.4 Procedimentos para a coleta dos dados

Os procedimentos para a coleta dos dados foram de duas formas: observação sistemática e não participante da atenção pré-natal oferecida pelos profissionais de enfermagem e entrevista semi estruturada com os mesmos profissionais que assistiram as gestantes durante as observações.

Foi efetuada uma entrevista semi estruturada com o responsável técnico pelo serviço de pré-natal no município de Cuiabá-MT, com a finalidade de melhor compreender a dinâmica da atenção pré-natal no município, obter o quantitativo das unidades de atendimento pré-natal e dos profissionais de enfermagem – essa entrevista foi gravada e transcrita literalmente (Apêndice E).

As entrevistas semi estruturadas com os profissionais de enfermagem (Apêndice D) não foram gravadas e foram realizadas conforme se é recomendado, ou seja, o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido e as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas (MARCONI; LAKATOS, 2008).

No presente estudo, a entrevista foi destinada à caracterização dos profissionais de enfermagem por meio de informações sobre dados sócio demográficos, formação profissional

e atividades profissionais exercidas por eles. O roteiro da entrevista constou de perguntas fechadas e abertas, e foi conduzido pessoalmente pelo próprio pesquisador.

Para a observação sistemática que também recebe outras designações (estruturada, planejada e controlada), Marconi e Lakatos (2008) recomendam que sejam utilizados instrumentos para a coleta de dados ou fenômenos observados. Nesse tipo de observação, o observador sabe o que procura e o que carece de importância em determinada situação, deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe. Vários instrumentos podem ser utilizados (quadros, anotações, escalas, etc).

Neste tipo de modalidade de coleta de dados, Costa et al. (2000) observam que o pesquisador entra em contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, sem integrar-se a ela, mantém-se neutro, presencia o fato, porém, não participa dele e não se envolve com as situações, permanece no papel de espectador. Contudo, não representa que a observação não seja consciente, dirigida e ordenada para fins determinados.

De acordo com Hager, Gonczi e Athanasou (1994), o processo de obtenção de dados por observação sistemática é uma estratégia fundamental na avaliação de desempenho para tomar decisões sobre o indivíduo que está sob avaliação.

A presente pesquisa não objetivou avaliar especificamente o desempenho do profissional de enfermagem, mas interessou saber se as ações realizadas no atendimento à gestante estão em consonância com os melhores padrões em obstetrícia. Sendo assim, optou-se por realizar a observação direta e não participante do atendimento das gestantes de baixo risco, nos serviços onde ela recebe atendimento da rede municipal de saúde: Unidades Básicas de Saúde da Família e Centros de Saúde.

Portanto, a observação sistemática e não participante foi utilizada com a finalidade de identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o desempenho das atividades relacionadas à atenção pré-natal no serviço de saúde. Para tanto, foi utilizado um instrumento adaptado ao de Cunha (2008), cujo conteúdo está fundamentado nos seguintes documentos oficiais: Manual do Ministério da Saúde de Assistência Pré Natal (2006a); Confederação Internacional de Parteiras: competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia (2002); Organização Panamericana de Saúde: Perfil dos Serviços de Obstetrícia/Parteria nas Américas (2004). O roteiro de observação encontra-se na forma de *check-list* (Apêndice F e G).

3.4.1 Estratégias para a coleta dos dados

As observações foram realizadas em todas as unidades do estudo, em um turno de trabalho, considerando que nesses estabelecimentos de saúde o atendimento pré-natal é previamente agendado em um ou mais dias da semana. Sendo assim, o pesquisador dirigiu-se para a coleta dos dados nos dias agendados para consultas de pré-natal, tomando por orientação o dia e período do cronograma de atendimento de cada enfermeiro participante, pois o atendimento do pessoal de enfermagem de nível médio não é precedido de agendamentos. O período da coleta dos dados foi entre os meses de janeiro a dezembro de 2009, haja vista que vários cronogramas coincidiam o dia da semana e período, e pelas tentativas de proceder à coleta dos dados em pelo menos três visitas à unidade de saúde.

A observação não participante foi procedida da seguinte maneira: solicitação da autorização das gestantes e dos profissionais (enfermeiros e/ou nível médio) para assistir o atendimento pré-natal que foi prestado, na ocasião foram explicados os objetivos do estudo. Sendo assim, acompanhou-se a atenção dada às gestantes desde o momento em que elas chegavam até quando elas deixavam a unidade de saúde. Para isso, foram anotadas as ações prestadas conforme roteiro (apêndices F e G).

3.5 Procedimentos para organização e descrição dos dados

Os dados foram inicialmente dispostos em planilha do aplicativo Excel utilizando-se a técnica da dupla digitação. Após verificação de erros de transcrição, foram exportados para o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, 2002).

Os resultados foram organizados através de estatística descritiva por meio de índices absolutos e percentuais, e apresentados em tabelas e gráficos.

3.5.1 Variáveis do estudo:

- variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado conjugal, número de filhos, renda e instrução;
- situação de trabalho: habilitação profissional (nível médio e superior), número de empregos, horas semanais trabalhadas, experiência em pré-natal e organização do pré-natal na unidade de saúde correspondente;
- modelo de assistência institucional: Centro de Saúde ou Estratégia Saúde da Família

Será adotado o termo Enfermeiro para referir ao grupo de profissionais do nível superior que participaram desse estudo, que foi composto por Enfermeiras e Enfermeiros.

- Ações desenvolvidas no atendimento às gestantes (apêndices F e G).

Os dados foram analisados tomando por referência os documentos que subsidiam a atenção qualificada ao pré-natal, que são: as competências essenciais publicadas pelo ICM/OMS/OPAS e Manual do pré-natal: atenção qualificada do Ministério da Saúde.

3.6 Princípios éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso, obtendo parecer favorável, expresso número 598, em 18 de dezembro de 2008 (Anexo A).

Após a aprovação do projeto, realizou-se o contato com os profissionais que participaram da pesquisa e, iniciada a coleta dos dados; sendo, na ocasião, explicado os objetivos do estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto para os profissionais de enfermagem (Apêndice A) quanto para as gestantes (Apêndice B).

Os participantes foram designados por números visando preservar o anonimato, sigilo e a identificação das pessoas estudadas.

Não se realizou coleta de dados com as gestantes, considerando-se que o estudo ocorreu somente com profissionais da área da Enfermagem, no entanto, foram explicados os objetivos da pesquisa às mulheres grávidas e solicitada a concordância da presença do pesquisador no atendimento prestado.

Os dados coletados foram analisados e transformados em informações para o relatório final da tese de Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Não houve prejuízos materiais, nem riscos, para os sujeitos da pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos serviços

4.1.1 Centros de Saúde

Nos 22 Centros de Saúde (CS) onde foi realizada a pesquisa, até o final de 2009 o quadro de servidores era constituído de: 29 Enfermeiros, sendo que 7 CS contam com 2 desses profissionais, 44 médicos Clínico Geral, 44 médicos Pediatras, 44 médicos Ginecologistas e Obstetras, 2 Nutricionistas (2 CS), 4 Dentistas (1 CS), 2 Assistente Social (2 CS), 92 do nível médio de Enfermagem, 1 Técnico em Higiene Dental (1 CS), 56 Agentes Comunitários de Saúde (14 CS) e 100 profissionais inseridos no setor administrativo e de apoio (secretárias, seguranças, limpeza...).

Quanto à jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem, há aqueles que cumprem 30 horas semanais (6 horas diárias), e outros de 40 horas (8 horas diárias), dependendo da modalidade de contratação, se concursado em legislação anterior ou se temporário.

A estrutura física da maioria dos CS é arquitetada com: sala de recepção, salão de espera com cadeiras, sala da gerência, consultório de enfermagem, consultórios médicos (Clínico Geral, Ginecologista Obstetra e Pediatra), sala de inalação, sala de vacina, sala de curativos, sala para coleta de materiais para exames (laboratório), farmácia, almoxarifado, copa, banheiros masculino e feminino, tanto para os usuários, quanto para os funcionários, sala de reunião e sala para pré-consulta.

Observou-se que os CS que não contam com sala para pré-consulta, a aferição da pressão arterial, do peso e da estatura é feita no próprio salão de espera, cujos procedimentos são realizados em ambiente com ruído excessivo, devido ao barulho de conversas dos usuários, aparelho de televisão ligado (instalado naquele espaço físico).

Nos CS, a maioria das mulheres procura o atendimento por iniciativa própria, pois nem todos CS contam com ACS. A rotina das consultas de pré-natal neste modelo é essencialmente com os médicos, haja vista que nos CS o pré-natal é feito pelos médicos obstetras. Ressalta-se que nem todo CS é provido de consultório de enfermagem, o que dificulta a realização do pré-natal pelos Enfermeiros.

A consulta de enfermagem no pré-natal, quando realizada, ocorre nos consultórios de enfermagem, que são equipados com: uma mesa com duas gavetas, três cadeiras, uma mesa

ginecológica, uma escada de dois degraus, um banco giratório, um foco de luz, um armário para guardar materiais e instrumentos (aparelho de sonar Doppler, estetoscópio, fita métrica, folhetos educativos, fixador citológico, entre outros), cesto de lixo com pedal, um banheiro com pia, vaso sanitário e chuveiro. Todos os consultórios são equipados com ar condicionado.

Nos CS onde não há consultório de enfermagem o atendimento às gestantes feitos pelos Enfermeiros ocorre na sala da pré-consulta (3 CS) ou no consultório médico (4 CS), após o término das consultas médicas. Destaca-se que as salas da pré-consulta não são providas com os materiais necessários para a realização do exame físico geral e obstétrico.

A dinâmica do atendimento pré-natal começa com o agendamento diário das consultas para o médico Ginecologista Obstetra. No primeiro atendimento as gestantes comparecem à recepção e agendam o início do pré-natal, as consultas subsequentes são previamente agendadas sem necessidade de filas. No dia da consulta, as grávidas chegam por volta das 7 horas, quando a consulta está agendada para o período matutino, e às 13 horas no vespertino, e aguardam pela chamada para a pré-consulta, por ordem de chegada. O acesso às consultas de pré-natal nos CS é dado a todas as gestantes que procuram o serviço, visto que não há delimitação geográfica, como ocorre na Estratégia Saúde da Família. Apenas em 2 CS observou-se que há agendamentos da consulta pré-natal para o Enfermeiro, nos demais CS a consulta de enfermagem ocorre quando a mulher grávida necessita de cadastramento.

A consulta de enfermagem no pré-natal nos CS é, basicamente, a primeira consulta na qual são feitos o cartão da gestante, o cadastro no SISPRENATAL e no SISVAN, ou seja, os procedimentos administrativos. O atendimento assistencial por Enfermeiros nos CS é feito de modo não contínuo e este ocorre, principalmente, na ausência do médico e nas situações onde a gestante esteja apresentando alguma intercorrência com necessidade de intervenção imediata. Nesses casos, os Enfermeiros providenciam o encaminhamento para serviços de maior complexidade, como as Policlínicas, maternidades ou hospitais. Embora o município de Cuiabá- MT conte com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a maioria das gestantes é atendida pela ambulância do município, que não dispõe de todos os recursos necessários que garantam a manutenção da vida, como materiais para intubação, medicações de urgência, etc. O SAMU, segundo os entrevistados, mesmo quando acionado, não atende a todas as solicitações.

Dos 22 CS, 14 deles realizam a coleta de materiais (sangue, urina, fezes) para exames, que são realizados no laboratório do município.

Em relação às gestantes faltosas, a busca é feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos CS, quando contam com esses profissionais. Nos locais onde não há ACS é feito

contato por telefone, para aquelas que possuem telefone. O atendimento de gestantes de alto risco é feito nos serviços de referência para pré-natal de alto risco. Para a realização do parto, as gestantes são orientadas, durante o pré-natal, a respeito dos locais onde possam receber atendimento, ficando na responsabilidade da própria gestante a busca por esse serviço – geralmente não há encaminhamento para o parto. De acordo com as informações prestadas durante as entrevistas com os Enfermeiros, as gestantes procuram o hospital para o parto portando apenas o cartão de pré-natal. Quanto à consulta de puerpério, fica a critério de cada puerpera retornar ao CS, sendo que a maioria delas não retorna.

4.1.2 Estratégia Saúde da Família

Na Estratégia Saúde da Família do município de Cuiabá estão inseridos: 63 Enfermeiros, 63 Médicos, 126 do nível médio de enfermagem, 360 ACS, 58 Técnicos de Laboratório e 278 profissionais inseridos no setor administrativo e de apoio (secretárias, seguranças, limpeza...).

As 55 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que compuseram o estudo agregam, em sua maioria, duas equipes em uma única Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). O horário de atendimento é diurno. As equipes da ESF são constituídas pelo elenco mínimo de profissionais, sendo: 1 Médico, 1 Enfermeiro, 2 Técnicos ou Auxiliares de enfermagem, 4 a 12 Agentes Comunitários de Saúde e pessoal de apoio (Técnico de laboratório, recepcionista, digitador, atendente de farmácia, limpeza, vigias).

As UBSF geminadas possuem planta física semelhantes, enquanto as que são apenas uma equipe no mesmo prédio diferem na estrutura física, embora todas elas sejam providas de: sala de recepção, salão de espera com cadeiras, consultório de enfermagem, consultório médico, sala de inalação, sala de vacina, sala de curativos, sala para coleta de materiais para exames (laboratório), farmácia, almoxarifado, copa, banheiros masculino e feminino, tanto para os usuários, quanto para os funcionários e sala de reunião.

Todas UBSF realizam coleta de materiais (sangue, urina, fezes) para realização dos exames que são feitos no laboratório municipal.

Na ESF o pré-natal ocorre em equipe multiprofissional, na maioria das vezes começa com a captação das mulheres grávidas pelos Agentes Comunitários de Saúde que as encaminha para atendimento com o enfermeiro ou médico da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), momento em que a mulher é acolhida e inicia-se o pré-natal. Na ESF o médico é generalista e atende a todo o ciclo de vida, inclusive o pré-natal.

As pré-consultas, que são realizadas pelo pessoal de enfermagem de nível médio, ocorrem no salão de espera ou em outra sala que não esteja sendo utilizada (sala de reunião, sala de inalação ou sala de vacina).

A consulta de enfermagem de pré-natal acontece no consultório de enfermagem, equipado com os mesmos materiais dos consultórios de enfermagem dos CS. Todos os consultórios possuem ar condicionado e todas USF dispõem de consultório de enfermagem.

Segundo os Enfermeiros participantes do estudo, a rotina do atendimento no pré-natal começa com o agendamento diário das consultas de enfermagem. Diante da queixa de amenorréia pela gestante é solicitado o teste de gravidez em consulta que antecede o início do pré-natal. A partir do diagnóstico de gravidez, é iniciado o pré-natal pelos enfermeiros, sendo que na primeira consulta é feito o cartão do pré-natal, cadastro no SISPRENATAL, cadastro no SISVAN, verificação da situação vacinal com encaminhamento da gestante para a sala de vacina quando necessário, realização do exame físico geral e obstétrico (de acordo com a idade gestacional) e solicitação dos exames de rotina: ABO/Rh, Glicose, Hemograma completo, Sorologias (Hepatite B, HIV, Rubéola, Sífilis, Toxoplasmose) e Urina tipo I. Para algumas gestantes é solicitado, ainda: Coombs indireto (mesmo sem avaliação do ABO/Rh), sorologias (Citomegalovírus, Hepatite A, Hepatite C) e Parasitológico de fezes. O exame de Ultrassonografia é requisitado somente pelos médicos, no entanto, a solicitação desse exame é providenciada pelos Enfermeiros, para a maioria das gestantes, ainda na primeira consulta. São oferecidas orientações individuais e esclarecimento de dúvidas. A prescrição de Sulfato Ferroso depende do resultado do exame de Hemograma, porém, o Ácido Fólico é prescrito pelos Enfermeiros de acordo com o Manual do Programa Saúde de Ferro.

Quanto às gestantes faltosas na consulta pré-natal do mês, segundo os entrevistados, uma vez checado a ausência no livro de agendamento, a busca é feita por meio de visita domiciliar, principalmente pelos ACS. O atendimento de gestantes de alto risco é realizado nos serviços de referência para pré-natal classificado como de alto risco e algumas equipes continuam o atendimento em conjunto com o ambulatório especializado.

O encaminhamento para o parto ocorre de forma semelhante às gestantes que fazem pré-natal nos CS, ou seja, a gestante é quem busca o local para o desfecho da gravidez.

As consultas de puerpério são, em sua maioria, no domicílio de cada puérpera.

Na ESF as consultas de enfermagem são programadas em dia da semana e horário reservado para o atendimento: saúde da criança, saúde da mulher (incluindo o pré-natal), doenças crônicas (Diabetes, Hipertensão Arterial), doenças transmissíveis (Hanseníase, Tuberculose), e livre demanda. Além dos encargos assistenciais os Enfermeiros exercem,

ainda, a função de responsáveis administrativo pelas UBSF, ficando sob responsabilidade desses profissionais todo o funcionamento da UBSF.

Ambos os serviços oferecem os procedimentos básicos para acompanhamento do pré-natal, dentre eles, a coleta de materiais (sangue, fezes e urina) para exames, coleta de material para citologia oncológica (Papanicolaou), vacinação, dispensa de medicamentos e atendimento clínico às gestantes. Apenas 8 dos 22 CS não realizam a coleta de materiais para exames – as gestantes que fazem pré-natal nesses CS procuram outra unidade de saúde para agendamento e coleta dos materiais.

Em relação às urgências e emergências obstétricas, nenhum dos dois modelos dispõe de medicações para intercorrências como a eclâmpsia, em que se faz necessária a aplicação do Sulfato de Magnésio ou o Cloridrato de Hidralazina para monitoramento da Hipertensão Arterial, assim como não há oxigênio para aporte, quando necessário, entre outros medicamentos e materiais utilizados nessas situações.

Ressalta-se que durante o período de observação houve ocorrência de Lipotímia em uma das gestantes observadas, com relaxamento vesical, perda momentânea dos sentidos, sudorese intensa e palidez cutânea, a qual foi atendida pela equipe de enfermagem, quando foi realizado apenas o teste de glicemia capilar e aferida a pressão arterial, pois não havia nenhum outro recurso. A gestante foi levada à maternidade, que ficava cerca de 20 minutos da UBSF, em carro de particulares, acompanhada por profissionais da enfermagem. Nesse período, os médicos da ESF estavam em greve, por esse motivo a gestante não recebeu atendimento médico imediato.

4.2 Caracterização dos sujeitos

A população deste estudo foi composta por 182 profissionais de enfermagem que prestam atendimento às gestantes em 19 Centros de Saúde (CS) e 60 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Cuiabá-MT.

De acordo com informação do setor de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT (Cuiabá, 2009), o quadro de profissionais lotados nas unidades da atenção básica é composto de 1.366 profissionais conforme distribuído na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais que atuam nos Centros de Saúde (CS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Cuiabá-MT, segundo categoria profissional. Cuiabá, 2009.

Unidade	Enfermeiro	Nível médio de* Enfermagem	ACS**	Médico	Outros	Total
CS	29	88	80	100	265	418
ESF	63	126	360	63	336	948

* Auxiliar de Enfermagem ou Técnico de Enfermagem

**Agente Comunitário de Saúde

4.3 Caracterização da população estudada

A população deste estudo foi composta por 182 profissionais de enfermagem que prestam atendimento às gestantes em 19 Centros de Saúde (CS) e 60 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Cuiabá-MT.

Entre os profissionais que compuseram o presente estudo, destacam-se, dos Centros de Saúde: 19 Enfermeiros, representando (65,5%) dessa categoria, e 48 (54,5%) nível médio de enfermagem (Técnicos de enfermagem ou Auxiliares de enfermagem); enquanto na Estratégia Saúde da Família participaram: 55 Enfermeiros (91,6%) e 60 (50%) profissionais de nível médio de enfermagem. O estudo não foi realizado nas três equipes da ESF que se localizam na zona rural, por critério do pesquisador.

Ressalta-se que na ESF cada equipe é constituída por 1 Enfermeiro e 2 Técnicos ou Auxiliares de enfermagem. Nos CS essa distribuição se dá conforme a demanda de atendimentos e a complexidade de serviços oferecidos em cada CS. Portanto, o número de profissionais é distribuído de forma heterogênea entre os 22 CS do município de Cuiabá.

Vale destacar que as unidades da atenção básica são localizadas geograficamente em todas as regiões do município, facilitando o deslocamento para a maioria da população cuiabana. As unidades da ESF atendem a população adscrita e os CS atendem todas as pessoas sem limitação de território.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes deste estudo de acordo com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil e número de filhos. Em relação ao sexo dos participantes do presente estudo, há predominância do sexo feminino em todas as categorias e em todas as unidades de saúde, totalizando 168 (92,3 %) dos participantes.

As idades dos enfermeiros, apresentado na Tabela 2, variam entre 19 anos a 65 anos.

A média da idade foi de: 36,5 para os Enfermeiros com desvio padrão de 10,9 e 43,4 para o pessoal de enfermagem de nível médio com desvio padrão de 9,2.

Quanto ao estado conjugal, 37(50%) dos Enfermeiros se identificaram como casados, sendo 6 (16,3%) do CS e 31 (83,7%) da ESF. Da mesma forma, houve um predomínio (56%) de casados entre os profissionais de enfermagem de nível médio, sendo 20 dos CS e 40 da ESF.

O número de filhos variou de nenhum a quatro filhos entre os Enfermeiros, sendo que 33 (44,6%) da categoria referiram não ter nenhum filho (nove do CS e 23 da ESF) e 13 (17,6%) têm três filhos. Entre os profissionais de enfermagem de nível médio, o número de filhos variou de nenhum a seis filhos e a maioria deles 61(57%) referiu ter dois a três filhos. Vale ressaltar que 17(15,8%) referiram não ter filhos.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo sexo, idade, estado conjugal e número de filhos. Cuiabá, 2009.

Variáveis / categorias	CS				ESF			
	Enfermeiro n=19		Nível médio n=48		Enfermeiro n=55		Nível médio n=60	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Sexo								
Feminino	18	94,7	43	89,6	52	94,5	55	91,7
Masculino	1	5,3	5	10,4	3	5,5	5	8,3
Total	19	100	48	100	55	100	60	100
Idade em anos								
20-29	6	31,6	1	2,1	21	38,2	6	10,0
30-39	7	36,8	10	21,0	13	23,6	21	35,0
40-49	3	15,8	21	43,3	14	25,5	20	33,3
50-59	3	15,8	13	27,3	6	10,9	11	18,4
60 ou mais	0	0	3	6,3	1	1,8	2	3,3
Total	19	100	48	100	55	100	60	100
Estado conjugal								
Casada/o	6	31,6	20	41,4	31	56,4	40	66,7
Solteira/o	10	52,6	18	37,8	19	34,5	10	16,7
Divorciada/o	3	15,8	6	12,4	2	3,6	7	11,6
Viúva/o	0	0	4	8,4	3	5,5	3	5
Total	19	100	48	100	55	100	60	100
Número de filhos								
Nenhum	9	47,4	7	14,6	23	41,8	10	16,7
Um	6	31,6	7	14,6	4	7,3	15	25,0
Dois	3	15,7	17	35,4	14	25,5	20	33,3
Três	1	5,3	11	22,9	12	21,8	13	21,6
Quatro	0	0	6	12,5	2	3,6	1	1,7
Seis	0	0	0	0	0	0	1	1,7
Total	19	100	48	100	55	100	60	100

A renda familiar relatada (Tabela 3) revela que a grande maioria, 71(95,9%), dos Enfermeiros apresenta uma renda acima de R\$2.000,00 e que metade, 54 (50,4%), dos profissionais de enfermagem de nível médio convive com uma renda familiar de menos de 4 salários mínimos, considerando que no momento da coleta dos dados o valor do salário mínimo correspondia a R\$ 465,00, equivalente a pouco mais de US\$ 200 (duzentos dólares).

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo renda familiar. Cuiabá, 2009.

Valor da renda familiar em Reais	CS				ESF			
	Enfermeiro		Nível médio		Enfermeiro		Nível médio	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
500,00 a 1.000,00	0	0	8	16,7	0	0	0	0
1.001,00 a 2.000,00	3	15,6	30	62,4	0	0	16	26,7
2.001,00 a 5.000,00	8	42,2	7	14,6	25	45,5	41	68,3
5.001,00 ou mais	8	42,2	3	6,3	30	54,5	3	5
TOTAL	19	100	48	100	55	100	60	100

Quanto aos rendimentos salariais dos profissionais estudados (Tabela 4), verifica-se que 46 (42,9%) dos profissionais de nível médio recebem uma faixa salarial máxima de R\$500,00 a R\$1.000,00 e 18 (24,3%) dos Enfermeiros se enquadram na faixa entre R\$1.001,00 a R\$2.000,00.

Os dados da Tabela 4 revelam, ainda, que os rendimentos salariais dos profissionais de enfermagem, entre os dois modelos assistenciais no município de Cuiabá, mostram-se diferentes, uma vez que a remuneração nos CS é inferior ao da ESF, tanto para Enfermeiros, quanto para o pessoal de nível médio.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo remuneração na instituição pesquisada. Cuiabá, 2009.

Renda na instituição	CS				ESF			
	Enfermeiro		Nível médio		Enfermeiro		Nível médio	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
500,00 a 1.000,00	0	0	46	95,8	0	0	0	0
1.001,00 a 2.000,00	18	94,7	1	2,1	0	0	60	100
2.001,00 a 5.000,00	1	5,3	1	2,1	55	100	0	0
Acima de 5.001,00	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	19	100	48	100	55	100	60	100

A média salarial líquida paga aos profissionais de enfermagem dos CS foi de dois salários mínimos para Enfermeiros, e pouco mais de um salário mínimo para o nível médio, enquanto na ESF a média salarial correspondeu a cerca de cinco salários mínimos e meio para

Enfermeiros, e pouco mais de três salários mínimos para o nível médio.

Entre os Enfermeiros, há aqueles que incorporaram gratificações aos salários, portanto, o valor referido do maior salário foi de mais de dez salários mínimos.

Na Tabela 5 são apresentadas informações a respeito do tempo, em anos, de formação de cada categoria profissional.

Tabela 5 - Distribuição do pessoal de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo tempo em anos de formação profissional. Cuiabá, 2009.

Tempo de formação (anos)	CS				ESF			
	Enfermeiro		Nível médio		Enfermeiro		Nível médio	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Menos de 1 ano	1	5,3	1	2,1	0	0	0	0
1 a 2 anos	5	26,4	9	18,7	21	38,2	4	6,6
3 a 5 anos	2	10,5	12	25,0	10	18,0	15	25,0
6 a 10 anos	3	15,7	10	21,0	9	16,6	28	46,6
Acima de 10 anos	8	42,1	16	33,2	15	27,2	13	21,8
TOTAL	19	100	48	100	55	100	60	100

Em relação ao tempo de formação profissional, os CS concentram aqueles com mais de 10 anos de experiência, representado por 8 (42,1%) Enfermeiros e 16 (33,2%) dos profissionais de enfermagem de nível médio. Nas equipes da ESF o maior percentual, 21 (38,2%), dos Enfermeiros possuía de 1 a 2 anos de término de graduação, e 28 (46,4%) do pessoal de nível médio estavam com 6 a 10 anos de conclusão do curso.

Cabe ressaltar ainda que, quanto à formação educacional dos profissionais de enfermagem de nível médio, nos CS, 1 (2,1%) possui graduação em Biologia e outros 7 (14,6%) com nível superior incompleto, sendo que 4 (8,3%) estavam cursando Enfermagem, 2 (4,2%) Biologia e 1 (2,1%) Direito. Nas unidades da ESF foram identificados entre os profissionais de nível médio 4 (6,7%) com nível superior completo – 1 (1,7%) graduado em Administração hospitalar, 2 (3,4%) em Biologia e 1 (1,7%) em Pedagogia –, e 12 (20%) com nível superior incompleto – 4 (6,7%) cursavam Enfermagem, 2 (3,3%) Pedagogia, 2 (3,3%) Serviço Social e os demais Administração, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Gestão Pública.

Quanto à pós-graduação, destaca-se que, nos CS, 13 enfermeiros referiram ter cursado pós-graduação *sensu lato* – 6 (46,1%) com especialização em Saúde Pública, 2 (15,3%) em Saúde da Criança, 1 (7,7%) em Dependência química, 1 (7,7%) em Educação, 1 (7,7%) em Farmacoterapia Clínica, 1 (7,7%) em Urgência e Emergência, 1 (7,7%) em Auditoria, 1 (7,7%)

em Saúde da Família. Cabe destacar que uma enfermeira referiu possuir 2 especializações: Dependência Química e Saúde da Criança. Na ESF, foi identificado que 17 (30,9%) dos enfermeiros não possuíam pós-graduação; dos 38 Enfermeiros pós-graduados, 15 (39,43%) com especialização em Saúde Pública, 4 (10,5%) em Saúde da Família e 19 (50%) com outras especializações (Administração dos Serviços de Saúde, Auditoria, Desenvolvimento de Recursos Humanos na Área da Saúde, Educação, Enfermagem do Trabalho, Epidemiologia, Gestão em Saúde Pública, Gestão Hospitalar, Saúde da Mulher e Neonatologia, Pneumologia Sanitária, Saúde Coletiva e Saúde Mental). Não foi identificado nenhum pós-graduado entre os profissionais de nível médio que participaram do estudo.

Quanto à experiência no atendimento pré-natal, a maioria dos profissionais referiu tê-la adquirido no cotidiano (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo tempo de trabalho com gestantes e local onde adquiriu experiência na assistência pré-natal. Cuiabá, 2009.

Variáveis	CS				ESF			
	Enfermeiro n=19		Nível médio n=48		Enfermeiro n=55		Nível médio n=60	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Tempo de trabalho (anos)								
Menos de 1	2	10,5	7	14,3	21	38,2	5	8,3
1 a 2	5	26,4	0	0	6	10,9	7	11,6
3 a 5	6	31,5	10	21,0	9	16,3	15	25,0
6 a 10	3	15,8	14	29,2	4	7,3	21	35,0
Acima de 10	3	15,8	17	35,5	15	27,3	12	20,1
Total	19	100	48	100	55	100	60	100
Local								
Cotidiano	15	78,9	45	94,0	48	87,3	56	93,3
Espec/atualiz	3	15,8	0	0	6	10,9	0	0
Maternidade	1	5,3	3	6,0	1	1,8	4	6,7
Total	19	100	48	100	55	100	60	100

A média de meses de atuação na assistência ao pré-natal foi de 58 meses (de 2 a 168 meses) para os Enfermeiros dos CS, 132,4 meses (de 5 a 408 meses) para profissionais de nível médio do CS; 53,3 meses (de 1 a 240 meses) para os Enfermeiros da ESF e 102,5 meses (de 5 a 336 meses) para os profissionais de nível médio da ESF.

A consulta de enfermagem no pré-natal é ação restrita aos Enfermeiros, aos de nível

médio cabem as atividades de pré-consulta que são a aferição da pressão arterial, do peso e da estatura. Ressalta-se que a estatura da gestante deve ser medida na primeira consulta, enquanto para as gestantes adolescentes é necessário medir a altura, além da primeira consulta, mensalmente.

Na entrevista com os 74 Enfermeiros participantes foi verificado se algum deles possuía alguma dificuldade na realização do pré-natal e, em caso positivo, quais eram essas dificuldades. Como resposta, 51 (68,9%) responderam *sim*, dos que possuem dúvida, 25 (49%) referiram como motivo o despreparo na condução em situações de queixas clínica das gestantes.

A Tabela 7 trata da distribuição dos profissionais de enfermagem estudados segundo a realização de cursos de atualização após a formação.

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo cursos de atualização realizados após a formação profissional. Cuiabá, 2009.

Assunto	CS n=19		USF n=55	
	nº	%	nº	%
Nenhum	12	63,2	35	63,6
Consulta de Enfermagem no pré-natal	6	31,5	15	27,4
Saúde da mulher	0	0	3	5,4
Protocolo de atendimento pré-natal	0	0	2	3,6
Pré-natal na adolescência	1	5,3	0	0
Total	19	100	55	100

Os dados evidenciam que 12 (63,2%) dos Enfermeiros dos CS, 35 (63,6%) dos Enfermeiros da ESF não participaram de cursos de atualização ou qualificação na atenção ao pré-natal, assim como 100% dos profissionais do nível médio de ambos os serviços.

De acordo com informações obtidas nas entrevistas com os participantes, o desenvolvimento de habilidades para a consulta de enfermagem no pré-natal ocorreu no curso de graduação em enfermagem para os Enfermeiros e nos cursos para Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem para o pessoal de nível médio.

A participação em eventos também não é frequente entre os estudados, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, segundo participação em eventos na área da saúde da mulher, realizados após a formação profissional. Cuiabá, 2009.

Assunto	CS n=19		USF n=55	
	nº	%	nº	%
Nenhum	12	63,2	48	87,4
Seminário da saúde da mulher	5	26,2	1	1,8
Congresso de Ginecologia	1	5,3	2	3,6
Seminário sobre morte materna	1	5,3	1	1,8
Fórum do comitê de mortalidade materna	0	0	1	1,8
Seminário sobre aleitamento materno	0	0	1	1,8
Seminário sobre Papanicolaou	0	0	1	1,8

De acordo com as informações contidas na Tabela 8, grande parte dos Enfermeiros não participou de eventos a respeito da Saúde da Mulher após a graduação. Em relação ao local dos eventos, todos ocorreram na cidade de Cuiabá-MT, com exceção do Seminário de Aleitamento Materno, que aconteceu em Brasília-DF. Quanto à carga horária dos eventos foi de 40 horas para o Congresso de Ginecologia, 20 horas para o Seminário sobre Aleitamento Materno e os demais com 8 horas. Nenhum dos profissionais do nível médio participou de eventos com a temática da Saúde da Mulher.

4.4 Assistência pré-natal: descrição do observado

As observações do atendimento à gestante, tanto nos Centros de Saúde quanto na Estratégia Saúde da Família, foram realizadas no período matutino, das 7 às 11 horas, e no período vespertino, das 13 às 17 horas. Foram efetuadas 110 observações de pré-consulta (105 realizadas pelos profissionais de nível médio e 5 pelos Enfermeiros), e 74 observações relativas à consulta pré-natal, todas realizadas por Enfermeiros.

A realização da pré-consulta no pré-natal é uma atribuição comum a todos os profissionais de enfermagem e ocorre distintamente nos serviços onde o estudo foi realizado. Na ESF essa atividade é mais frequente entre os profissionais de enfermagem de nível médio, enquanto em alguns CS foram os Enfermeiros que realizaram a pré-consulta das gestantes.

Constatou-se que nos CS não há dias específicos para o atendimento pré-natal, já na ESF, as consultas de pré-natal são agendadas semanalmente para dia e horário reservado à esse atendimento. Nos CS não há número de atendimentos estabelecidos, enquanto na ESF, em sua maioria, são agendadas 5 gestantes por período.

Em relação ao tempo de espera da gestante para a consulta, nos serviços estudados, variou de 15 minutos a três horas. Apenas 09 (12,2%), das 74 gestantes que aguardavam consulta estavam acompanhadas, seis delas estavam acompanhadas do filho, duas com o esposo e uma com a mãe.

Observaram-se três atividades educativas para gestantes, que ocorreram apenas na ESF e em unidades de saúde distintas que agregou gestantes de seis equipes, com as temáticas: a) aleitamento materno, b) cuidados com o corpo e c) cuidados gerais no pré-natal. A primeira atividade educativa ocorreu por meio de um teatro apresentado pelos ACS e as outras duas foram promovidas pelas Enfermeiras das respectivas equipes.

Observou-se que os Enfermeiros registram os dados da consulta de pré-natal no prontuário da gestante, durante e após a consulta.

4.4.1 Pré-consulta da gestante

Foram observadas a pré-consulta de 110 gestantes, sendo que 60 delas aconteceram na ESF e 50 nos CS. Dentre as pré-consultas observadas, 105 foram realizadas pelos profissionais de nível médio e 05 pelos Enfermeiros.

A Tabela 9 apresenta a frequência dos procedimentos: aferição da pressão arterial, verificação do peso corporal e da altura, realizadas durante a pré-consulta, nos dois modelos estudados, segundo a categoria profissional.

Tabela 9 - Frequência dos procedimentos realizados na pré-consulta de 110 gestantes atendidas por profissionais de enfermagem da rede básica de saúde em Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Procedimentos	CS				ESF			
	Enfermeira/o		Téc. ou Aux.		Enfermeira/o		Téc. ou Aux.	
	nº 19	%	nº 48	%	nº 55	%	nº 60	%
Pressão Arterial	3	15,8	47	97,9	2	3,6	58	96,7
Peso	3	15,8	47	97,9	2	3,6	58	96,7
Estatura	1	5,3	2	6,2	2	3,6	18	30,0

Foi possível observar que os procedimentos de verificação da pressão arterial e do peso foram realizados em 100% das gestantes atendidas tanto nos CS como nas unidades da ESF, no entanto, a medida da estatura não ocorreu para todas as gestantes em ambos os

serviços.

De acordo com as informações contidas na Tabela 9, pode-se verificar que foram os profissionais de nível médio que verificaram mais de 96% da pressão arterial e do peso das gestantes, indo ao encontro da organização do serviço de enfermagem na rede básica de saúde de Cuiabá, em que a pré-consulta é uma atividade realizada com mais frequência pelos Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem.

A Tabela 9 chama atenção para a medida da estatura das gestantes. A estatura é um procedimento realizado na primeira consulta do pré-natal e o mesmo só é repetido nos retornos quando a gestante é adolescente. Considerando que das 74 mulheres grávidas, 27 eram de primeira consulta, a medida da estatura ocorreu em 23 das gestantes que iniciaram o pré-natal. Ressalta-se que 3 unidades de saúde não dispunham de régua antropométrica.

4.4.2 Atenção pré-natal: consultas de enfermagem

Foram observadas 74 consultas de pré-natal, 55 (74,3%) delas aconteceram na Estratégia Saúde da Família e 19 (25,7%) nos Centros de Saúde. Todas as consultas realizadas, durante o período de coleta de dados, foram desenvolvidas por Enfermeiros. O tempo empregado em cada consulta, no período de observação, variou de 15 a 68 minutos nas consultas de primeira vez, e de 8 a 50 minutos nas consultas de retorno.

A Tabela 10 apresenta o trimestre gestacional das 74 gestantes observadas, revelando uma distribuição relativamente equitativa do tempo de gestação entre as gestantes observadas.

Tabela 10 - Distribuição de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros na rede básica de saúde em Cuiabá-MT, segundo a fase gestacional. Cuiabá, 2009.

Fase Gestacional	n	%
1º Trimestre	22	29,7
2º Trimestre	29	39,1
3º Trimestre	23	31,2
TOTAL	74	100

Foram verificadas 27 primeiras consultas de pré-natal realizadas pelos enfermeiros, onde 5 ocorreram nos Centros de Saúde (CS) e 22 na Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas observações foram realizadas nos período matutino (17) e no período vespertino (10).

Com relação ao número da consulta, das 74 gestantes, 27 (36,5%) estavam na primeira consulta, 11 (14,8%) na segunda, 10 (13,5%) na terceira e outras 26 (35,2%) estavam entre a

quarta e a décima consulta.

Verificou-se, também, que, das 27 gestantes de primeira consulta, 16 (59,2%) estavam no primeiro trimestre e 11 (40,8%) no segundo trimestre (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição de 27 gestantes de primeira consulta atendidas por Enfermeiros da rede básica do município de Cuiabá-MT, segundo trimestre gestacional. Cuiabá, 2009.

Observou-se, ainda, que, na primeira consulta da gestante, os enfermeiros preenchem, além do cartão da gestante, o livro de registro do pré-natal, formulários do SISVAN e do SISPRENATAL, e o prontuário. Alguns profissionais deixam para preencher o prontuário ao término dos atendimentos.

Os dados que constam no livro de registro do pré-natal são: número de ordem, número do SISPRENATAL, número do prontuário, nome completo, idade, data da última menstruação, data provável do parto, estado nutricional; exames complementares (ABO Rh, hematócrito, hemoglobina, VDRL primeira e segunda amostras, Coombs indireto, Toxoplasmose, Rubéola, Glicemia primeira e segundas amostras, Parasitológico de fezes, urina primeira e segundas amostras); situação vacinal, e dados do puerpério (data da consulta, se o recém-nascido foi termo, prematuro ou aborto, tipo de parto, se vaginal, cesárea ou fórceps, planejamento familiar (pílula, preservativo, DIU ou outros).

Na realização da anamnese das gestantes, foi observado que a grande maioria dos Enfermeiros iniciava pelo questionamento a respeito dos sinais e sintomas apresentados pelas gestantes. Das 74 gestantes, 48 (64,8%) não apresentavam nenhuma queixa e entre as outras 26 (35,2%) as principais queixas foram: náuseas, vômito, cansaço, tontura, cefaléia, fraqueza, dor lombar, dor nas pernas, dor no baixo ventre, corrimento e prurido vaginal e disúria.

A Tabela 11 apresenta a frequência do conteúdo das informações coletadas durante a anamnese das gestantes atendidas pelos Enfermeiros nos CS e nas ESF.

Tabela 11 – Frequência do conteúdo da anamnese de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros na rede básica de saúde em Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Anamnese	Primeiras consultas n=27		Consultas subsequentes n=55	
	nº	%	nº	%
Identificação	27	100	36	65,4
Dados da gestação atual	23	85,1	33	60,0
Antecedentes familiares	23	85,1	9	16,3
Antecedentes Obstétricos	19	70,3	9	16,3
Antecedentes pessoais	22	81,4	7	12,7
Dados socioeconômicos	20	74,0	5	10,6
Antecedentes Ginecológicos	9	33,3	3	5,5
Risco gestacional	9	33,3	2	3,6

Identificação

Em relação às informações coletadas pelos Enfermeiros a respeito da identificação dessas mulheres grávidas, os itens que apareceram com mais frequência foram: o nome completo (100%), a idade (100%) e o endereço atual (62,7%) das gestantes, especialmente as atendidas na ESF.

Pode-se observar, ainda, que as anotações no sistema de informação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL) ocorreram em 84,8% dos atendimentos. Em relação às 27 gestantes que foram atendidas de primeira consulta, 25 (92,5%) tiveram o cadastramento no SISPRENATAL na ocasião do primeiro atendimento pelos Enfermeiros, outras duas gestantes não foram inscritas pelos Enfermeiros no momento da coleta dos dados.

As informações coletadas na primeira consulta foram destinadas ao preenchimento do cartão da gestante, cadastro no SISPRENATAL, registro nos formulários da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo o Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e nutricional (SISVAN), atualização do prontuário e para fins de conhecimento pregresso e atual das mulheres grávidas.

Dados da gestação atual

A Tabela 11 aponta, ainda, que foram levantados todos os dados da gestação atual,

mesmo em frequência inferior a 90% das gestantes que estavam iniciando o pré-natal, com destaque para a data da última menstruação, e o cálculo da data provável do parto, respectivamente, em 85,1% dos atendimentos. A idade gestacional foi estabelecida para 74% das gestantes de primeira vez e 89% para as gestantes em consultas subsequentes.

A investigação da aceitação da gravidez pela gestante e sua família ocorreu em apenas 6 das gestantes de primeira consulta.

O conteúdo referente à sexualidade das 74 gestantes também foi pouco explorado nas consultas de enfermagem, em ambos os serviços.

Importante destacar que tais variáveis são utilizadas para a avaliação das condições de saúde das gestantes, além de que tais informações colaboram para a classificação do risco gestacional, que determinará o encaminhamento das gestantes ao serviço de pré-natal de alto risco.

Antecedentes familiares

Dos antecedentes de doenças familiares das gestantes verificados pelos Enfermeiros, destacaram-se aquelas incluídas no cartão da gestante, sendo que a busca de algum familiar com Diabetes *mellitus* ocorreu para 85% das mulheres grávidas, seguido da Hipertensão arterial em 85% e da gemelaridade em 33,7% das 74 gestantes atendidas. Não foi verificada história familiar de Doença de Chagas e se alguma das 74 gestantes teve contato sexual com portador do HIV.

Antecedentes obstétricos

Durante a coleta dos dados pode-se observar que os Enfermeiros verificaram os antecedentes obstétricos em 70,3% das gestantes que estavam iniciando o pré-natal e em 16,4% das gestantes em consultas subsequentes. Das 74 gestantes, 7 eram primigestas, destaca-se que as primigestas não possuem antecedentes obstétricos.

Dentre os itens que permitem a avaliação dos antecedentes obstétricos das mulheres grávidas e que não foram checados com as gestantes estão: recém-nascidos com restrição do crescimento e/ou com má formação, nuliparidade ou multiparidade, a pré-eclampsia ou Eclampsia e a macrosomia fetal.

Antecedentes pessoais

Em relação aos antecedentes pessoais das gestantes que mais foram explorados pelos Enfermeiros nas consultas de pré-natal estão aqueles que pertencem aos itens do cartão da gestante, em que os antecedentes de infecção urinária foram levantados em 81% delas, além da Hipertensão arterial e o Diabetes *mellitus*, respectivamente, em 82% das gestantes atendidas.

Os Enfermeiros não investigaram entre as gestantes doenças como as Endocrinopatias, Malária e Víroses.

Dados Socioeconômicos

Em relação aos dados socioeconômicos, das 9 variáveis que constam no Manual do Pré-natal Atenção Qualificada (Brasil, 2006), apenas duas delas estão inseridas no cartão da gestante, que são a escolaridade e o estado conjugal, dados que foram checados com maior frequência nos dois serviços, assim representados: escolaridade em 53,7%, o estado conjugal 62,4% e, ainda, a profissão em 32,5% dos atendimentos.

A renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia, condições de saneamento, número e idade dos dependentes e a distância percorrida da residência da gestante até o serviço de saúde foram informações que deixaram de ser investigadas.

Antecedentes ginecológicos

A abordagem dos antecedentes ginecológicos das 74 gestantes apresentou baixa frequência nas consultas de pré-natal feitas pelos Enfermeiros e ficou restrita às cirurgias ginecológicas realizadas, sendo investigado em apenas 12 (16,2%) das gestantes atendidas. Outras informações que apresentaram menor frequência foram: a data do último teste de Papanicolaou, alterações nas mamas, doença inflamatória pélvica, regularidade dos ciclos menstruais, doenças sexualmente transmissíveis e o uso de anticoncepcionais.

Risco gestacional

Entre as intercorrências clínicas e crônicas que devem ser consideradas na avaliação do risco gestacional, a infecção urinária foi a intercorrência mais frequente pesquisada pelos

enfermeiros em ambos os serviços, representando a investigação em 9 (12,1%) das mulheres grávidas que fizeram consulta pré-natal.

Observou-se que entre as variáveis relacionadas à história clínica da gestante e que não foram interrogadas pelos enfermeiros estavam as Pneumopatias, Nefropatias, Hemopatias, Epilepsia e as doenças autoimunes.

O atendimento pré-natal realizado pelos enfermeiros praticamente não priorizou o risco gestacional atribuído à doença obstétrica na gestação atual. Apenas um Enfermeiro dos Centros de Saúde e outros cinco da Estratégia Saúde da Família procuraram saber se a gestante apresentava ou tinha apresentado hemorragia na gestação em curso.

Outras situações consideradas pela Confederação Internacional de Parteiras e pelo Ministério da Saúde (2006) como risco gestacional e que não foram avaliados são: o desvio do crescimento uterino, número de fetos, condições do líquido amniótico, o trabalho de parto prematuro e a gravidez prolongada, amniorrexe prematura e a isoimunização.

Exame Físico

Em relação aos procedimentos que foram realizados no exame físico geral no pré-natal, a Tabela 12 revela que menos de 50% das gestantes foram examinadas.

Tabela 12 – Frequências dos procedimentos realizados no exame físico geral de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Exame físico geral	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Análise nutricional	4	21,1	43	78,1	47	63,5
Exame dos membros inferiores	4	21,1	30	54,5	34	45,9
Pesquisa de edema	4	21,1	30	54,5	34	45,9
Inspeção da pele e mucosas	5	26,3	16	29,1	21	28,3
Palpação: pescoço e axila	2	10,5	9	16,4	11	14,8
Ausculata cardíaco-pulmonar	0	0	7	12,7	7	9,4
Frequência cardíaca	1	5,3	5	9,1	6	8,1

Os dados da Tabela 12 destacam que o exame de MMII e a pesquisa de edema foram realizados em 45,9% do total das consultas. A ausculata cardíaca e pulmonar não faz parte dos procedimentos realizados no exame físico da maioria dos Enfermeiros.

Os procedimentos realizados no exame físico das gestantes pelos enfermeiros, durante

o período de observação, evidenciam lacunas nessa etapa do Processo de Enfermagem, que requer as habilidades de inspeção, palpação, percussão e ausculta das estruturas corporal.

Quanto aos procedimentos realizados no exame físico obstétrico, ilustrados na Tabela 13, os dados revelam que menos de 50% das gestantes foram submetidas a este exame.

Tabela 13 – Frequência dos procedimentos realizados no exame físico obstétrico nas consultas de pré-natal de 74 gestantes atendidas por Enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Exame obstétrico	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Exame das mamas	5	26,3	24	43,6	29	39,1
Palpação obstétrica	3	15,8	19	34,5	22	29,7
Medida da altura uterina	4	21,1	32	58,2	36	48,6
Aferição dos BCF	4	21,1	30	54,5	34	45,9
Inspeção dos genitais externos	0	0	1	1,8	1	1,3
Exame especular	0	0	1	1,8	1	1,3

A Tabela 13 descreve a frequência dos procedimentos obstétricos que constaram do exame das mamas, palpação obstétrica, medida da altura uterina, aferição dos batimentos cardíaco fetal (BCF) e exame dos genitais externos, realizados durante a consulta, por instituição estudada.

Analisando os procedimentos obstétricos listados na Tabela 13, verifica-se que a frequência da medida da altura uterina foi realizada em 48,6% das consultas, seguida da ausculta do BCF (45,9%). Vale destacar que, em duas unidades, não havia aparelho de Sonar ou estetoscópio de Pinard.

O exame clínico das mamas foi realizado em 39,1% das gestantes, enquanto a palpação, procedimento para verificar a posição e apresentação fetal, foi executada em 29,7%, respectivamente. Foi possível constatar também que, nas instituições estudadas, durante o período de observação, apenas um profissional realizou a inspeção dos genitais e, embora tenha utilizado espéculo para examinar a vagina, não foi procedida a coleta de Papanicolau.

Durante as observações, constatou-se que um profissional de nível médio verificou a altura uterina e aferiu os batimentos cardíaco-fetal com o uso do aparelho Doppler, na presença do Enfermeiro.

Os dados da Tabela 14 mostram o conteúdo das orientações fornecidas pelos enfermeiros às gestantes durante a consulta pré-natal, segundo a instituição estudada. Os assuntos das orientações mais ofertados foram: local de desfecho da gravidez (56,7%),

alimentação (43,2%) e agendamento das consultas e exames (39,1%). Destaca-se que os Enfermeiros da ESF foram os que mais orientaram as gestantes durante as consultas observadas.

Tabela 14 - Frequência das orientações informadas às 74 gestantes pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Orientações fornecidas	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Hospitais onde é feito o parto	1	5,3	41	74,5	42	56,7
Alimentação	7	36,8	25	45,5	32	43,2
Agendamentos: consultas e exames	0	0	29	52,7	29	39,1
Quando procurar o serviço saúde	2	10,5	22	40	24	32,4
Uso de medicamentos	3	15,8	17	30,9	20	27,0
Medidas de conforto	3	10,5	13	23,6	16	21,6
Sinais de perigo	3	15,8	13	23,6	16	21,6
Cuidados com o recém-nascido	0	0	13	23,6	13	17,5
Cuidados com as mamas	3	15,8	8	14,5	11	14,8
Aleitamento materno	2	10,5	5	9,1	7	9,4
Sinais de trabalho de parto	1	5,3	6	10,9	7	9,4
Exercício físico	1	5,3	5	9,1	6	8,1
Planejamento familiar	2	10,5	4	7,3	6	8,1
Sono e repouso	2	10,5	4	7,3	6	8,1
Modificações corporais	0	0	5	9,1	5	6,7
Fumo, álcool e drogas ilícitas	2	10,5	2	3,6	4	5,4
Higiene	2	10,5	1	1,8	3	4,0
Sexualidade	1	5,3	2	3,6	3	4,0
Atividade laboral	0	0	2	3,6	2	2,7
Uso de preservativos	0	0	1	1,8	1	1,3

No que se refere às orientações quanto ao uso de preservativos durante as relações sexuais, cuidados com o recém nascido, cuidados na atividade laboral e os agendamentos das consultas e exames, apenas os Enfermeiros da ESF ofereceram tais informações às gestantes.

Durante a coleta dos dados foi possível verificar que, para as gestantes que estavam na primeira consulta pré-natal, os enfermeiros solicitaram os seguintes exames laboratoriais e de diagnóstico: grupo sanguíneo, fator Rh, hemograma, glicemia, urina tipo I, parasitológico de fezes, teste anti-HIV, sorologias (Hepatite A, Hepatite B, Hepatite C, Rubéola, Sífilis, Toxoplasmose, Citomegalovírus e Clamídia), Coombs indireto, lipidograma e BAAR e cultura de escarro (Tabela 15).

Das 27 consultas de primeira vez, três gestantes já portavam resultados de exames no momento da consulta. Excluindo essas gestantes, restou um total de 24 consultas de primeira

vez para serem solicitados os exames.

Observa-se que a maioria dos exames laboratoriais foi solicitada, para 100% das gestantes de primeira consulta, pelos enfermeiros dos serviços estudados. Com relação à ultrassonografia, foi requisitada para 10,8% das gestantes de primeira consulta. Observou-se que quando o Enfermeiro indica a realização da ultrassonografia, preenche o formulário de pedido do exame e leva para o médico assinar, pois no município de Cuiabá os Enfermeiros não são habilitados a solicitar tal exame, mesmo assim, alguns Enfermeiros não deixaram as gestantes desassistidas da ultrassonografia. Constatou-se também que, nos dois modelos estudados, a coleta de material para exame colpocitológico não foi efetuada em nenhuma consulta, durante o período de coleta de dados.

Tabela 15 - Frequência de exames solicitados para 74 gestantes atendidas pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Exames solicitados	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Urina tipo I	6	31,6	23	41,8	29	39,1
Glicemia	5	26,3	23	41,8	28	37,8
Hemograma	5	26,3	23	34,5	28	37,8
Sorologia para Sífilis	5	26,3	23	41,8	28	37,8
Teste anti-HIV	5	26,3	22	40	27	36,4
Sorologia para Toxoplasmose	5	26,3	21	38,2	26	35,1
Sorologia para Hepatite B	5	26,3	19	34,5	24	32,4
Sorologia para Rubéola	5	26,3	19	34,5	24	32,4
Fator Rh	6	31,6	17	25,5	23	31,0
Grupo sanguíneo	6	31,6	17	25,5	23	31,0
Ultrassonografia	0	0	8	14,5	8	10,8
Parasitológico de fezes	2	10,5	7	12,7	9	12,1
Citomegalovírus	1	5,3	3	5,5	4	5,4
Lipidograma*	0	0	2	3,6	2	2,7
Sorologia para Hepatite C	1	5,3	1	1,8	2	2,7
BAAR e cultura de escarro	0	0	1	1,8	1	1,3
Clamídea	0	0	1	1,8	1	1,3
Coombs indireto	0	0	1	1,8	1	1,3
Sorologia para Hepatite A	0	0	1	1,8	1	1,3

*Colesterol total, Colesterol frações, Triglicerídeos

Uma Enfermeira solicitou exames (BAAR e cultura de escarro) para monitorização do tratamento da Tuberculose em uma gestante. Essa gestante já estava em acompanhamento pré-natal de alto risco e frequentava, também, a unidade básica de saúde da família.

Vale destacar que nem todos os profissionais que solicitaram exames, no período de observação deste estudo, explicaram o motivo da realização desses exames a todas as

gestantes.

Ainda em relação aos exames, algumas gestantes compareceram nas consultas de pré-natal já com resultados, principalmente nas consultas subsequentes, como mostra a Tabela 16.

Tabela 16 - Frequência de exames interpretados durante o atendimento de 74 gestantes atendidas pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Exames interpretados	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Urina tipo I	5	26,3	14	25,5	19	25,6
Hemograma	5	26,3	12	21,8	17	22,9
Teste anti-HIV	3	15,8	9	16,4	12	16,2
Fator Rh	6	31,6	5	9,1	11	14,8
Grupo sanguíneo	6	31,6	5	9,1	11	14,8
Glicemia	3	15,8	7	12,7	10	13,5
Sorologia para Sífilis	2	10,5	8	14,5	10	13,5
Sorologia para Toxoplasmose	3	15,8	7	12,7	10	13,5
Sorologia para Hepatite B	2	10,5	7	12,7	9	12,1
Sorologia para Rubéola	2	10,5	7	12,7	9	12,1
Parasitológico de fezes	1	5,3	5	9,1	6	8,1
Citomegalovírus	0	0	3	5,5	3	4,0
Lipidograma*	0	0	3	5,5	3	4,0
Ultrasonografia obstétrica	0	0	3	5,5	3	4,0
Sorologia para Hepatite A	0	0	1	1,8	1	1,3
Sorologia para Hepatite C	0	0	1	1,8	1	1,3
Cálcio sérico	0	0	1	1,8	1	1,3

*Colesterol total, Colesterol frações, Triglicerídeos

Apesar de alguns exames apresentados pelas gestantes não fazerem parte da rotina do pré-natal, os Enfermeiros interpretaram e ofereceram as orientações pertinentes.

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, os exames da rotina pré-natal devem ser solicitados na primeira consulta e repetidos ao longo da gestação, especialmente o hemograma, VDRL e urina tipo I.

A Tabela 17 apresenta os medicamentos prescritos, durante a consulta pré-natal, pelos enfermeiros, por instituição estudada.

Os dados mostram que os medicamentos Sulfato Ferroso e Ácido Fólico, foram prescritos com maior frequência, enquanto os medicamentos como: Buscopan, Paracetamol e Plasil tiveram menor frequência de prescrição.

Tabela 17 - Frequências de medicamentos prescritos pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT, durante 74 consultas de pré-natal observadas. Cuiabá, 2009.

Medicamentos prescritos	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Ácido Fólico e Sulfato Ferroso	0	0	17	30,9	17	22,9
Sulfato Ferroso	2	10,3	4	7,3	6	8,1
Paracetamol	0	0	2	3,6	2	2,7
Buscopam	0	0	1	1,8	1	1,3
Plasil	0	0	1	1,8	1	1,3

Foi possível verificar que os Enfermeiros dos CS não prescrevem medicamentos rotineiramente, conforme demonstrado na Tabela 17. A prescrição de medicamentos por Enfermeiros em Cuiabá-MT ainda não está claramente definida e, diante de alguma gestante com queixa clínica, a maioria dos Enfermeiros encaminha para avaliação e conduta do médico.

Na Tabela 18, estão os motivos da prescrição de medicamentos pelos enfermeiros por instituição estudada.

Tabela 18 - Frequências de motivos da prescrição de medicamentos pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá (MT), durante 74 consultas de pré-natal observadas. Cuiabá, 2009.

Motivos da prescrição dos medicamentos	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Inclusão no Programa Saúde de Ferro	2	10,3	21	38,2	23	31
Cefaléia	0	0	2	3,6	2	2,7
Cólica	0	0	2	3,6	2	2,7
Náuseas e/ou vômitos	0	0	2	3,6	2	2,7

De acordo com resultados apresentados na Tabela 18, verifica-se que o motivo que surge com maior frequência para a prescrição dos medicamentos é a inclusão das gestantes no Programa Saúde de Ferro do Ministério da Saúde, que recomenda o uso do Sulfato Ferroso para profilaxia e tratamento da Anemia e o Ácido Fólico que atua na formação do tubo neural fetal.

Os dados revelam, também, que 2,7% das gestantes tiveram prescritos pelos Enfermeiros medicamentos para cefaléia, cólica e náuseas e vômitos, no entanto somente dois

Enfermeiros da ESF procederam à prescrição.

Constatou-se, ainda, durante a observação das consultas, que 27% dos profissionais explicaram o motivo da prescrição medicamentosa e orientaram as gestantes quanto ao uso da medicação.

Os resultados da Tabela 19 apresentam as atividades de desfecho realizadas pelos enfermeiros durante a consulta, como segue: encaminhamento para vacina antitetânica (29,7%), encaminhamento para Papanicolaou (9,4%), agendamento das consultas subsequentes (40,5%) e anotações no prontuário e cartão da gestante (72,9%).

Tabela 19 - Frequência das atividades de desfecho realizadas ao final de 74 consultas de pré-natal feitas pelos enfermeiros da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2009.

Atividades	CS n=19		USF n=55		TOTAL n=74	
	nº	%	nº	%	nº	%
Anota no prontuário e cartão da gestante	14	73,7	53	96,4	54	72,9
Agenda consulta subsequente	0	0	30	54,5	30	40,5
Encaminha para sala de vacina	3	15,8	19	34,5	22	29,7
Orienta retorno para puerpério	3	15,8	7	12,7	10	13,5
Encaminha para Papanicolaou	0	0	7	12,7	7	9,4
Anota somente no prontuário	3	15,8	2	3,6	5	5,7
Explica o motivo da vacinação	0	0	4	7,3	4	5,4
Encaminha para dentista	1	5,3	2	3,6	3	4
Orienta atividades em grupo de gestantes	1	5,3	2	3,6	3	4
Encaminha para nutricionista	1	5,3	1	1,8	2	2,7

Do total de 74 gestantes consultadas, 35 já tinham sido vacinadas ou estavam em dia com a vacina antitetânica.

Dentre as atividades realizadas, ilustradas na Tabela 19, observa-se que a anotação/registro no prontuário e cartão da gestante foi efetuada em 72,9%. Ressalta-se que todas as gestantes portavam o cartão da gestante no momento da consulta.

O agendamento das consultas subsequentes foi orientado em 40,5% do total das gestantes. As consultas subsequentes são agendadas na recepção das unidades estudadas e constatou-se que muitas das gestantes já conheciam a rotina desses agendamentos. Com relação ao encaminhamento pelos Enfermeiros para as gestantes realizarem o exame de Papanicolaou, os dados mostram que apenas 9,4% das gestantes foram orientadas a fazer o exame. Durante a coleta dos dados ficou evidente que a realização do exame Papanicolaou é

assunto controverso entre os Enfermeiros de Cuiabá-MT, há aqueles que recomendam e outros que contra indicam tal exame no período gestacional, mesmo para gestantes com queixa ginecológica.

Constatou-se que os Enfermeiros encaminharam 05 (6,7%) gestantes para avaliação e conduta médica, frente a queixas ginecológicas (dor no baixo ventre, suspeita de perda sanguínea e Leucorréia). Observou-se, também, que das 74 gestantes atendidas, 3 (4%) foram encaminhadas para o Dentista e 2 (2,7%) foram encaminhadas para avaliação com Nutricionista, respectivamente.

Quanto à educação em saúde, observou-se durante a coleta dos dados que houve ações educativas em apenas três unidades da ESF, duas ocorreram na sala de espera e uma na sala de reuniões. Em relação ao acolhimento, na maioria das vezes, foi realizado durante as consultas.

5 DISCUSSÃO

5.1 Os modelos de assistência: Centros de Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Ambos os serviços oferecem os procedimentos básicos para acompanhamento do pré-natal, entre eles, a coleta de materiais (sangue, fezes e urina) para exames, coleta de material para citologia oncológica (Papanicolaou), vacinação, dispensa de medicamentos e atendimento clínico às gestantes. Apenas 8 dos 22 CS não realizam a coleta de materiais para exames – as gestantes que fazem pré-natal nesses CS procuram outra unidade de saúde para agendamento e coleta dos materiais.

Em relação às urgências e emergências obstétricas, nenhum dos dois modelos dispõe de medicações para intercorrências como a eclâmpsia, em que se faz necessária a aplicação do Sulfato de Magnésio ou o Cloridrato de Hidralazina para monitoramento da Hipertensão Arterial, assim como não há oxigênio para aporte quando necessário, entre outros medicamentos e materiais utilizados nessas situações.

Ressalta-se que durante o período de observação houve ocorrência de Lipotímia em uma das gestantes observadas, com relaxamento vesical, perda momentânea dos sentidos, sudorese intensa e palidez cutânea, a qual foi atendida pela equipe de enfermagem, quando foi realizado apenas o teste de glicemia capilar e aferida a pressão arterial, pois não havia nenhum outro recurso. A gestante foi levada à maternidade que ficava cerca de 20 minutos da UBSF em carro de particulares, acompanhada por profissionais da enfermagem. Nesse período os médicos da ESF estavam em greve, por esse motivo a gestante não recebeu atendimento médico imediato.

Reportando-se à Portaria 2048 (BRASIL, 2009), de 03 de setembro de 2009 que aprova o regulamento do SUS e dá as diretrizes que orientam as ações de saúde, desde a atenção básica até as urgências e emergências, observa-se que o município de Cuiabá-MT, no período da coleta dos dados, não oferecia atendimento integral às mulheres grávidas, atendidas nos Centros de Saúde e na Estratégia Saúde da Família, quando acometidas por alguma complicação de maior magnitude, como a Eclâmpsia, convulsões, hemorragias, ou mesmo diante de ocorrência de mal-estar e lipotímia, como observado durante o período de coleta de dados.

Outra fragilidade apresentada na atenção ao pré-natal é a falta de um protocolo padronizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT, permitindo que todos os profissionais sigam o mesmo modelo de atendimento. A maioria dos Enfermeiros referiu

utilizar o Manual do Pré-natal do Ministério da Saúde em relação aos procedimentos executados em suas consultas.

Destaca-se que protocolos assistenciais são utilizados para guiar e respaldar a assistência de qualidade no pré-natal, bem como propiciam a legalidade das práticas profissionais de enfermagem, além de criar condições para a atenção qualificada, como a infraestrutura adequada, aquisição e manutenção de equipamentos e insumos; e do funcionamento do sistema de referência, comunicação e transporte que são requisitos necessários para a garantia da atenção qualificada no atendimento das gestantes (MCDONALD; STARRS, 2003a).

O encaminhamento das gestantes para a realização do parto foi outra situação apontada como preocupante. São as gestantes quem procuram o atendimento, e o transporte não é assegurado pelo serviço de saúde em Cuiabá-MT. Conforme Costa, Guillem e Walter (2005) as ações mais importantes para o controle da mortalidade materna são dependentes do acesso e da qualidade da atenção realizada pelos serviços de saúde. Sendo assim, a inexistência de uma regulação obstétrica em Cuiabá-MT não garante o transporte adequado e o destino hospitalar com garantia do atendimento ao parto, o que evitaria peregrinação por parte das gestantes e intercorrências que poderiam comprometer a saúde da mãe e do bebê.

Ressalta-se, ainda, que do ponto de vista conceitual sobre o significado da atenção qualificada à mulher no ciclo gravídico puerperal, o sistema de saúde municipal (tanto o modelo CS, como o ESF) não atende aos requisitos de qualidade definidos pela OMS/FIGO/ICM. Isto porque a atenção qualificada se refere ao processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto e neonatal. Para que isto ocorra, o provedor deve ter as habilidades necessárias, além de contar com o apoio de um contexto facilitador em vários níveis do sistema de saúde. Isto inclui um marco de políticas e normas, medicamentos e materiais, equipamentos e infraestrutura adequados, além de um eficiente e efetivo sistema de comunicação, e de referência e transporte (MCDONALD; STARRS, 2003a).

5.2 A equipe de enfermagem

Os profissionais de enfermagem que prestam atendimento às gestantes nas instituições estudadas em Cuiabá-MT são, em sua maioria, do sexo feminino, representando 92,3% de todos os participantes desse estudo. As médias das idades foram maiores que 30 anos, caracterizando-as como pessoas que acumulam experiência de vida, são casadas e muitas

delas já passaram pela experiência de ter filhos. Esses resultados coincidem com os encontrados em Rio Branco-Acre, por Dotto (2006) e Cunha (2008), e Cagnin (2008) em Araraquara-São Paulo.

Apesar das transformações ocorridas na área da Enfermagem nos últimos anos, em relação ao gênero, a força de trabalho predominante ainda é essencialmente feminina, conforme aponta o estudo realizado por Santos e Barreira (2008), vindo ao encontro dos verificados em Cuiabá-MT, onde a predominância do sexo dos profissionais de enfermagem também foi feminina.

Em relação às diferenças salariais dos profissionais de Enfermagem de mesma categoria, de acordo com o modelo de atenção, o estudo mostrou que tanto o nível médio, quanto o superior atuante nos CS recebem valores inferiores aos da ESF, sendo que para os profissionais de nível médio da ESF o valor chega até três vezes mais do que ganham os dos CS e quase o dobro do salário dos Enfermeiros dos CS. Essa política salarial, também encontrada em outros municípios (Cagnin, 2008), tende a fragilizar o incentivo e estímulo do trabalho das equipes de enfermagem dos CS, que deveriam receber valores compatíveis, haja vista as semelhanças nas ações desenvolvidas. Essa situação leva os profissionais a buscar outro trabalho, ampliando a carga horária laboral.

De acordo com Loureiro (2003), há discriminação econômica no mercado de trabalho quando um grupo de profissionais que desenvolve as mesmas competências recebe salários diferentes. Embora sejam conhecidos os esforços dos governos estaduais e federais para ampliação do modelo da Estratégia Saúde da Família no país, bem como para a qualificação e fixação de profissionais nas unidades de saúde da família, percebe-se, no entanto, a necessidade de estudos aprofundados sobre as repercussões e desdobramentos que as diferenças salariais, como aqui encontradas, possam interferir na motivação, prestígio e qualidade do trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam em ambos os modelos.

Tais observações fazem sentido na medida em que especialistas em estudos sobre garantia de qualidade dos serviços de saúde apontam a motivação da equipe de saúde como um dos importantes determinantes da alta qualidade do cuidado em saúde. Recompensa financeira e salários adequados são identificados como poderosos fatores motivacionais para a melhoria na qualidade do cuidado e satisfação no trabalho, embora os especialistas reforcem que tais fatores não sejam exclusivos na garantia de qualidade em saúde (QUALITY ASSURANCE PROJECT, 2005).

Ao considerar o tempo de formação profissional, observa-se que a maioria dos profissionais de enfermagem tem mais de cinco anos de experiência, coincidindo com o

estudo realizado por Cunha (2008) e Cagnin (2008), no qual foi apontado que mais da metade dos Enfermeiros participantes daqueles estudos estavam com mais de cinco anos de formação profissional.

Foi referido pelos participantes do presente estudo que o conhecimento a respeito do pré-natal se deu no cotidiano. Acredita-se que o aperfeiçoamento das experiências surja com o passar dos anos e, a partir de então, o desenvolvimento das habilidades ocorra com mais segurança, embora requeira atualização contínua das práticas baseadas em evidências científicas, conforme apontado no estudo realizado por Dotto (2006) a cerca da atenção qualificada às mulheres no ciclo gravídico puerperal, em que 72% dos participantes obtiveram educação informal para a assistência às mulheres em situação de parto, e somente 28% dos profissionais de enfermagem foram considerados qualificados, tomando por referência os preceitos da Organização Mundial da Saúde e da Confederação Internacional das Parteiras. Os achados da autora levaram à recomendação da necessidade de treinamento e padronização das competências em obstetrícia como estratégia para melhorar o desempenho dos profissionais que assistem às mulheres na fase da gestação ao parto.

Quanto à pós-graduação, constatou-se que pouco mais de 30% dos Enfermeiros não obtiveram formação pós-graduada. Embora o município de Cuiabá conte com uma universidade pública e outras quatro privadas, que oferecem curso de graduação em enfermagem, nenhuma dessas escolas ofertam curso de especialização em enfermagem obstétrica. Ressalta-se que a universidade pública possui um programa de mestrado em enfermagem desde 2006 e, a partir do ano de 2010, iniciará o programa de residência multiprofissional na área hospitalar.

Assim como há escassez nos cursos de pós-graduação na área da saúde da mulher, os cursos de atualização também não atendem às necessidades de qualificação profissional nessa área. A maioria dos profissionais de enfermagem que atuam no pré-natal, em Cuiabá-MT, não teve cursos de atualização relacionados ao ciclo gravídico puerperal após a formação profissional.

Destaca-se que a qualificação profissional deve ser considerada de acordo com as necessidades do mercado de trabalho em que, conforme Oliveira et al. (2009), existe competitividade e é imprescindível, aos enfermeiros que prestam assistência, a busca pelo conhecimento científico atualizado que subsidie a prática assistencial e, desse modo, ofereçam uma atenção de qualidade.

Dentre as prováveis causas que propiciam o número reduzido de pessoal de enfermagem qualificado para o pré-natal, constatado no presente estudo, está a dificuldade de

acesso aos cursos de atualização profissional que permita a atualização do conhecimento e as adequações nas práticas desenvolvidas. Vale destacar que o Estado de Mato Grosso conta com mais de 140 municípios e, dada a sua grande extensão territorial, o acesso à capital para profissionais que vivem em cidades do interior pode levar a mais de 24 horas de viagem, o que muitas vezes dificulta e até inviabiliza a participação em cursos presenciais, coincidindo com os achados de Cunha (2008) ao referir às limitações do acesso à qualificação profissional dos profissionais de Enfermagem do Estado do Acre, que residem distante da capital.

Sendo assim, se os enfermeiros encontram dificuldade para se qualificar, certamente que o nível médio de enfermagem também será prejudicado, pois cabe aos enfermeiros promover e viabilizar a educação continuada de toda a equipe de enfermagem.

Uma estratégia encontrada pelo Ministério da Saúde para ajudar os municípios e localidades com dificuldades de acesso à informação e recursos humanos de alta qualificação profissional foi a criação do Telessaúde – com a finalidade de colaborar na resolução de situações de saúde de difícil manejo por meio de segunda opinião, parecer e conduta de especialistas –, que permite a tomada de decisão respaldada pela orientação de profissionais mais experientes. Este programa ainda está restrito à área médica, cuja ampliação para as demais categorias profissionais, a exemplo da enfermagem, está em processo de planejamento. O Estado de Mato Grosso ainda está em fase de implantação do Telessaúde, desse modo, num futuro próximo, o Estado poderá contar com tal recurso, podendo acionar os especialistas sempre que tiverem dúvidas, especialmente na assistência pré-natal (BRASIL 2007d).

Outra oportunidade de qualificação para profissionais que atuam na área de saúde da mulher e da criança foi o ciclo de debates do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, promovido pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Projeto PET SAÚDE, em que os profissionais da rede básica e hospitalar de Cuiabá-MT foram convidados pelo autor desse estudo a participar das videoconferências sobre os cuidados no pré-natal voltados às urgências maternas e infantis, porém, a participação foi menor do que o número de vagas oferecidas.

No presente estudo identificou-se que 100% do pessoal de nível médio e mais de 60% dos Enfermeiros não participaram de eventos na área da saúde da mulher. Essa informação revela a precariedade no investimento educacional a respeito da saúde da mulher no meio acadêmico, o que contribui para as limitações na educação continuada dos profissionais que atuam nessa área, especialmente os de nível médio.

A respeito da necessidade de atualização profissional, Cordeiro et al. (2009) realizaram um estudo sobre a avaliação das competências de médicos e enfermeiros atuantes

nas equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil e encontraram que esses profissionais estabelecem um perfil profissional de competências em que há necessidades específicas de educação permanente. Os autores deixam claro que a capacitação profissional é precária frente à demanda de formação exigida, semelhante aos resultados encontrados em Cuiabá-MT.

Os dados do presente estudo revelam que, no município de Cuiabá-MT, embora a equipe de enfermagem esteja envolvida no atendimento pré-natal, o perfil desses profissionais carece de qualificação à assistência às mulheres grávidas, que pode ser melhorado por meio da educação continuada e da criação de protocolos assistenciais.

5.3 A assistência pré-natal prestada pelos profissionais de enfermagem

Os achados referentes à observação das pré-consultas revelam que a participação dos enfermeiros é distinta nos dois modelos estudados (CS e a ESF). Nos CS, essa atribuição é incomum entre os enfermeiros, cabendo muito mais aos profissionais de nível médio. Na ESF os Técnicos ou Auxiliares de enfermagem são responsáveis pela execução da pré-consulta. Este achado se mostra diferente dos encontrados no estudo de Cunha (2008), no qual, em Rio Branco-Acre, os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família são quem realizam a pré-consulta das gestantes, enquanto nos Centros de Saúde são os profissionais do nível médio. O estudo de Cagnin (2008) mostrou que o profissional de enfermagem de nível médio é o responsável pela execução da totalidade das atividades na pré-consulta do pré-natal, no município de Araraquara-SP.

Quanto aos procedimentos da pré-consulta, no presente estudo, todas as gestantes tiveram a aferição da pressão arterial e do peso; a estatura foi verificada em 85,1% das gestantes de primeira consulta. Nas consultas subsequentes a estatura é verificada somente à em gestantes que ainda não passaram por este procedimento, ou nas gestantes adolescentes onde há necessidade desse dado em todas as consultas. Ressalta-se que a referência do peso e da estatura é utilizada para o cálculo do índice de massa corpórea, o qual deverá ser avaliado mensalmente, tomando-o como parâmetro para orientação nutricional, evitando-se os extremos que são o baixo peso e o sobrepeso e, ainda, para a relação com o crescimento fetal.

A ICM (2002) recomenda a avaliação das condições de saúde materna, principalmente as situações que podem levar à morbimortalidade da gestante e as que requeiram encaminhamentos para serviços especializados, como os de pré-natal de alto risco, hospitais e maternidades, e que ofereçam serviço de urgência e emergência obstétrica. Nesse sentido, a

aferição dos vitais das gestantes é importante para a avaliação da situação de saúde da mãe e do bebê. O monitoramento da pressão arterial é fundamental para prevenção tanto da hipotensão, quanto da hipertensão arterial, que são condições indesejadas às gestantes, pois podem levar a complicações que vão desde o abortamento até às síndromes hemorrágicas e a própria doença hipertensiva específica da gravidez (BRASIL, 2003b).

Tomando os resultados das ações realizadas na pré-consulta, pode-se observar que os procedimentos esperados foram contemplados em sua maioria.

Contudo, para que o pré-natal na rede básica de saúde de Cuiabá-MT seja, de fato, qualificado, há necessidade da (re) organização das ações a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem, tendo em vista que se identificaram algumas fragilidades que comprometem a atenção qualificada, como a situação na qual se observou o Técnico de Enfermagem realizando procedimentos para os quais não possui habilitação, como a aferição da altura uterina e dos batimentos cardíofetais. A realização de tais procedimentos insere-se na consulta de enfermagem no pré-natal, cuja ação para a equipe de enfermagem é restrita aos Enfermeiros, os quais são legalmente reconhecidos pela Lei do exercício profissional nº 7498 que explicita que a realização do pré-natal de baixo risco é uma das atribuições do enfermeiro (BRASIL, 1986).

De acordo com a definição de profissional qualificado ao atendimento pré-natal da Confederação Internacional das Partoiras (ICM, 2002), Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2007), os dados do presente estudo revelam que, na realidade estudada, ou seja, no município de Cuiabá-MT, nem todos os Enfermeiros que exercem sua prática no atendimento ao pré-natal atendem ao perfil traçado naquela definição, haja vista que ações essenciais que levam ao padrão ouro em obstetrícia não são para todas as gestantes, conforme os resultados apresentados.

Em relação às consultas de pré-natal, os resultados mostraram que, em Cuiabá-MT, os Enfermeiros assumem esta responsabilidade, embora haja diferenças nos dois modelos estudados, uma vez que na ESF esta prática é mais comum entre os enfermeiros, quando comparados com os CS. No entanto, os resultados deste estudo alertam que para que a consulta de enfermagem no pré-natal seja uma prática realizada por todos os Enfermeiros da rede básica de saúde de Cuiabá-MT é necessário que a gestão central estabeleça-a como uma política de saúde do município, assim como ocorre em Rio Branco-AC (CUNHA, 2008).

A primeira consulta de pré-natal é determinante para se conhecer a mulher grávida inserida no contexto familiar, social, econômico e sua situação de saúde, sendo, também, o

momento em que se poderá identificar risco gestacional e indicar encaminhamento para o acompanhamento à gestação de alto risco. De acordo com os resultados do presente estudo, os Enfermeiros em Cuiabá-MT fazem o primeiro atendimento das gestantes, porém a dinâmica dessa assistência deveria privilegiar as ações que são, de fato, de sua competência, e que a delegação de atividades, como o preenchimento de informações, de identificação, entre outras, seria um modo de racionalizar o trabalho do enfermeiro. Para tanto, é evidente a necessidade de uma reorganização do trabalho de toda a equipe de enfermagem, no sentido de definição do que cabe a cada membro da equipe, desde o momento em que as mulheres grávidas adentram os serviços.

As consultas de retorno ou subsequentes de pré-natal são aquelas em que se monitoram as condições de saúde materna e fetal. Nessa oportunidade os Enfermeiros avaliam todo o histórico das gestantes e, diante dos diagnósticos efetuados, estabelecem o plano de atenção ao pré-natal requerido para cada trimestre da gestação. Nesse estudo, constatou-se que algumas gestantes compareceram para as consultas subsequentes, nas quais além das queixas clínicas havia, também, as necessidades sociais, requerendo dos Enfermeiros habilidades para lidar com situações diversas. No entanto, na maioria dos atendimentos, os Enfermeiros valorizaram muito mais os aspectos do modelo biomédico.

A ICM recomenda o estabelecimento dos retornos para as consultas pré-natais, de acordo com a necessidade da gestante (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002). Em relação ao número de consultas no pré-natal, o Ministério da Saúde orienta a realização de no mínimo seis consultas, sendo uma (a primeira) no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo, e três no terceiro (BRASIL, 2006a). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) recomenda que o começo do pré-natal seja antes dos 120 dias de gravidez (BRASIL, 2002a).

Em Cuiabá-MT, segundo os participantes, as consultas de pré-natal são mensais até a 36ª semana, após esse período o acompanhamento é quinzenal até a 38ª semana, depois disso a periodicidade é semanal até o parto. Muitas vezes, ultrapassam-se as seis consultas, principalmente quando o pré-natal tem início no primeiro trimestre.

Durante as observações foi constatado que grande parte das gestantes iniciou o pré-natal até o segundo trimestre da gravidez. É relevante destacar que o pré-natal deve ter início no primeiro trimestre da gestação, permitindo que procedimentos importantes sejam prestados, como é o caso da realização dos exames e a avaliação das condições de saúde materna – incluindo a classificação do risco gestacional (BRASIL, 2003b).

A maioria das gestantes que foi acompanhada nas consultas subsequentes estava no

segundo (42,4%) e terceiro (54,5%) trimestres. Estes achados revelam que as gestantes vincularam-se aos serviços e retornaram para a continuidade da atenção pré-natal.

Entre os procedimentos iniciais feitos pelos Enfermeiros nas consultas de pré-natal observou-se a preocupação com o cadastramento da gestante, que começa pelo levantamento das informações a respeito da identificação, dos dados socioeconômicos, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos e obstétricos, do risco gestacional e dos dados da gestação atual.

Os Enfermeiros, durante a coleta de informações na consulta de enfermagem, procuraram obedecer aos aspectos contidos no cartão da gestante – um documento padronizado pelo Ministério da Saúde –, pois não há um protocolo definido para a consulta pré-natal pela gestão municipal. Observou-se que o levantamento do histórico inicial das gestantes foi realizado em 100% das consultas, porém, as informações tomadas para todas as gestantes foram aquelas relacionadas aos dados de identificação, como nome completo da gestante, a idade, a cor, o endereço atual e o número de cadastro no SISPRENATAL, deixando, muitas vezes, de buscar informações de extrema relevância para avaliação do curso da gestação.

Ainda no atendimento inicial das gestantes, os achados permitiram verificar que o cadastro no sistema de informação do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, conhecido como SISPRENATAL, foi executado em 100% das consultas de primeira vez feitas pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Essa prática deveria também ser feita nos Centros de Saúde, visto que foi realizada apenas em 60% dos atendimentos. Contudo, o atendimento à primeira consulta de pré-natal pelos enfermeiros nos CS não é institucionalizado, uma vez que foi explicitado por um dos participantes do estudo que foi proibido por um profissional médico de atender gestantes.

Cabe destacar que a consulta de enfermagem no pré-natal deve seguir a metodologia da sistematização da assistência de enfermagem, na qual são considerados os aspectos subjetivos referidos pelas gestantes e os objetivos detectados pelo Enfermeiro.

O Conselho Federal de Enfermagem (2009), com base na Resolução nº 358, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem nos ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, assegura aos Enfermeiros a realização da consulta de enfermagem, desenvolvida em cinco etapas, em que a primeira é denominada coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem, que se constitui em um processo deliberado, sistemático e contínuo, que deve ser realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, tendo por finalidade a obtenção de

informações a respeito da pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em certo momento do processo saúde e doença. As demais etapas são: diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

Durante a coleta dos dados observou-se que os Enfermeiros procediam as anotações na planilha do SISPRENATAL, no ato da consulta. No entanto alguns deles deixavam para alimentar os dados deste Sistema de Informação após a realização da consulta, e para efeito da pesquisa foram considerados apenas os registros feitos na presença do pesquisador. A realização dos procedimentos de alimentação das informações revela que os Enfermeiros participantes deste estudo, apesar de prestarem, por um lado, uma grande contribuição com o registro dos dados do SISPRENATAL, repercutindo positivamente nos indicadores de saúde do município e na alocação de recursos financeiros destinados ao Programa de Humanização no pré-natal e nascimento; por outro lado, podem contribuir, como alerta Brienza (2005), para o trabalho mecânico, uma vez que esta atividade relaciona-se com o “coisificado” e como um sentimento de submissão àquilo que está definido, com certo acomodamento, sem reflexão compatível com outras ações naquele momento.

Dos dados socioeconômicos que foram levantados, em 74% das gestantes de primeira consulta, nenhum deles foi utilizado como indicativo que determinasse especificidades no acompanhamento das gestantes ou que fossem relacionados às condições sociais, econômicas e ambientais desfavoráveis. A preocupação em levantar tais informações se deu no sentido de preencher o cartão da gestante, não traduzindo em informação relevante para o cuidado pré-natal. Gestante com limitada situação socioeconômica deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional, assegurando as condições necessárias para uma gestação saudável e segura. No estudo realizado por Souza Junior et al. (2007) foi destacado que mulheres de nível socioeconômico mais baixo possuem uma tendência ao desfecho da gravidez pelo parto cesariana. Os autores discutem que há uma equidade inversa às mulheres com pouca escolaridade e baixo poder aquisitivo em relação ao acesso às tecnologias mais seguras, como é o parto normal. Desse modo, o risco obstétrico torna-se maior entre mulheres de nível socioeconômico baixo. Ressalta-se que, em Cuiabá-MT, a maioria das unidades de saúde da rede básica localiza-se na periferia do município, principalmente as da ESF, motivo pelos quais as informações a respeito dos dados socioeconômicos devem ser consideradas no desenvolvimento de uma gravidez saudável, especialmente para aquelas que não dispõem de adequadas condições econômicas e ambientais e que requerem as medidas procedentes.

Em relação aos dados dos antecedentes familiares e pessoais das gestantes, esses também não receberam a importância merecida por parte dos Enfermeiros, pois mesmo

sabendo da existência de familiar com história de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*, e até mesmo da própria gestante, não foi solicitado encaminhamento para avaliação médica ou exames pertinentes como o teste de tolerância oral à glicose.

Os achados quanto à anamnese pode ainda verificar que a abordagem dos antecedentes ginecológicos obteve uma baixa frequência (16,2%) nas consultas de pré-natal feita pelos Enfermeiros. Vale destacar que tais informações devem ser coletadas na primeira consulta e conferidas a cada consulta subsequente, pois a gestação é um evento passível de sofrer constantes transformações fisiológicas, podendo repercutir negativamente na vida da mulher grávida quando esta é acometida por alguma enfermidade como as doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo.

A análise das informações referentes aos antecedentes pessoais, realizada a partir das 74 consultas de Enfermagem, revela que a maioria dos Enfermeiros deixou de buscar informações relevantes para o acompanhamento da gestação durante as consultas de pré-natal, e quando ocorreu percebeu-se que as mesmas foram utilizadas apenas para cumprir a exigência de preenchimento do cartão da gestante. Acresce a esse fato que foi percebido que as consultas realizadas pelos Enfermeiros são desprovidas de uma sistematização, não seguem um roteiro ou um protocolo, o que parece interferir ou dificultar a realização de procedimentos essenciais no pré-natal.

Brienza (2005) destaca, em seu estudo com Enfermeiros que atuam no atendimento à primeira consulta do pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP, a importância do estabelecimento de um protocolo assistencial, o qual clareia as ações de enfermagem legalmente reconhecidas na localidade. Para a autora, o trabalho não formalizado por protocolos não é visto como produção de saúde ou como parte do trabalho de equipe.

Durante a coleta dos dados não foi observada preocupação por parte dos enfermeiros com a classificação do risco gestacional durante a anamnese, especialmente àqueles relacionados aos antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos. No entanto, percebeu-se que muitas das informações coletadas se revestiam de verdadeiros sinalizadores de indicativos de risco gestacional, entre eles a Hipertensão arterial e o uso de anti-hipertensivos usados pelas gestantes. Vale ressaltar que, embora a gestação não seja doença, mesmo tendo classificação no Código Internacional de Doenças (OMS, 1997), é necessária a vigilância de eventos que possam ocorrer durante esse período. Antecedentes como a presença de Cardiopatia, Pneumopatia, Nefropatia, Endocrinopatia, Hemopatia, Ginecopatia, Infecção urinária, doenças infecciosas, doenças autoimunes, entre outras, são responsáveis por abortamento, trabalho de parto prematuro, prematuridade, além de infecção puerperal e outras

consequências à saúde materno-fetal (BRASIL, 2003b). No Brasil o cartão da gestante do MS possibilita a identificação de indicativos do risco gestacional, pois o mesmo está esquematizado na cor amarela em campos específicos no cartão, servindo de guia e apoio aos profissionais.

Quanto à verificação e à avaliação do risco gestacional, a ICM (2002) recomenda que os profissionais devam, constantemente, avaliar e promover intervenções durante a gestação naquelas situações que possam colocar em risco de óbito materno, fetal e neonatal, como na baixa ou inadequada nutrição materna, crescimento fetal insuficiente, hipertensão, diabetes, proteinúria, edema, cefaléia, alterações visuais, epigastralgia, sangramento vaginal, ruptura prematura das membranas, óbito fetal, entre outras.

Durante o período de coleta de dados foi possível observar que os enfermeiros desperdiçam muito tempo com o preenchimento de formulários, situação também constatada no estudo de Cunha (2008), cujo tempo poderia ser melhor aproveitado na interação com a gestante. Sendo assim, seria desejável que as informações relacionadas à identificação das gestantes já viessem preenchidas por outro profissional, racionalizando o tempo gasto pelos enfermeiros na consulta pré-natal, como apontado no estudo de Cagnin (2008), realizado no município de Araraquara, em que os profissionais de enfermagem de nível médio executam tais tarefas.

Foi possível identificar, ainda, que nas consultas subsequentes os dados a respeito do histórico das gestantes são levantados quando há campos sem preenchimento no cartão da gestante. Essa constatação revela que nem todo profissional preenche todos os campos do cartão da gestante, requerendo dos Enfermeiros a atenção no sentido de certificar-se do preenchimento completo de todos os dados das gestantes. Acresce, também, que a situação de saúde da gestante pode mudar no intervalo entre as consultas, motivo pelo qual há necessidade constante da atualização do histórico nas consultas de pré-natal. Portanto, conforme recomendado pela ICM (2002), o profissional pré-natalista deve avaliar constantemente o histórico de saúde da gestante, fazendo as intervenções necessárias e oportunas para a garantia de uma gestação segura.

Os resultados do estudo acerca dos dados da gestação atual mostraram que a idade gestacional foi calculada em 82,4% das consultas de pré-natal, este procedimento deveria ter sido realizado em 100% das consultas, levando em conta a importância da informação a respeito da idade gestacional que, além de determinar o tempo de gravidez em semanas e a data provável do parto, é utilizada como parâmetro na avaliação das condições de saúde da mãe e do bebê, especialmente nas situações em que ocorrem queixas clínicas (vômitos, mal

estar, dor lombar entre outros), intercorrências como sangramentos, e até mesmo para determinar pré e pós datismo (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2006a).

Contudo, embora 17% dos Enfermeiros não tenham calculado a idade gestacional, tais resultados se mostram melhores que os encontrados por Cagnin (2008), que em pesquisa acerca da assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal, na cidade de Araraquara-SP, constatou que as enfermeiras não participavam da assistência pré-natal, ficando a cargo de outros profissionais.

Vale ainda destacar que, segundo as competências obstétricas essenciais descritas pela ICM (2002), o profissional qualificado para o atendimento à mulher na gestação deve ser capaz de calcular a idade gestacional a partir da história menstrual e/ou pelos padrões de crescimento uterino, além de ter a capacidade de avaliar a progressão normal de uma gravidez, avaliando as mudanças corporais, desconfortos comuns e padrões antropométricos esperados. Portanto, a medida da altura uterina, seguida da sua avaliação, também deve ser realizada, sempre que detectável.

O cálculo da data provável do parto, bem como da idade gestacional são procedimentos de extrema importância na consulta pré-natal, uma vez que a informação sobre esses indicadores possibilita o diagnóstico da evolução da gravidez e planejamento do plano de parto em conjunto com a gestante. Cabe ressaltar que tais informações foram buscadas para grande parte das gestantes do presente estudo (75,7% e 93,2% respectivamente), revelando que tais procedimentos fazem parte da rotina de atendimento ao pré-natal pelos Enfermeiros.

Os sinais e sintomas de desconforto na gestação atual foram levantados em 55,4% das consultas. Em algumas situações, as gestantes antecipavam essa informação logo no início das consultas, apresentando queixa do tipo cólica, febre, mal estar, entre outros. Em cinco atendimentos, observou-se que as queixas referidas (cólicas e febre) não foram levadas a sério pelos Enfermeiros, uma vez que estes disseram que as mesmas eram normais na gestação. Tais atitudes podem sinalizar que o profissional tem uma visão de que a gestação, por natureza, é acompanhada de sintomas e, portanto, patológica, cabendo à mulher suportá-los. E assim, perde-se a oportunidade de se utilizar a educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde materna e fetal, bem como de detecção e tratamento de problemas na gestação.

Os Enfermeiros participantes valorizaram as informações referentes aos hábitos alimentares na gestação atual, investigando em 92% dos atendimentos prestados, ocasião em que fizeram as intervenções oportunas diante de gestantes que não se alimentavam adequadamente; em contrapartida, a busca por informações sobre uso de medicamentos e

internação recente foram itens pouco valorizados pelos Enfermeiros, representando 49% e 24%, respectivamente. Importante salientar a relevância de se verificar o uso de medicamentos pelas gestantes, especialmente aqueles que são contra indicados nesse período. Gerra et al. (2008) realizaram um estudo quanto à utilização de medicamentos durante a gravidez, na cidade de Natal-RN, e encontraram que a maioria das gestantes daquele estudo estavam expostas a uma variedade de medicamentos com segurança desconhecida na gravidez. Deste modo, é fundamental saber se a gestante está em uso de medicamento e, na afirmativa, relacionar os efeitos sobre a gravidez.

Entre os assuntos verificados na gestação atual, a presença de vícios como o fumo, álcool e o uso de drogas ilícitas foi investigada em 12,7% das mulheres grávidas. Frequência abaixo do esperado, pois tal informação deveria ser obtida de todas as gestantes, haja vista que é reconhecido que o estilo de vida é um dos fatores determinantes na saúde das pessoas, e em especial na gestação, pois comprometem a saúde do binômio e contribui para a ocorrência da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2003b). A esse respeito, a ICM (2002) refere que o profissional deve orientar as gestantes e sua família a respeito dos efeitos causados pelo uso do tabaco, álcool e outras drogas ilícitas sobre a própria gestante e o feto, sendo assim, os Enfermeiros que realizam pré-natal em Cuiabá-MT devem atentar para esse tipo de situação.

A ocupação atual das gestantes foi outro item com baixa frequência, sendo verificado em 13% das gestantes. Os Enfermeiros deveriam conhecer mais as condições de trabalho das mulheres grávidas, procedendo a orientações preventivas a respeito do esforço físico excessivo, da postura, pois manter-se em pé mais de 6 horas leva à dificuldade do retorno venoso. A busca de informações sobre a jornada e carga horária de trabalho, se diurna ou noturna, e exposição a agentes nocivos no ambiente do trabalho são aspectos importantes na determinação de uma gestação saudável.

A aceitação ou não da gravidez verificada na história da gestação atual, foi investigada em menos de 23% das gestantes, levando a deduzir que o histórico de enfermagem realizado pelos enfermeiros durante a consulta de pré-natal não privilegia um conjunto de informações que, segundo recomendação da ICM (2002), a identificação das condições emocionais das gestantes e sua família a respeito da gravidez deve ser objetivo a ser alcançado toda vez que a gestante estiver em contato com os profissionais que assistem ao pré-natal.

A investigação da vida sexual das gestantes foi um dos temas que apresentaram baixa frequência, revelando que os enfermeiros pouco conheceram a respeito da sexualidade das gestantes, o que permitiria desmitificar crendices, além de contribuir na identificação de situações de desconforto, como a dispareunia e risco de contrair alguma doença sexualmente

transmissível, especialmente para aqueles casos em que a gestante não tem um parceiro sexual fixo. A literatura alerta que as mulheres grávidas devem receber orientação da prática sexual segura, assim como das situações em que há restrição dessa atividade, como é para gestantes com descolamento prematuro da placenta, ameaça de abortamento entre outras complicações (BRASIL, 2003b).

Estudo realizado a respeito da sexualidade de gestantes apontou que o interesse sexual das mulheres grávidas é reduzido no primeiro trimestre da gravidez devido às alterações hormonais e, nessa fase, algumas delas apresentam náuseas, fadiga, nervosismo, levando a redução do nível de necessidades sexuais e dificuldade para se exercitar sexualmente. Os autores recomendam que seja feita a orientação sexual para o casal, pois a satisfação sexual pode melhorar a autoestima das mulheres grávidas e é fundamental o apoio do marido para uma prática sexual segura (MALAREWICZ; SZYMKIEWICZ; ROGALA, 2006).

A etapa seguinte à anamnese é a realização do exame físico geral, que foi realizado em menos de 50% das gestantes, com exceção da análise da situação nutricional que fez parte do exame físico nas consultas de enfermagem no pré-natal. A realização do exame físico é de grande importância para todas as gestantes e em todos os atendimentos, tendo em vista que as mudanças fisiológicas decorrentes desse período, para algumas mulheres, podem transpor os limites de normalidade, como é o caso da elevação da PA levando à Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, que tem como co-morbidade a obesidade, o déficit nutricional, as doenças endócrinas, doenças do sistema urinário, os edemas, entre outras (BRASIL, 2003b).

O primeiro item levantado pelos Enfermeiros no início do exame físico foi a situação nutricional, que ocorreu para 63,5% das gestantes, no qual foi calculado o índice de massa corpórea, porém, sem haver relação com o crescimento fetal. A importância de avaliar as condições nutricionais das gestantes reside no fato de que o baixo peso da gestante associa-se ao retardo do crescimento fetal, às infecções, parasitoses, anemias e a outras doenças que comprometem a gravidez, enquanto o sobrepeso predispõe à macrosomia fetal, polidrâmnio, ao edema, Diabetes gestacionais, entre outras complicações (MAHAN, 2005). A avaliação dos hábitos alimentares feita pelos Enfermeiros se deu mais no sentido de evitar a obesidade nas gestantes, não se observou orientação alimentar relacionada ao surgimento de doenças, como a Hipertensão arterial nas mães e o Diabetes nos bebês, por exemplo.

Davies et al. (2010) referem que pessoas com índice de massa corpórea acima de 30 kg/m² são consideradas obesas, os autores ressaltam que as mulheres grávidas devem receber aconselhamento sobre o ganho de peso no período gestacional, alertando que elas correm o risco de complicações, tais como cardiopatia, pneumopatia, hipertensão gestacional, diabetes

gestacional e apnéia obstrutiva do sono, e os bebês podem nascer com anomalias congênitas relacionadas ao estado de saúde materno, além disso, a indicação do parto cesariana para gestantes obesas é maior do que para as não obesas. Os autores mencionam que o exercício físico regular pode ajudar a reduzir alguns desses riscos.

Nas entrevistas realizadas com os Enfermeiros participantes ficou evidente que as gestantes com Hipertensão arterial ou Diabetes são encaminhadas à referência do pré-natal de alto risco e deixam de ser acompanhadas na unidade de origem. Nessas situações, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco somente quando a equipe local não dispuser dos recursos necessários para conduzir a gestação, sendo assim, é fundamental o acompanhamento por toda a equipe de saúde, seja do Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde da Família, das gestantes encaminhadas ao ambulatório do pré-natal de alto risco, afinal, a coordenação da assistência à saúde é da equipe local.

Procedimentos realizados na fase do exame físico, como a verificação da frequência cardíaca e a ausculta cardiopulmonar materna, foram procedimentos pouco desenvolvidos nas 74 consultas observadas. Destaca-se que o exame físico completo requer o desenvolvimento das etapas de inspeção, palpação, percussão e ausculta, que fazem parte da metodologia do Processo de Enfermagem, permitindo ao profissional orientar e documentar o cuidado prestado (HORTA, 2008; COFEN, 2009).

A inspeção da pele e das mucosas permite avaliar clinicamente a Anemia e foi realizada em apenas 28,3% de todos os atendimentos. Esse resultado é inferior ao apresentado no estudo de Cunha (2008), no qual esses mesmos procedimentos foram realizados em 32,7% das gestantes, em Rio Branco-AC. Os resultados apresentados alertam os Enfermeiros para que estejam mais atentos a todas as etapas do exame físico.

A palpação do pescoço e da axila foi também realizada em apenas 14,8% das mulheres grávidas, sendo assim, esta etapa do exame físico foi executada em menos de 80% das gestantes atendidas, deixando de se examinar estruturas importantes como a glândula Tireóide e os gânglios linfáticos dessas regiões. O controle adequado do hipertireoidismo pode evitar complicações maternas e fetais, motivo da necessidade do diagnóstico precoce (PATIL-SISODIA; MESTMAN, 2010).

Gartner (2009) refere que os distúrbios da Tireóide são comuns na gravidez e que a hipotiroxinemia afeta o desenvolvimento neuropsicológico da criança, além de ser uma das causas do risco aumentado de abortos, parto prematuro e morbidade neonatal, condições essas que contribuem com a mortalidade materna e fetal. Na suspeita de hipertireoidismo, os

Enfermeiros devem solicitar os exames indicados, e proceder ao encaminhamento ao pré-natal de alto risco quando confirmada a doença.

Outra etapa do exame físico geral que foi realizada em menos de 50% das gestantes foi o exame dos membros inferiores. Neste procedimento, os Enfermeiros buscaram avaliar a presença de edemas, não sendo observada a investigação de varizes nos membros inferiores; o que é sabido que diante da presença de alterações na circulação sanguínea, a gestante deve ser orientada sobre as medidas para alívio da dor e do edema, como a elevação dos membros inferiores em alguns períodos do dia.

Cabe ainda reforçar que a pesquisa de edema apresentou baixa frequência diante da importância requerida, menos de 50% das gestantes foram avaliadas e, de acordo com Jhaveri, Aelion e Wanchoo (2009), o edema, quando associado à hipertensão e à proteinúria, leva a complicações maternas como a pré eclampsia, cefaléia, dor epigástrica, além de lesões na células endoteliais. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b) orienta que gestantes com edema deverão ter acompanhamento diário dos valores da pressão arterial, o que pode ser planejado através da prescrição dos cuidados de enfermagem.

O exame físico abdominal foi realizado em apenas 12,7% das gestantes atendidas. Examinar o abdome consiste em palpar e percussar vísceras como o fígado, vesícula biliar, pâncreas e intestino (DANIEL, 2007). A maioria dos Enfermeiros participantes deixou de identificar as situações de desconforto relacionadas como as alterações do trato gastrointestinal.

A baixa frequência no exame das mamas, 39,1%, e na orientação quanto à amamentação, 9,4%, durante o exame físico, revelou que informações a respeito do cuidado com as mamas e com a amamentação foram pouco exploradas nos atendimentos individuais. O exame das mamas permite a identificação de alterações nos mamilos, se invertidos ou planos, além das secreções que mereçam investigação, tais como as com características de sanguinolentas, purulentas ou outras alteração na coloração (CHAVES NETTO, 2005).

O exame físico obstétrico também apresentou pouca frequência, pois foi realizado em menos de 50% das gestantes, deixando-se de certificar a presença do foco fetal, que é de extrema importância para certificar-se da vitalidade fetal e, até mesmo, para o diagnóstico da gravidez nos casos em que não exista confirmação laboratorial.

A palpação do útero também não ocorreu em todas as gestantes, sendo feito em apenas 29,7% delas, sendo assim, a presença e movimentação fetal não foi conferida. Avaliar a apresentação fetal por meio da palpação além de indicar corretamente o dorso do feto, no qual são aferidos os BCF, permite a identificação dos pólos cefálicos e pélvicos. Nos casos de

posição fetal pélvica ou transversa, há necessidade da realização de parto hospitalar (BRASIL, 2003b; CHAVES NETTO, 2005).

A ausculta dos batimentos cardíofetal (BCF) foi aferida em 45,9% das mulheres grávidas. A frequência desse procedimento foi prejudicada em três unidades de saúde, nas quais não havia aparelho (sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard). Em outras quatro situações, o profissional que realizou a consulta não possuía habilidade em manusear o sonar Doppler e nessas quatro gestantes o BCF não foi aferido.

Apesar dos enfermeiros terem auscultado os BCF, a medida da altura uterina não ocorreu de modo sistemático, visto que em apenas 48,6% das gestantes este procedimento foi realizado durante a consulta de pré-natal. Ressalta-se que a medida da altura uterina é um procedimento que pode indicar o tempo e a evolução da gestação, desenvolvimento fetal e condições patológicas, como oligodramnio ou polidramnio (CHAVES NETTO, 2005).

A inspeção dos genitais externos ocorreu em baixa frequência, executado em apenas uma gestante que apresentou queixa de Leucorréia. A realização de exame especular em gestantes é opinião controversa entre os Enfermeiros de Cuiabá-MT e, por isso, nem todo Enfermeiro realiza a coleta de citologia oncológica de células cervicais em gestantes. A justificativa dada pelos Enfermeiros que não realizam exame especular em gestantes é que tal procedimento pode provocar o abortamento, afirmativa equivocada, pois o Ministério da Saúde orienta a realização desse exame em gestantes (BRASIL, 2006a).

Vale destacar que é requerido do profissional qualificado para o atendimento à gestação, segundo a ICM (2002), conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do corpo humano, métodos para diagnóstico da gravidez saudável, de gravidez múltipla e de uma gravidez ectópica. Nesse sentido, a aquisição deste conhecimento é de fundamental importância no processo de avaliação obstétrica, a qual deve ser realizada em todas as consultas, subsidiadas pelo exame físico e exames laboratoriais.

Entre as orientações fornecidas pelos enfermeiros às gestantes, as temáticas que mais se destacaram foram: a alimentação, o aleitamento materno, os cuidados com as mamas, o planejamento familiar e os agendamentos das consultas e dos exames, sendo que, destes, os enfermeiros das unidades da ESF foram os que mais orientaram. As gestantes foram orientadas, ainda, sobre os hospitais nos quais elas poderiam procurar atendimento ao parto.

Os achados deste estudo revelaram que não há padronização quanto aos exames que devem ser requisitados para as gestantes, cada profissional orienta-se por referenciais que vão desde o Manual do Pré-natal do Ministério da Saúde às experiências adquiridas na graduação. Desse modo, alguns exames são solicitados sem indicação, como o exame de sorologia para a

Hepatite A em gestante assintomática, e outros que fazem parte da rotina do pré-natal deixam de ser solicitados para algumas gestantes, como a sorologia para Hepatite C.

Diante dessas observações, cabe reforçar que as normas e os protocolos são fundamentais para guiar e respaldar a atenção de qualidade por parte do pessoal qualificado, assim como para medir seu desempenho/rendimento e promover seu sentido de responsabilidade (MACDONALD, STARRS, 2003).

O exame de Parasitológico das fezes foi requisitado somente para 12,1% das gestantes, limitando o diagnóstico de verminose em mais de 85% das gestantes. É fundamental tratar as parasitoses de todas as pessoas, especialmente das gestantes, evitando complicações como o déficit na absorção dos nutrientes. Deve ser considerado que o Programa Saúde de Ferro recomenda o uso do Sulfato Ferroso e do Ácido Fólico na gestação, quando verminoses interferem na absorção de tais medicamentos (BRASIL, 2005).

As sorologias para Hepatite B e C são importantes na gestação para medidas que evitam a transmissão vertical, semelhante ao HIV. O Coombs indireto deve ser avaliado sempre que a gestante tiver fator Rh negativo. Outros exames que foram solicitados, como a sorologia para Citomegalovírus, o Lipidograma, a Clamídia, o BAAR e a cultura de escarro, mostram que em algumas situações o atendimento de enfermagem não está restrito aos requisitos mínimos recomendados, sendo investigadas outras morbidades.

Dos exames solicitados nas consultas subsequentes, a Sorologia para Hepatite B foi o mais frequente. De acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002a), os exames de rotina pré-natal devem ser repetidos próximo a 30ª semana de gestação, especialmente as sorologias para HIV, Sífilis e urina tipo I, não apenas a Hepatite B.

Do total de gestantes que compareceram para a primeira consulta de pré-natal, cerca de 30% já portavam resultados de exames, principalmente as que foram atendidas nos CS, sendo assim, do ponto de vista biológico, parte da avaliação das condições de saúde das gestantes foi adequadamente conduzida.

Em ambos os serviços (CS e ESF) houve gestantes com resultados de exames nas consultas subsequentes. Uma das facilidades para a realização dos exames está no fato de que o município de Cuiabá-MT dispõe de laboratório municipal e a realização dos exames é rápida, tendo em vista que o agendamento e coleta de material para os exames são feitos na maioria das unidades de saúde.

Os resultados desse estudo evidenciaram que nos CS a prescrição de medicamentos é facultada aos Enfermeiros, enquanto que na ESF é uma prática frequente nos atendimentos de

pré-natal por enfermeiros, principalmente o Sulfato Ferroso e o Ácido Fólico, ambos normatizados pelo Programa Saúde de Ferro do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), no qual 45,5% das gestantes foram cadastradas na primeira consulta.

Os medicamentos em uso foram verificados em 48,9% das gestantes, no sentido de certificar se elas faziam uso de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico. Tais medicamentos foram os prescritos com maior frequência pelos Enfermeiros, levando a considerar que as recomendações do Programa Saúde de Ferro (BRASIL, 2005) foram incorporadas na prática dos enfermeiros. Em relação ao uso de medicamentos pelas mulheres grávidas, a ICM (2002) recomenda a possibilidade de inclusão de plantas medicinais e outras preparações não farmacológicas pelas gestantes, principalmente para o alívio do desconforto. Durante o período de coleta de dados não se observou nenhuma atitude por parte dos enfermeiros no sentido de investigar não somente o uso destes recursos, como também a restrição do uso de medicamento na gestação.

Ao final dos atendimentos das consultas de pré-natal observou-se que em 29,7% dos atendimentos ocorreu o encaminhamento para a sala de vacinação e, para 5,4% das gestantes, foi explicado o motivo de tal procedimento. Quanto ao agendamento das consultas subsequentes, 40,5% de todas as gestantes foram orientadas sobre a data do retorno para a próxima consulta, que foi registrado no cartão da gestante e no livro de agendamentos das consultas de pré-natal, revelando que essas mulheres grávidas tiveram assegurada a consulta de retorno; para aquelas que já estavam próximo da data do parto, o agendamento seguinte ocorreu semanalmente.

A avaliação da situação vacinal ocorreu na maioria das consultas de pré-natal, embora devesse ocorrer para todas as gestantes. Das gestantes com história vacinal incompleta, os Enfermeiros as encaminhavam para a sala de vacinação, na qual os profissionais de nível médio se responsabilizavam pelo procedimento.

Com relação ao encaminhamento para o parto, os Enfermeiros referiram que não há necessidade de encaminhamento específico, basta que cada gestante procure um dos hospitais que atendem ao parto. Observou-se que a maioria dos Enfermeiros informou as gestantes o nome e endereço dos hospitais, porém, tal conduta não garante que as gestantes sejam atendidas no parto, revelando uma fragmentação da assistência à mulher grávida ao final da gestação, o que pode acarretar em sérias consequências para a mãe e para o bebê.

Os registros das informações foram apontados no prontuário e no cartão da gestante sendo que, em uma unidade de saúde, além do prontuário individual, havia uma cópia do cartão da gestante, mantendo os mesmos registros, o que revela uma preocupação dos

enfermeiros com o acompanhamento da evolução da gestação.

Os achados deste estudo apontam que apesar das dificuldades e fragilidades dos profissionais de enfermagem no desempenho das competências essenciais na atenção pré-natal, a implantação do atendimento pré-natal pelos enfermeiros foi efetivada na rede básica de Cuiabá. Contudo, os profissionais da equipe de enfermagem que participaram do estudo referiram gosto pela atuação no pré-natal e, de modos distintos, atendem a clientela que necessita do acompanhamento gestacional, dando importante contribuição às gestantes cuiabanas.

No entanto, a realização desse estudo mostrou que não há definição de condutas estabelecidas em protocolos assistenciais, da mesma forma, ficou evidente que as ações desenvolvidas na assistência ao pré-natal pela equipe de enfermagem não são padronizadas e orientadas por práticas baseadas em evidências científicas, comprometendo, assim, a atenção qualificada ao pré-natal.

Os padrões e protocolos definem o tipo de cuidado oferecido em cada nível do sistema de saúde e a contribuição de cada categoria de provedor sendo os mesmos, essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção qualificada no ciclo gravídico puerperal, assim como para avaliar e melhorar o desempenho dos provedores. Da mesma forma, as normas e diretrizes também podem ser utilizadas como base para autoavaliação na prática clínica por parte do pessoal qualificado e para avaliações de programas de supervisão por pares (MACDONALD, STARRS, 2003).

Contudo, quando se pretende melhorar a capacidade dos profissionais para proteger e promover a saúde materna, infantil e comunitária é indispensável estabelecer programas de capacitação de alta qualidade e de supervisão. Chama-se a atenção para que um ambiente favorável ao desenvolvimento de pessoas capacitadas implica, entre outras coisas, a existência de associações profissionais que promovam e defendam uma atenção de alta qualidade durante a gestação (MACDONALD, STARRS, 2003). Nesta direção, a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO) tem exercido um papel importante na elaboração de políticas nacionais de formação e atenção à mulher, e de normas técnicas baseadas em evidência científicas e de perfis de competências básicas no atendimento à mulher e ao neonato para enfermeiros e obstetrias (MAMEDE et al., 2008).

6. LIMITAÇÕES

A limitação deste estudo está na avaliação de competências, considerando que não se buscou avaliar o desempenho dos profissionais acerca das competências desenvolvidas na obstetrícia pela equipe de enfermagem do município de Cuiabá-MT, mas sim analisar se as ações relacionadas àquelas competências eram desenvolvidas no atendimento às gestantes.

Outra limitação encontrada se refere ao fato de que muitos enfermeiros, embora tenham concordado em participar do estudo, sentiram-se limitados em prestar os atendimentos às mulheres grávidas com mais desenvoltura na presença do pesquisador e, por se tratar de um estudo descritivo, o que se apresenta nesse estudo é um retrato de dado momento.

Contudo, a realização deste estudo permitiu identificar que em Cuiabá-MT o pré-natal conta com a participação efetiva dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de saúde da atenção básica, que são os Centros de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde da Família.

7. CONCLUSÃO

Os profissionais da enfermagem que participaram do estudo são, predominantemente, do sexo feminino, com idade média de 36,5 anos para as Enfermeiras e 43,3 anos para o nível médio, casadas e com filhos. A renda familiar para a maioria dos profissionais representa R\$ 2.000,00. Estão formadas há mais de 10 anos, com exceção das Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, em que a maioria possui de 1 a 2 anos de formação profissional. Entre os profissionais do nível médio, cinco são graduados e outros 19 com nível superior incompleto; a maioria das Enfermeiras é pós-graduada, no entanto, dos 51 Enfermeiros com pós-graduação apenas duas referiram ser especialistas em Saúde da Mulher, não se encontrou especialistas em Obstetrícia. Em relação às experiências no atendimento pré-natal, a maioria dos profissionais referiu tê-la adquirido no cotidiano. A minoria dos Enfermeiros, e nenhum dos profissionais do nível médio, participou de cursos de atualização no pré-natal depois de formados.

São os Enfermeiros que realizam as consultas de enfermagem no pré-natal, aos profissionais do nível médio cabe a pré-consulta da gestante.

As competências essenciais para a assistência pré-natal foram desenvolvidas pela equipe de enfermagem, no entanto, muitas delas apresentaram baixa frequência ou deixaram de ser realizadas em todas as consultas. A ausência de protocolos que oriente as condutas dos profissionais de enfermagem na atenção ao pré-natal é um dos fatores que compromete o desenvolvimento de tais competências.

As atividades realizadas com maior frequência no pré-natal foram a verificação da pressão arterial e do peso, anamnese, verificação da data da última menstruação, cálculo da data provável do parto e da idade gestacional, exame dos membros inferiores, pesquisa de edemas, ausculta dos batimentos cardíaco-fetal, medida da altura uterina, orientações (local onde é feito o parto, alimentação, agendamento de consultas de retorno e dos exames), solicitação e interpretação de exames laboratoriais, agendamento das consultas de retorno e anotações no prontuário e no cartão da gestante.

As ações e procedimentos que apresentaram menor frequência foram a ausculta cardiopulmonar, verificação da frequência cardíaca, inspeção de pele e mucosas, palpação do pescoço e axila, exame das mamas, palpação obstétrica, inspeção dos genitais externos, exame especular, orientações (sexualidade, higiene, uso de preservativos, atividade laboral, cuidados com as mamas, aleitamento materno, planejamento familiar), ações educativas,

prescrição de medicamentos, retorno para o puerpério, encaminhamento para sala de vacina, dentista e nutricionista, e retorno para a consulta de puerpério.

As ações e procedimentos não realizados durante a coleta dos dados foram as atividades em grupo de gestantes e a classificação do risco gestacional, para as quais o município não possui protocolo.

8 IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA, O ENSINO E A PESQUISA

A análise da assistência pré-natal realizada pelos profissionais de enfermagem, na rede municipal de saúde do município de Cuiabá-MT, revelou diferenças nas ações e procedimentos desenvolvidos pelos Enfermeiros dos CS e da ESF, podendo constituir-se em motivo de novos estudos relacionados.

Embora o município não conte com protocolo assistencial que oriente as consultas de enfermagem no pré-natal, ficou evidente que os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família atuam com mais presença e autonomia na assistência às gestantes em relação aos Enfermeiros dos Centros de Saúde. Portanto, a participação dos enfermeiros no pré-natal, em Cuiabá-MT, ocorre distintamente ao comparar os dois modelos de atenção à saúde, o que pode limitar a participação da enfermagem no controle e redução da mortalidade materna.

Esse estudo apontou a necessidade da (re) definição, padronização e avaliação das ações que possam ser desenvolvidas pela equipe de enfermagem em Cuiabá-MT, o que, evidentemente, propiciará o fortalecimento da assistência prestada às mulheres grávidas e, com isso, a melhoria na assistência pré-natal.

Os achados deste estudo permitem recomendar o envolvimento das Associações de Classe como ABENFO e ABEN, e das Universidades na qualificação dos profissionais de enfermagem para o atendimento pré-natal e estabelecimento de protocolos e perfis profissionais que atendam às exigências para o desempenho das competências essenciais no atendimento à mulher e à família em processo de gestação. Recomenda, ainda, que as instituições de ensino discutam acerca do modelo de formação profissional pautado no ensino por competências, em que os futuros profissionais possam apreender o conhecimento, praticar as habilidades e adquirir atitudes requeridas no cuidado com as gestantes.

REFERÊNCIAS

- AYABACA, P.; HARVEY, S. A.; EDSON W. N.; BURKHALTER, B. Estudios de maternidad segura: resultados del Ecuador. Proyecto de garantia de calidad. **Bethesda**, mar., 2004. (Estados Unidos).
- BACKES, V. M. S.; MARTINS, S. T.; FERRAZ, F.; SCHMIDT, S. M. S.; PRADO, M. L.; LINO, M. M.; MARCELINO, S. R. Competências dos enfermeiros em problematizar a realidade do serviço de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 4, p. 727-736, 2007.
- BICA, L. H.; TAVARES, K. O. A atuação da Enfermeira no Programa Saúde da Família: uma breve análise da sua prática assistencial. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 92, n. 9, p. 632-637, jan., 2006.
- BRASIL. Presidência da República Federativa do Brasil. **Lei nº. 7.498, de 25 de jun. de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jun 1986, seção I p. 9.273-9275.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a atenção básica no Brasil**. Brasília, DF, 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras (ABENFO). **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2003a.
- _____. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras – ABENFO. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. 2005. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>> Acesso em: 13 ago. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual operacional: Programa nacional de suplementação de Ferro**. Brasília, DF, 2005b.
- _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica: Saúde da Família e a atenção pré-natal e puerperal**. Brasília, DF, jul/ago 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed., Brasília, DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde (RIPSA): **Indicadores e dados básicos para a saúde 2007c**. Brasília, 2009. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2007/c03.htm> Acessado em 13/08/09.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº. 35, de 04 de jan de 2007d**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, DF, 2007.

BRIENZA, A. M. **O processo de trabalho das Enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**. 2008. 168f. (Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

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

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

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T.V. P. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, v.7, n.3, p. 309-317, 2007.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13 n. 6, p.960-967, 2005.

CESAR, J. A.; MENDONZA-SASSI, R. A.; ULMI, E. F.; DALL'AGNOL, M. M.; NEUMANN, N. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2614-2622, Nov., 2008.

CHAVES NETTO, H. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – CONFEN. **Resolução COFEN-317/07**. Regulamenta ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, RJ, 02 ago 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução 358/09**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de

Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 out 2009, seção I p. 273-275.

CORDEIRO, H.; ROMANO, V. F.; SANTOS, E. F.; FERRARI, A.; FERNANDES, E.; PEREIRA, T. R.; PEREIRA, A. T. S. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19 n.3, p.695-710, 2009.

COSTA, S. F. G.; SILVA, M. I. T.; OLIVEIRA, E. F.; LIMA, C. B. **Metodologia da pesquisa**: coletânea e termos. João Pessoa: Idéia, 2000.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39 n. 5, p. 768-774, 2005.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenação municipal de vigilância**. Cuiabá: SMS, 2009.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenação municipal do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Cuiabá: SMS, 2009.

CUNHA, M. A. **Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco-AC: contribuições para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal**. 2008. 159f. (Tese de Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, jan./mar. 2009.

DANIEL, L. F. **A Enfermagem planejada**. São Paulo: EPU, 11ª reimpressão, 2007.

DAVIES, G.A.; MAXWELL, C.; McLEOD, L.; GAGNON, R.; BASSO, M.; BOS, H.; DELISLE, M. F.; FARINE, D.; HUDSON, L.; MENTICOGLOU, S.; MUNDLE, W.; MURPHY-KAULBECK, L.; OUELLET, A.; PRESSEY, T.; ROGGENSACK, A.; LEDUC, D.; BALLERMAN, C.; BIRINGER, A.; DUPERRON, L.; JONES, D.; SHEK-YUN, L. L.; SHEPHERD, D.; WILSON, K. Obesity in pregnancy. **Journal of obstetrics and gynaecology**, v.32, n.2, p.165-173, fev 2010. (Canadá)

DOTTO, L. M. G. **Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco – AC**. 2006. 148f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, abr. 2006.

DUARTE, S. J. H. **Representação social da gestante residente no Marabá a respeito do pré-natal**. 2007. 82f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência Pré-natal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 5, p. 377-388, 2007.

FERREIRA, A. S.; Competências gerenciais para as unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

FLEMING, V.; POAT, A.; CURZIO, J.; DOUGLAS, V.; CHEYNE, H. Competencies of midwives with single or dual qualifications at the point of registration in Scotland. **Midwifery**, v. 17, n.4, p. 295-301, dez, 2001 (Inglaterra).

FONSECA, T., M. V.; CESAR, J. A.; HACKENHAAR, A. A.; ULMI, E. F.; NEUMANN, N. A. Corrimento vaginal referido entre gestantes em localidade urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 558-566, mar, 2008.

GAGNON, A. J.; DANDALL, J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. **Cochrane database of systematic reviews**, Issue 3, 2009.

GARTNER, R. Thyroid diseases in pregnancy. **Current opinion in obstetric and gynecology**, v.21, n.6, p.501-507, dez 2009.

GERRA, G. C. B.; SILVA, A. Q. B.; FRANÇA, L. B.; ASSUNÇÃO, P. M. C.; CABRAL, R. X.; FERREIRA, A. A. A. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [on line], São Paulo, v. 30, n.1, p. 12-18, 2008.

HAGER, P.; GONCZI, A.; ATHANASOU, J. Topicos generales sobre la evaluación de la competencia. **Asses Evaluation Higher Educ**, Sidney, v. 19, p. 327-39, junio 1994. (Austrália)

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 18ª reimpressão, 2008, p.33-71.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 5, p. 1303-1311, 2002.

HUBNER, V. C.; MURILLO, A. G.; MURDOCK, M. N.; BORRÁS, C. P.; VÁSQUEZ, A. E. Atención calificada Del parto em América Latina y El Caribe. Santa Cruz de La Sierra, 2004, disponível em <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/WM/Atencioncalificadadelpartoinformefinal.pdf>. acesso em 27 ago. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico 2000**. 2000a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 de ago. 2009.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. Essentiel Competencies for basic midwifery practice 2002. New York: ICM, 2002. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish>

[2002-JF_2007%20FINAL.pdf](#) Acesso em: 20 ago. 2009.

JHAVERI, K. D.; AELION, A.; WANCHOO, R. Pre-eclampsia presenting as hyponatremia: an uncommon presentation of pre-eclampsia in a twin pregnancy - a case report and review of the literature. **Clinical Nephrology**, v.72, n. 6, p.492-496, dez 2009.

KAK, N.; BURKHALTER, B.; COOPER, M. A. Measuring the competence of healthcare providers. Operations Res. Issue Paper, **Bethesda**, v.2, n. 1, jul, 2001. Disponível em: <http://www.gaproject.org/pubs/PDFs/competence.pdf>. Acessado em: 12 ago. 2009 (Estados Unidos)

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

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

LAURENTI, R.; JORGE M.H.P.M.; GOTLIEB S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.7, n.4, p.449-460, dez. 2004.

LOUREIRO, P. R. A. Uma resenha teórica e empírica sobre a economia da discriminação. **Revista Brasileira de Economia**, v.57, n.1, p.125-157, mar. 2003.

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

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. K. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**, 11ª edição. São Paulo: Roca, 2005, passim.

MALAREWICZ, A.; SZYMKIEWICZ, J.; ROGALA, J. Sexuality of pregnant women. **Ginekologia polska**, v.77, n.9, p.733-739, set. 2006.

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística: saúde pública**. 2 ed. Belo Horizonte: COOPMED, 1992.

MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G.; OLIVEIRA, M.E.; BRUGGEMANN, O.; RIESCO, M.L.G.; GUALDA, D.M.R.; ARANTES, S. L. **Minuta do Concurso para Certificação e Titulação em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela ABENFO**, 2008. Disponível em < www.abenfo.org.br/pdf > Acesso em: 26 fev. 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competencia profissional. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 472-478, jul-set, 2006.

MATO GROSSO. Governo do Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, **Indicadores de mortalidade**, 2000 a 2007. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/indicadoresedadosvitais> acessado em 29/07/2009.

MATO GROSSO. Governo do Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, **Indicadores de saúde e dados vitais**, 2008. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/indicadoresedadosvitais> acessado em 29/07/2009.

MENDONZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A.; ULMÍ, E. F.; MANO, P. S.; DALL'AGNOL, M. M.; NEUMANN, N. A. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set., 2007.

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

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, E. R.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. S. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador, Bahia. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v.20, n.3, p. 311-315, 2007.

OLIVEIRA, N. A.; THOFEHRN, M. B.; CECAGNO, D.; SIQUEIRA, H. C. H.; PORTO, A. R. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional de egressos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18 n.4, p. 697-704, 2009.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**. 10ª revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)/ OFICINA REGIONAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Perfil dos Serviços de Obstetrícia/Partería nas Américas. **Rascunho**, 2004.

PADILHA, P. C.; ACCIOLY, E.; CHAGAS, C.; PORTELA, E.; Da SILVA, C. L.; SAUNDERS, C. Birth weight variation according to maternal characteristics and gestational weight gain in Brazilian women. **Nutrição Hospitalar**, v. 24, n. 2, p. 207-212, 2009.

PATIL-SISODIA, K.; MESTMAN, J. H. Graves hyperthyroidism and pregnancy: a clinical update. **Endocrine practice**, v.16, n.1, p.118-129, fev 2010.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 1ª parte. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, L. F.; MALAFAIA, M. F.; BORGES, J. A.; BACCARO, A.; SORANZ, D. R. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 205-213, 2005.

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

QUALITY ASSURANCE PROJECT. Maximizing quality of care in health sector reform: the role of quality assurance strategies. *Technical Reports*, Latin America & the Caribbean, n. 64, p. 1-36, 2005. Disponível em : <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/LACHSR%20Report%2064.pdf> Acesso em: 26 fev. 2010.

RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. Recife, v.8, n.4, p.401-410, 2008.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**, 3 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O.; Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 109-112, jan./fev. 2008.

SANTOS, E.F. et. Al. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2000.

SANTOS, T. C. F.; BARREIRA, I. A. a mulher e a Enfermeira na nova ordem do Estado novo. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, [on line] v. 17, n. 3, p. 587-593, jul./set. 2008.

SERRUYA, S.J., LAGO T.D.G., CECATTI J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.4, n.3, p.269-279, jul./set. 2004.

SILVA, A. C. C. **Análise das práticas de enfermagem em um centro obstétrico no município de Cuiabá: vislumbrando a humanização do cuidado**. 2009. 101f. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso: Cuiabá.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G.; SANTANA, M. N. G. S. T. O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 161-166, mar./abr. 2007.

SOUZA JUNIOR, J. C.; KUNKEL, N.; GOMES, M. A.; FREITAS, P. F. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [on line], Recife, v.7, n.4, p. 397-403, 2007.

SPSS. **Statistical Package for Social Sciences**, 15.0. User's Guide. Chicago: SPSS, Inc., 2002.

TANAKA, A. C. d'A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**, 1ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

TANAKA, A. C. d'A. Dossiê mortalidade materna. **Rede Saúde**, 2001. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_mt-panbrasil.html> Acesso em: 12 set. 2009.

TREVISAN, M. R.; LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 293-299, 2002.

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

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(profissionais)**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa e pode decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e esclareça com o responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Sebastião Junior Henrique Duarte.

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, aceito ser entrevistado (a) e sei que o objetivo desta pesquisa é “Analisar a assistência pré natal realizada pelos profissionais de enfermagem na rede municipal de saúde do município de Cuiabá-MT”.

Fui igualmente informado (a):

- a) da garantia de ter resposta a qualquer pergunta referente aos procedimentos, riscos (possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano), benefícios e outros assuntos relacionados a pesquisa;
- b) de que tenho a liberdade de desistir do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa, o que imediatamente informarei ao responsável pela pesquisa;
- c) de que a entrevista será gravada para posterior transcrição pelo autor;
- d) de que estarei colaborando para a melhoria do serviço de saúde oferecido as mulheres grávidas, pois estou contribuindo com minha experiência e vivência;
- e) de que serão mantidas em sigilo qualquer informação que possa me identificar, principalmente meu nome e endereço e desse modo, serão mantidos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa;
- f) estou ciente de que em caso de dúvida, entrarei em contato com Sebastião Junior Henrique Duarte pelo telefone 3615-8826 ou 9934-0434;
- g) que o presente termo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisas do Hospital Julio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, podendo ser constatado através do telefone 3615-7254
- h) que o termo é assinado em duas vias, sendo uma do pesquisador e outra ficará em meu poder.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que concordo em participar desse estudo.

Cuiabá MT, ____/____/____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Sebastião Junior Henrique Duarte

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(gestantes)**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa e pode decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e esclareça com o responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Sebastião Junior Henrique Duarte.

Pelo presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, autorizo o pesquisador a assistir os procedimentos de pré-natal que são prestados a mim nessa unidade de saúde, incluindo a consulta de enfermagem e sei que o objetivo desta pesquisa é “Analisar a assistência pré natal realizada pelos profissionais de enfermagem na rede municipal de saúde do município de Cuiabá-MT”.

Fui igualmente informada:

- a) da garantia de ter resposta a qualquer pergunta referente aos procedimentos, riscos (possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano), benefícios e outros assuntos relacionados a pesquisa;
- b) de que tenho a liberdade de desistir do consentimento e da participação, em qualquer fase da pesquisa, o que imediatamente informarei ao responsável pela pesquisa;
- c) de que estarei colaborando para a melhoria do serviço de saúde oferecido as mulheres grávidas, pois estou contribuindo com minha experiência e vivência;
- d) de que serão mantidas em sigilo qualquer informação que possa me identificar, principalmente meu nome e endereço e desse modo, serão mantidos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa;
- e) estou ciente de que em caso de dúvida, entrarei em contato com Sebastião Junior Henrique Duarte pelo telefone 3615-8826 ou 9934-0434;
- f) que o presente termo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisas do Hospital Julio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, podendo ser constatado através do telefone 3615-7254
- g) que o termo é assinado em duas vias, sendo uma do pesquisador e outra ficará em meu poder.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que concordo em participar desse estudo.

Cuiabá MT, ____/____/____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Sebastião Junior Henrique Duarte

APÊNDICE C - Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Estudo das competências essenciais na atenção pré natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT

Objetivo geral: “Analisar a assistência pré natal realizada pelos profissionais de enfermagem na rede municipal de saúde do município de Cuiabá-MT”.

Nome do Pesquisador: Sebastião Junior Henrique Duarte

Bases de dados a serem utilizados: Sistema de Informação de Mortalidade Materna (SIM), Sistema de Informação do pré natal (SISPRENATAL) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT.

Como pesquisador supra qualificado comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citada, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Cuiabá, MT _____/_____/_____

SEBASTIÃO JUNIOR HENRIQUE DUARTE
Pesquisador

- 14- Jornada semanal de trabalho em horas: _____
- 15- Há quanto tempo trabalha na assistência ao pré-natal? _____
- 16 – Experiência na assistência ao pré-natal (local/período): _____
- 17 – Realiza pré-natal nesta Unidade? () Sim () Não
- 18 – Como o pré-natal está organizado neste serviço? Qual é a rotina? _____
- 19 – Como ocorre a captação / entrada das gestantes para início do pré-natal?
() demanda espontânea () encaminhamento pelos ACS () outro, qual _____
- 20 – Há programas especiais de atendimento pré-natal para gestantes consideradas especiais? (adolescente, de alto risco)
- 21 – O que você faz na assistência pré-natal? (atividades gerenciais, assistenciais): _____
- 22- O serviço oferece cursos? (gestantes, puérperas, planejamento familiar, etc.)
() Sim () Não
- 23- Como funciona? O que é tratado? De quem é a responsabilidade? _____
- 24- Você tem dificuldades no atendimento à gestante? () Sim () Não
- 25 – Em caso afirmativo, que tipo de dificuldades? Como as supera? _____
- 26 – Em média, quantas consultas de pré-natal as gestantes realizam? _____
() 1 () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a 6 () mais de 6
- 27 – Como é feito o controle das gestantes faltosas? _____
- 28 – Como é feito o atendimento da gestante de alto risco? _____
- 29 – Como é o encaminhamento da gestante para a assistência ao parto? (fluxo) _____
- 30 – E depois que ela dá à luz? Há um programa específico para a puérpera? Como funciona? _____
-

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista para o responsável técnico do serviço de pré-natal no município de Cuiabá, MT

Data: ____/____/____

Formação acadêmica: _____

Idade: _____ anos

1 - Há quanto tempo exerce a função de responsável técnico pelo serviço de pré-natal no município de Cuiabá, MT? _____

3 - Como está estruturado o serviço de pré-natal no município de Cuiabá? (locais, profissionais que atuam, referência e contra referência para baixo e alto risco, protocolos de atendimento e ações educativas)?

4 - Como está organizada a educação continuada do pessoal de enfermagem em relação ao pré-natal (verificar se são oferecidos cursos de atualização, periodicidade e critérios para participação)?

5 - Como se dá o fluxo de materiais e equipamentos necessários para a realização do pré-natal (manutenção, reposição e aquisição)?

6 - Como está organizado o serviço de laboratório que realiza os exames de pré-natal? (verificar quais os exames de rotina pré-natal, se existem exames de urgência, convênios com outros laboratórios, quem solicita os exames).

6 - Existe a central de regulação obstétrica no município de Cuiabá, MT? Se sim, como funciona? (verificar regulação de referência e contra-referência, meios de transportes e profissional habilitado para acionar a central).

7 - Como se dá a transferência das gestantes em trabalho de parto que esteja no domicílio e/ou na unidade de saúde?

8 - Em relação aos indicadores:

Verificar no Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), os indicadores de processo na avaliação da atenção qualificada:

- a) Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);
- b) Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consulta de pré-natal;
- c) Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- d) Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

- e) Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- f) Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa);
- g) Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti HIV e a imunização antitetânica;

Verificar no Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) os indicadores de resultado na avaliação da atenção qualificada no pré-natal:

- a) Percentual de recém-nascido com diagnóstico de Sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município de Cuiabá no ano de 2008;
- b) Percentual de recém nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Verificar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) os indicadores de impacto na avaliação da atenção qualificada no pré-natal:

- a) Coeficiente de incidência de Sífilis congênita no município no ano de 2008, comparado com o do ano de 2007;
- b) Coeficiente de incidência de Tétano neonatal no município no ano de 2008, comparado com o do ano de 2007;
- c) Razão de mortalidade materna no município no ano de 2008, comparada com a do ano de 2007;
- d) Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município no ano de 2008, comparado com o do ano de 2007;
- e) Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município no ano de 2008, comparado com o do ano de 2007;
- f) Coeficiente de mortalidade neonatal total do município no ano de 2008, comparado com o do ano de 2007.

APÊNDICE F – Roteiro de Observação para enfermeiros

Número: _____

UNIDADE: _____

DISTRITO: _____

Data: ____/____/____ Horário de início: ____:____ Horário de término: ____:____

FASE DA GESTAÇÃO

1º Trimestre () 2º Trimestre () 3º Trimestre ()

Número da Consulta: _____

Motivo da Consulta: _____

PRÉ-CONSULTA

Profissional que realizou: _____

Procedimentos realizados

Peso: () Sim () Não

Altura: () Sim () Não

Sinais Vitais: () Temperatura () Pressão Arterial () Pulso () Frequência cardíaca

ROTEIRO DA CONSULTA PRÉ-NATAL

Profissional que realizou a entrevista / consulta: _____

Verificou ou atualizou a História clínica

1. Nome completo da gestante () sim () não
2. Idade () sim () não
3. Cor () sim () não
4. Naturalidade () sim () não
5. Procedência () sim () não
6. Endereço atual () sim () não
7. cadastrou ou atualizou SISPRENATAL () sim () não
8. Realizou escuta da gestante, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas () sim () não

Verificou ou atualizou os Dados sócio-econômicos

- 9 Renda familiar () **sim** () **não**
- 10 Pessoas da família com renda () **sim** () **não**
- 11 Condições de moradia () **sim** () **não**
- 12 Condições de saneamento () **sim** () **não**
- 13 Profissão / ocupação () **sim** () **não**
- 14 Estado civil () **sim** () **não**
- 15 Grau de instrução () **sim** () **não**
- 16 Distância da residência até a UBSF ou C.S () **sim** () **não**
- 17 Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico) () **sim** () **não**

Verificou ou atualizou os Antecedentes familiares

- 18 Hipertensão arterial () **Sim** () **Não**
- 19 Diabetes *mellitus* () **Sim** () **Não**
- 20 Doenças congênitas () **Sim** () **Não**
- 21 Gemelaridade () **Sim** () **Não**
- 22 Câncer de mama e/ou do colo uterino () **Sim** () **Não**
- 23 Hanseníase () **Sim** () **Não**
- 24 Tuberculose () **Sim** () **Não**
- 25 Doença de Chagas () **Sim** () **Não**
- 26 Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV () **Sim** () **Não**

Verificou ou atualizou os Antecedentes pessoais

- 27 Hipertensão arterial crônica () **Sim** () **Não**
- 28 Cardiopatias, inclusive doença de Chagas () **Sim** () **Não**
- 29 Diabetes *mellitus* () **Sim** () **Não**
- 30 Doenças renais crônicas () **Sim** () **Não**
- 31 Anemias () **Sim** () **Não**

32 Distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso, obesidade) () **Sim** () **Não**

33 Epilepsia () **Sim** () **Não**

34 Doenças da tireóide e outras endocrinopatias () **Sim** () **Não**

35 Malária () **Sim** () **Não**

36 Virose (rubéola, hepatite) () **Sim** () **Não**

37 Alergias () **Sim** () **Não**

38 Hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas () **Sim** () **Não**

39 Portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?)
() **Sim** () **Não**

40 Infecção do trato urinário () **Sim** () **Não**

41 Doenças neurológicas e psiquiátricas () **Sim** () **Não**

42 Cirurgia (tipo e data) () **Sim** () **Não**

43 Transfusões de sangue () **Sim** () **Não**

Verificou ou atualizou Antecedentes ginecológicos

44 Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade) () **Sim** () **Não**

45 Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono) () **Sim** () **Não**

46 Infertilidade e esterilidade (tratamento) () **Sim** () **Não**

47 Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro) () **Sim** () **Não**

48 Doença inflamatória pélvica () **Sim** () **Não**

49 Cirurgias ginecológicas (idade e motivo) () **Sim** () **Não**

50 Mamas (alteração e tratamento) () **Sim** () **Não**

51 Última colpo ou citologia oncológica (data e resultado) () **Sim** () **Não**

Verificou ou atualizou os Antecedentes obstétricos

52 Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme) () **Sim** () **Não**

53 Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações) (☐) **Sim** (☐) **Não**

54 Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento) (☐) **Sim** (☐) **Não**

55 Número de filhos vivos (☐) **Sim** (☐) **Não**

56 Idade na primeira gestação (☐) **Sim** (☐) **Não**

57 Intervalo entre as gestações (em meses) (☐) **Sim** (☐) **Não**

58 Isoimunização Rh (☐) **Sim** (☐) **Não**

59 Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação) (☐) **Sim** (☐) **Não**

60 Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g (☐) **Sim** (☐) **Não**

61 Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos) (☐) **Sim** (☐) **Não**

62 Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos) (☐) **Sim** (☐) **Não**

63 Natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu) (☐) **Sim** (☐) **Não**

64 Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsangüineotransfusões (☐) **Sim** (☐) **Não**

65 Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar) (☐) **Sim** (☐) **Não**

66 Complicações nos puerpérios (descrever) (☐) **Sim** (☐) **Não**

67 História de aleitamentos anteriores (☐) **Sim** (☐) **Não**

Verificou ou estima o risco gestacional?

Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis:

67 Idade menor que 15 e maior que 35 anos (☐) **Sim** (☐) **Não**

69 Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse (☐) **Sim** (☐) **Não**

70 Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente (☐) **Sim** (☐) **Não**

- 71 Situação conjugal insegura () **Sim** () **Não**
- 72 Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular) () **Sim** () **Não**
- 73 Condições ambientais desfavoráveis () **Sim** () **Não**
- 74 Altura menor que 1,45m () **Sim** () **Não**
- 75 Peso menor que 45kg e maior que 75kg () **Sim** () **Não**
- 76 Dependência de drogas lícitas ou ilícitas () **Sim** () **Não**

História reprodutiva anterior

- 77 Morte perinatal explicada ou inexplicada () **Sim** () **Não**
- 78 Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
() **Sim** () **Não**
- 79 Abortamento habitual () **Sim** () **Não**
- 80 Esterilidade/infertilidade () **Sim** () **Não**
- 81 Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
() **Sim** () **Não**
- 82 Nuliparidade e multiparidade () **Sim** () **Não**
- 83 Síndromes hemorrágicas () **Sim** () **Não**
- 84 Pré-eclâmpsia/eclâmpsia () **Sim** () **Não**
- 85 Cirurgia uterina anterior () **Sim** () **Não**
- 86 Macrossomia fetal () **Sim** () **Não**

Intercorrências clínicas crônicas

- 87 Cardiopatias () **Sim** () **Não**
- 88 Pneumopatias () **Sim** () **Não**
- 89 Nefropatias () **Sim** () **Não**
- 90 Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*) () **Sim** () **Não**
- 91 Hemopatias () **Sim** () **Não**

92 Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou em uso de anti-hipertensivo

() **Sim** () **Não**

93 Epilepsia () **Sim** () **Não**

94 Infecção urinária () **Sim** () **Não**

95 Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST) () **Sim** () **Não**

96 Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras collagenoses)
() **Sim** () **Não**

97 Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)
() **Sim** () **Não**

Doença obstétrica na gravidez atual

98 Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
() **Sim** () **Não**

99 Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada () **Sim** () **Não**

100 Ganho ponderal inadequado () **Sim** () **Não**

101 Pré-eclâmpsia/eclâmpsia () **Sim** () **Não**

102 Amniorrexe prematura () **Sim** () **Não**

103 Hemorragias da gestação () **Sim** () **Não**

104 Isoimunização () **Sim** () **Não**

105 Óbito fetal () **Sim** () **Não**

Verificou ou atualizou dados da gestação atual

106 Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação, DPP e IG() **Sim** () **Não**

107 Peso prévio e altura () **Sim** () **Não**

108 Sinais e sintomas na gestação em curso () **Sim** () **Não**

109 Hábitos alimentares () **Sim** () **Não**

110 Medicamentos usados na gestação () **Sim** () **Não**

111 Internação durante esta gestação () **Sim** () **Não**

112 Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas
(☐) **Sim** (☐) **Não**

113 Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse) (☐) **Sim** (☐) **Não**

114 Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente (☐) **Sim** (☐) **Não**

Verificou ou atualizou história da sexualidade

115 Início da atividade sexual (idade da primeira relação) (☐) **Sim** (☐) **Não**

116 Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual) (☐) **Sim** (☐) **Não**

117 Prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores (☐) **Sim** (☐) **Não**

118 Número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa (☐) **Sim** (☐) **Não**

Realizou o Exame Físico

GERAL:

119 Calculou IMC (☐) **Sim** (☐) **Não**

120 Verificação da pressão arterial (☐) **Sim** (☐) **Não**

121 Ausculta cardiopulmonar (☐) **Sim** (☐) **Não**

122 Aferiu a frequência cardíaca (☐) **Sim** (☐) **Não**

123 Fez exame do abdome (☐) **Sim** (☐) **Não**

124 Relacionou o estado nutricional da gestante e relação com o crescimento fetal:
(☐) **Sim** (☐) **Não**

125 Fez a inspeção da pele e mucosas: (☐) **Sim** (☐) **Não**

126 Fez a palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar: (☐) **Sim** (☐) **Não**

127 Examinou os MMII: (☐) **Sim** (☐) **Não**

128 Pesquisou edema: (☐) **face** (☐) **tronco** (☐) **membros**

Realizou exame específico: Gineco-Obstétrico

129 Examinou as mamas: (☐) **Sim** (☐) **Não**

130 Orientou quanto à amamentação: () **Sim** () **Não**

131 Auscultou BCF: () **Sim** () **Não** () **Pinard** () **Sonar**

132 Medida da altura uterina () **Sim** () **Não**

133 Palpação: **Posição** () **Apresentação fetal** ()

134 Fez a inspeção dos genitais externos: () **Sim** () **Não**

135 Fez exame especular:

() **inspeção das paredes vaginais** () **inspeção do conteúdo vaginal**

() **inspeção do colo uterino** () **exame citológico** () **toque vaginal** () **Nenhum**

136 Prestou Orientações:

() sinais de perigo () quando procurar o serviço de saúde () medidas de conforto () alimentação () exercícios () sono/repouso () sexualidade () trabalho () higiene () aleitamento materno () fumo/álcool/drogas () sinais de trabalho de parto () entrega de material didático () teste do pezinho () Cuidados com as mamas () outro, qual _____

137 AÇÕES COMPLEMENTARES:

138 Solicitou exames laboratoriais: () **Não** () **Sim** Quais?

() ABO/Rh () Hemograma () Glicose () Hepatite B () VDRL () Toxoplasmose () HIV () EAS ou Urina tipo 1 () Protoparasitológico de fezes () Rubéola () HTLV () Urocultura () Colpocitologia oncológica () Bacterioscopia de secreção vaginal () USG () Outro, qual _____

139 Interpretou Exames laboratoriais: () **Não** () **Sim** Quais?

() ABO/Rh () Hemograma () Glicose () Hepatite B () VDRL () Toxoplasmose () HIV () EAS ou Urina tipo 1 () Protoparasitológico de fezes () Rubéola () HTLV () Urocultura () Colpocitologia oncológica () Bacterioscopia de secreção vaginal () USG () Outro, qual _____

140 Explicou os motivos? () **Sim** () **Não**

141 Prescrição medicamentosa: () **Sim** () **Não**

142 Motivo _____

143 Qual medicamento? _____

144 Explicou o uso? () **Sim** () **Não**

145 Verificou situação vacinal () **Sim** () **Não**

146 Encaminhou para sala de vacina () **Sim** () **Não**

147 Explicou o porquê da vacinação? () Sim Não ()

148 Fez Agendamento de consultas subseqüentes: () Sim () Não

149 Outras ações/encaminhamentos_____

150 Anotações () prontuário () cartão da gestante () prontuário e cartão da gestante ()
Nenhuma

151 Orientou para as atividades em grupo de gestantes, com linguagem clara e compreensiva
() Sim () Não

152 Orientou para o retorno da consulta puerperal () Sim () Não

SALA DE ESPERA

153 Houve ações de acolhimento () sim () não

154 Teve palestra: () Sim () Não

Tema: _____

155 Outras atividades: _____

156 Tempo de espera em minutos: _____

157 Gestante estava acompanhada: () Sim Não ()

Com quem? _____

APÊNDICE G – Roteiro de Observação para técnicos de enfermagem

Número: _____

UNIDADE: _____

DISTRITO: _____

Data: ____/____/____ Horário de início: ____:____ Horário de término: ____:____

FASE DA GESTAÇÃO

1º Trimestre () 2º Trimestre () 3º Trimestre ()

Número da Consulta: _____

Motivo da Consulta: _____

PRÉ-CONSULTA

Procedimentos realizados

Peso: () Sim () Não

Altura: () Sim () Não

Sinais Vitais: () Temperatura () Pressão Arterial () Pulso () Frequência cardíaca

Verificou

3. Nome completo da gestante () **sim** () **não**

4. Idade () **sim** () **não**

3. Procedência () **sim** () **não**

8. Endereço atual () **sim** () **não**

9. cadastrou ou atualizou SISPRENATAL () **sim** () **não**

Investigou

10. Sinais e sintomas na gestação em curso () **Sim** () **Não**

11. Hábitos alimentares () **Sim** () **Não**

12. Medicamentos usados na gestação () **Sim** () **Não**

13. Internação durante esta gestação () **Sim** () **Não**

14. Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas
() **Sim** () **Não**

15. Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos)

e físicos potencialmente nocivos, estresse) () **Sim** () **Não**

16. Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente () **Sim** () **Não**

17. Prestou Orientações:

() sinais de perigo () quando procurar o serviço de saúde () medidas de conforto () alimentação () exercícios () sono/repouso () sexualidade () trabalho () higiene () aleitamento materno () fumo/álcool/drogas () sinais de trabalho de parto () entrega de material didático () teste do pezinho () Cuidados com as mamas () outro, qual _____

18. Verificou situação vacinal () **Sim** () **Não**

19. Encaminhou para sala de vacina () **Sim** () **Não**

20 Explicou o porquê da vacinação? () **Sim** **Não** ()

21 Fez Agendamento de consultas subsequentes: () **Sim** () **Não**

22 Outras ações: _____

23 Anotações () prontuário () cartão da gestante () prontuário e cartão da gestante () Nenhuma

24 Orientou para as atividades em grupo de gestantes, com linguagem clara e compreensiva () **Sim** () **Não**

25 Orientou para o retorno da consulta puerperal () **Sim** () **Não**

SALA DE ESPERA

26 Houve ações de acolhimento () **sim** () **não**

27 Teve palestra: () **Sim** () **Não**

Tema: _____

28 Outras atividades: _____

29 Tempo de espera em minutos: _____

30 Gestante estava acompanhada: () **Sim** **Não** ()

Com quem? _____

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

**TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PÊSQUISA**

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 598/CEP-HUJM/08

“COM PENDÊNCIAS”

☐

APROVADO “ad referendum”

☐

APROVAÇÃO FINAL

☒

NÃO APROVADO

☐

O projeto de pesquisa intitulado: **“Atenção qualificada ao pré-natal no Município de Cuiabá-MT: a realidade da assistência de enfermagem”**, encaminhado pelo (a) pesquisador (a), **Sebastião Junior Henrique Duarte** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 04/02/09 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 04 de Fevereiro de 2009.

Profa. Dra. Shirley Ferreira Pereira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Rua L, SN. Jardim Alvorada. CEP 78048-790 Cuiabá –MT, Brasil
Fone: 65-3615-7254 e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm