

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

JULIANA RIBEIRO MANHÃES DA SILVA

A COMPETÊNCIA TÉCNICA DAS ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA À
MULHER NO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO
2011

JULIANA RIBEIRO MANHÃES DA SILVA

A COMPETÊNCIA TÉCNICA DAS ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA À
MULHER NO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada a Banca Examinadora do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem Materno-Infantil.

Linha de Pesquisa: Políticas e modelos de ensinar e assistir em saúde da mulher e do recém-nascido

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell. Prof^a Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.

RIO DE JANEIRO
2011

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Juliana Ribeiro Manhães da

A Competência Técnica das Enfermeiras na Assistência à mulher no Pré-Natal no Município do Rio de Janeiro / Juliana Ribeiro Manhães da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011.

xix, 156 p.: il

Orientadora: Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Dissertação (mestrado) – UFRJ/EEAN/Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011.

Referências Bibliográficas: f. 127-133.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Competência clínica. 3. Pré-Natal
I.Tyrrell, Maria Antonieta Rubio. II.Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III.Título

CDD 610.73

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação de Mestrado intitulada A Competência Técnica das Enfermeiras na Assistência à mulher no Pré-Natal no Município do Rio de Janeiro da Linha de Pesquisa “Políticas e modelos de ensinar e de assistir à mulher e o recém-nascido do NUPESM/DEMI/EEAN” de autoria de Juliana Ribeiro Manhães da Silva apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2011 por:

Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, EEAN/UFRJ - Presidente

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves, EEAAC/UFF – 1º Examinador

Profa. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo, EEAP/UNIRIO – 2ª Examinadora

Profa. Dra. Cláudia Santos, EEAN/UFRJ – Suplente interno

Prof. Dra. Rosângela da Silva Santos, FEn/UERJ – Suplente externo

RESUMO

A COMPETÊNCIA TÉCNICA DAS ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Juliana Ribeiro Manhães da Silva
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos básicos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

A **atenção qualificada** na assistência à mulher no pré-natal pela(o) enfermeira(o) pode reduzir ou evitar agravos durante o parto e puerpério. Este estudo teve como objeto as competências essenciais e adicionais das enfermeiras, na assistência às mulheres no pré-natal de baixo risco. Os **objetivos** foram: caracterizar o perfil profissional das enfermeiras na assistência pré-natal de baixo risco nos Centros Municipais de Saúde (CMS) da SMS/RJ e analisar os conhecimentos e habilidades (essenciais e adicionais) das enfermeiras que atuam no atendimento à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS/SMS/RJ. **Método:** estudo transversal de natureza quantitativa. Os locais de estudo foram 16 CMS e a amostra foi constituída por 21 enfermeiras. Os dados foram trabalhados nos programas EPI-INFO 3.5.1, SPSS e Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** a idade média das enfermeiras foi de 42 anos, 48% tem filhos, 52% não possuem parceiros e 66% tem renda familiar entre cinco a dez salários mínimo; 57% possuem mais de um vínculo empregatício e 47% trabalham mais de 40 horas por semana, 48% atuam na enfermagem entre 10 a 24 anos, 62% atuam até 10 anos na assistência à mulher no pré-natal. Quanto a qualificação, 47% são especialistas em Enfermagem Obstétrica; 14,3% podem ser consideradas qualificadas de acordo com os critérios adotados pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002). Todas as enfermeiras conhecem a anatomia e fisiologia do corpo humano, as necessidades nutricionais da gestante; como determinar a idade gestacional de acordo com a história menstrual; as modificações corporais da mulher durante a gravidez; os sinais e sintomas de condições que podem ocasionar riscos a saúde materno-fetal; os efeitos do fumo de tabaco na gestante e no feto; a nutrição e a higiene durante a gravidez. O número de habilidades realizadas pelas enfermeiras supera o número de treinamentos obtidos. As enfermeiras precisam apreender os conhecimentos que apresentaram baixo percentual de resposta e serem treinadas para as habilidades que não realizam. **Conclusão:** as enfermeiras lotadas nos CMS/SMS/RJ, locais desse estudo, não podem ser consideradas qualificadas na sua totalidade para a assistência à mulher no pré-natal de acordo com o preconizado por políticas internacionais (ICM), Contudo, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, estariam qualificadas para a assistência à mulher no pré-natal de baixo risco.

Palavras-Chave: Enfermagem obstétrica, Competência Clínica, Pré-Natal, Saúde da Mulher.

RESUMEN

La competencia técnica de las enfermeras en la asistencia a las mujeres en el pré-natal en el municipio de Río de Janeiro

Juliana Ribeiro Manhães da Silva

Líder: Profesora doctora Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Resumen de la Disertación de el Maestro de Grado presentada al Programa de Posgrado en Enfermería de la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro - UFRJ, como parte de los requisitos básicos para la obtención del Título de Licenciado en Enfermería.

La **atención cualificada** en la asistencia a la mujer en el pré-natal por la (o) Enfermera (o) puede reducir o evitar daños durante el parto y el puerperio. El **objeto** de este estudio fue relacionado a las competencias esenciales y adicionales de los enfermeros, en la asistencia a las mujeres en el pré-natal de bajo riesgo. Los **objetivos** fueron: caracterizar el perfil de los enfermeros en la asistencia en el pré-natal de bajo riesgo en los Centros Municipales de Salud (CMS) de la SMS/RJ e analizar los conocimientos y habilidades (esenciales y adicionales) de los enfermeros que actúan en el atendimento a la mujer en el pré-natal de bajo riesgo en los CMS/SMS/RJ. **Método:** estudio transversal de naturaleza cuantitativa. Los locales de estudio fueron 16 y la muestra fue constituida por 21 enfermeras. Los datos fueron trabajados en los programas EPI-INFO 3.5.1, SPSS y Microsoft Excel 2007. **Resultados:** la edad media de las enfermeras fue de 42 años, 48% tienen hijos, 52% no tienen pareja y 66% tienen renda familiar entre cinco y diez sueldos mínimos, 57% detienen más de un vinculo laboral y 47% trabajan más de 40 horas por semana, 48% actúan en la enfermería entre 10 a 24 años, 62% actúan hasta 10 años en la asistencia a la mujer en el pré-natal. Cuanto a cualificación, 47% son Especialistas en Enfermería Obstétrica; 14.3% pueden ser consideradas cualificadas de acuerdo con los criterios adoptados por la Confederación Internacional de Parteras (ICM, 2002). Todas las enfermeras conocen la anatomía y fisiología del cuerpo humanos, las necesidades nutricionales de la embarazada; como determinar la edad de gestación de acuerdo con la historia menstrual; las modificaciones corporales de la mujer durante la gestación; los signos y síntomas de condiciones que pueden ocasionar riesgos a la salud materno-fetal; los efectos del humo de tabaco en la embarazada y en el feto; la nutrición y la higiene y la higiene durante el embarazo. El número de habilidades realizadas por las enfermeras supera el número de entrenamientos realizados. Las enfermeras precisan aprender los conocimientos que presentaran bajo percentil de respuesta y deben ser entrenadas para las habilidades que no realizan. **Conclusión:** las enfermeras localizadas en los CMS/SMS/RJ, locales de este estudio, no pueden ser consideradas cualificadas en su totalidad para a asistencia a la mujer en el pré-natal de acuerdo con lo preconizado por políticas internacionales (ICM). Mismo así, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA) del Brasil, estarían cualificadas para la asistencia a la mujer en el pré-natal de bajo riesgo.

Palabras-Clave: Enfermería Obstétrica, Competencia Clínica, Pré-Natal, Salud a la Mujer.

ABSTRACT

The technical competence of nurses to women during antenatal care in the city of Rio de Janeiro

Juliana Ribeiro Manhães da Silva
Instructor: M.D. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Abstract for the Master's Dissertation submitted to the Post Graduate in Nursing of the Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro – UFRJ, that is required to earn the M.A. degree in Nursing.

The skilled attention care to women in prenatal care for nurse can reduce or prevent injuries during childbirth and postpartum. This study had as its **object** the essential and additional competencies of nurses in care for women in prenatal low risk. The **objectives** were to characterize the professional profile of nurses in the prenatal care of low risk in Municipal Health Centers (MHC) of SMS / RJ and analyze the knowledge and skills (essential and additional) of nurses working in care for women in prenatal low risk by MHC / SMS / RJ. **Method:** sectional study of quantitative. The study sites were 16 MHC / SMS located in the city of Rio de Janeiro and the sample consisted of 21 nurses. They were collected in the EPI-INFO 3.5.1, SPSS version 17.0 and Microsoft Office Excel 2007. **Results:** The average age of nurses was 42 years old, 48% have children, 52% do not have partners and 66% have family incomes between five and ten minimum wages, 57% have more than one job and 47% work more than 40 hours /week, 48% work in nursing between 10 to 24 years, 62% work up to 10 years in assistance to women in prenatal care. As for qualifications, 47% are specialists in Obstetrical Nursing, 14.3% could be considered qualified under the criteria adopted by the International Confederation of Midwives (2002) whom she considers qualified to 100% of basic knowledge. All nurses know the anatomy and physiology of the human body, the nutritional needs of pregnant women, how to determine the gestational age according to menstrual history, the woman's body changes during pregnancy signs and symptoms of conditions that can cause risks to maternal – fetal health; the effects of tobacco smoke in pregnant woman and the fetus, nutrition and hygiene during pregnancy. The number of skills performed by nurses exceeds the number of training obtained. Nurses need to understand the knowledge that presented a low percentage of response and be trained for skills that they do not perform. **Conclusion:** The nurses of the MHC / SMS / RJ, places of this study can not be considered qualified in its entirety for the assistance to women during antenatal care in accordance with what is advocated by international policies (ICM). However, according to the Ministry of Health of Brazil, they would be eligible for assistance to women in antenatal care of low risk.

Keywords: Obstetric Nursing, Clinical Competence, Pre-Natal Health and Women Health.

DEDICATÓRIA

A Deus, que sempre esteve ao meu lado e me colocaste em Seu colo nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Obrigada pela graça da conclusão desta pesquisa.

À minha mãe querida, Nealci Maria (*em memória*), mulher especial, meu exemplo de garra, força, determinação, coragem e amor. Suas lembranças me impulsionaram a seguir em frente. Esta vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Professora Doutora Maria Antonieta Rubio Tyrrell, pela dedicação, paciência, compreensão, estímulo, confiança e competência. Tê-la como orientadora é motivo de orgulho.

Ao meu pai Edson, pelo seu jeito “irreverente” que me incitou a ser quem eu hoje sou.

À minha madrinha Maria, Tias Niva e Conceição pelo apoio, carinho e incentivo durante esta caminhada.

Ao meu namorado, Adriano, seu companheirismo, paciência e amor foram fundamentais nesta jornada.

Às minhas valiosas amigas Aline, Amaralina, Bárbara, Denise, Márcia, Monique, Silviane, Vanessa, Viviane e Thaís(s), pela escuta sensível, carinho e compreensão em todas as horas.

Aos meus familiares, pela alegria que me impulsionou em cada etapa concluída da minha vida acadêmica e profissional.

Aos Membros da Banca Examinadora, pelas valiosas contribuições e por terem aceitado participar da avaliação deste estudo.

Às professoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ, pelo precioso apoio e carinho durante esta caminhada. Ter feito parte deste Departamento foi motivo de orgulho e muito contribuiu nesta fase de minha vida.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial aos secretários Jorge Anselmo, Cristina e Sônia; Bibliotecária Lúcia e Felipe e Prof^a Dr^a Marléa pelo apoio nos momentos solicitados.

Aos colegas de trabalho do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, pelo incentivo e compreensão durante esta jornada.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste estudo.

“Uma paixão forte por qualquer objeto assegurará o sucesso, porque o desejo pelo objetivo mostrará os meios”

William Hazlitt

SUMÁRIO

Capítulo I – Introdução	19
1.1. Problemática do estudo.....	20
1.2. Objeto de estudo	28
1.3. Questões norteadoras	28
1.4. Objetivos.....	29
1.5. Justificativa e Contribuição do estudo.....	29
Capítulo II – Revisão de Literatura	32
2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde da Mulher.....	33
2.2. Política Nacional de Humanização da Assistência à Mulher	41
2.3. A Enfermagem Obstétrica no Pré-Natal.....	43
2.4. A Competência da Enfermeira Obstetra no Pré-Natal à luz da ICM.....	49
2.5. A Estrutura Administrativa do Sistema de Saúde do Município do Rio de Janeiro.....	54
Capítulo III – Método e Técnicas	61
3.1. Tipo de estudo	62
3.2. Local do estudo.....	63
3.3. População e Amostra do estudo.....	64
3.5. Coleta de dados.....	67
3.6. Tratamento e Análise dos dados	70
3.7. Aspectos Éticos.....	71
Capítulo IV – Resultados	72
4.1. Primeira Etapa: Caracterização dos Locais de Estudo	73
4.2. Segunda etapa: Caracterização da População Estudada	84
4.3. Terceira etapa: Conhecimentos básicos e adicionais das enfermeiras sobre a assistência ao Pré-Natal.....	88
4.4. Quarta etapa: Habilidades básicas e adicionais das enfermeiras sobre a assistência ao Pré-Natal.....	94
Capítulo V – Discussão dos Resultados	102
5.1. Características do perfil sócio-econômicas e laboral das enfermeiras	103
5.2. Conhecimentos básicos e adicionais das enfermeiras sobre assistência à mulher no Pré-Natal.....	106

5.3. Habilidades e atitudes das enfermeiras na assistência à mulher no Pré-Natal	112
Capítulo VI – Conclusões e Recomendações	121
Referências Bibliográficas	127
Apêndices	134
Apêndice I - Instrumento de coleta de dados	135
Apêndice II – Instrumento para a caracterização do cenário.....	142
Apêndice III - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	143
Apêndice IV - Carta de autorização à Secretaria Municipal de Saúde.....	144
Apêndice V - Carta de autorização dos cenários da pesquisa	145
Anexos	146
Anexo I - Competências Essenciais para Exercício Básico da Obstetrícia (ICM) Maio 2002/Revisado em Março 2007	147
Anexo II – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.....	156

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 Localização dos Centros Municipais de Saúde locais de estudo Pág.64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Percentual dos profissionais de saúde lotados na assistência à mulher no Pré-Natal nos Centros Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 67
Gráfico 02	Distribuição dos conhecimentos sobre gravidez fisiológica referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 89
Gráfico 03	Distribuição dos conhecimentos sobre as intercorrências no curso da gravidez referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 90
Gráfico 04	Distribuição dos conhecimentos sobre o uso de drogas na gestação: repercussões materno/fetal, referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 91
Gráfico 05	Distribuição dos conhecimentos sobre educação em saúde durante o Pré-Natal referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 92
Gráfico 06	Distribuição das enfermeiras competentes dos CMS para a assistência à mulher no Pré-Natal x qualificações possuídas. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 93
Gráfico 07	Distribuição das habilidades e treinamentos recebidos pelas enfermeiras dos CMS sobre o exame físico-obstétrico. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 95
Gráfico 08	Distribuição das habilidades e treinamentos recebidos pelas enfermeiras dos CMS para o preparo ao parto e nascimento. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 96
Gráfico 09	Distribuição das habilidades e treinamentos recebidos pelas enfermeiras dos CMS para a identificação de gestação de alto risco. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 97
Gráfico 10	Distribuição das habilidades e treinamentos recebidos pelas enfermeiras dos CMS sobre os elementos da consulta de enfermagem. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 99

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Distribuição dos bairros por Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro, 2010.	Pág. 55
Quadro 02	Distribuição da cobertura pré-natal por Área Programática, Rio de Janeiro, 2004.	Pág. 57
Quadro 03	Localização dos bairros de cada CMS investigado. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 74
Quadro 04	Distribuição dos serviços de assistência à saúde da mulher oferecidos nos CMS investigados. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág. 75
Quadro 05	Relação das outras qualificações referidas pelas enfermeiras entrevistadas dos CMS. Rio de Janeiro, 2009 – 2010.	Pág. 88

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Número de habitantes por área programática no município do Rio de Janeiro, 2004.	Pág. 56
Tabela 02	Distribuição da população feminina por Área Programática, Rio de Janeiro, 2004.	Pág. 57
Tabela 03	Número de profissionais de saúde lotados na assistência à mulher no Pré-Natal nos Centros Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág.65
Tabela 04	Distribuição das médias mensais de consultas à mulher no pré-natal realizadas pelos profissionais dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág.78
Tabela 05	Estimativa anual de consultas à mulher no pré-natal realizadas pelos profissionais dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág.80
Tabela 06	Distribuição da Estimativa anual de consultas à mulher no Pré-Natal realizadas pelos profissionais de saúde dos CMS/ A.P. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág.83
Tabela 07	Distribuição das características sócio-econômicas das enfermeiras dos Centros Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág.85
Tabela 08	Distribuição das características de trabalho das enfermeiras dos Centros Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág.86
Tabela 09	Distribuição dos títulos referidos pelas enfermeiras entrevistadas dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.	Pág.87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ
Escola de Enfermagem Anna Nery	EEAN
Atenção Básica à Saúde	ABS
Centro Municipal de Saúde	CMS
Secretária Municipal de Saúde	SMS
Secretária Estadual de Saúde	SES
Escola Nacional de Saúde Pública	ENSP
Estratégia de Saúde da Família	ESF
International Confederation of Midwives	ICM
Organização das Nações Unidas	ONU
Organização Mundial de Saúde	OMS
Federação internacional de Ginecologia e Obstetrícia	FIGO
Sistema de Informação sobre Mortalidade	SIM
Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos	SINASC
Ministério da Saúde	MS
Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher	NUPESM
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil	DEMI
Sistema Único de Saúde	SUS
Conferência Nacional de Saúde	CNS
Sistema Unificado Descentralizado de Saúde	SUDS
Unidade Básica de Saúde	UBS

Atenção Primária à Saúde	APS
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	PNAISM
Doença Sexualmente Transmissível	DST
Política Nacional de Humanização	PNH
Departamento Nacional de Saúde Pública	DNSP
Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras	ABENFO
Associação Brasileira de Obstetras	ABO
Pesquisa Nacional de Demográfica e Saúde	PNDS
Coordenação de Área Programática	CAP
Área de Planejamento	AP
Teste Imunológico para Gravidez	TIG
Idade Gestacional	IG
Recém nascido	RN
Organização Pan Americana de Saúde	OPAS

I – INTRODUÇÃO

1.1. Problemática do estudo

O interesse pela área da saúde da mulher iniciou-se durante o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em especial ao cursar o Programa Curricular Interdepartamental V (PCI –V) que aborda os “Cuidados de Enfermagem à Família Expectante” em 2005/02, intensificando-se durante o PCI-XIII que desenvolve o “Diagnóstico de Micro Região de Saúde e a Enfermagem e os Serviços de Saúde”, na modalidade de internato extencionista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2007/01. Durante este período pude articular, na condição de estudante de graduação, o conhecimento teórico à prática assistencial com destaque para o desenvolvimento das experiências/atividades curriculares nos diversos campos de estágio, principalmente àqueles que envolvem a assistência à Saúde da Mulher, como assistência no serviço: de ginecologia, pré-natal, sala de parto, alojamento conjunto, puerpério, planejamento familiar, entre outros.

Outro fator que atribuo a esse interesse na área foi me tornar, bolsista de Iniciação Científica/Conselho Nacional de Pesquisa (IC/CNPq), e, membro integrante da pesquisa titulada “Atenção Básica à Saúde da Mulher: conflitos e desafios para a capacitação dos profissionais de saúde” período de 2005 a 2007, financiada pelo Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq) e registrada no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)¹.

¹Orientado pela Profª Drª Maria Antonieta Rubio Tyrrell. Profª Titular do DEMI/EEAN e responsável pela referida pesquisa.

Os resultados obtidos desse estudo, por meio de uma pesquisa-ação, em dois Centros Municipais de Saúde (CMS) revelaram que há dificuldades e conflitos na Atenção Básica de Saúde (ABS) à Mulher nos CMS/Secretaria Municipal de Saúde -SMS/Rio de Janeiro para atender o preconizado nas propostas governamentais, com destaque para a deficiência de recursos humanos, infra-estrutura e logística; além disso, constatou-se que os profissionais de saúde têm sido capacitados pela SMS/RJ e pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). No entanto, os mesmos reconhecem que, em alguns aspectos, não podem aplicar essas capacitações no serviço porque este oferece realidade de trabalho diferente. Há predomínio, nos CMS/SMS/RJ, de mulheres à procura dos serviços oferecidos e de mulheres integrando a equipe de saúde; os profissionais indicam um direcionamento da clientela atendida na Atenção Básica à Saúde da Mulher (ABS) nestes serviços para a ESF, ocasionando um grande desafio de investir nesta modalidade de assistência.

Desse modo, tanto na ESF quanto nos CMS, se atende às mulheres na ABS. Porém, os CMS além de oferecer este atendimento, são a referência das ESF no que diz respeito a tratamentos medicamentosos específicos, por exemplo. Há necessidade de a SMS/RJ (re)visar e/ou (re)definir os critérios de avaliação do atendimento, nas Unidades Básicas de Saúde, pois, esses atendimentos significativamente quantitativos, limitam o atendimento na perspectiva de gênero e de humanização e a qualidade da gestão dos serviços. Desta forma, o requerimento de um número elevado de atendimentos, segundo os profissionais que participaram da pesquisa, interfere no processo de trabalho das unidades, limitando o atendimento à mulher nas ações básicas de promoção e prevenção na perspectiva governamental. Esta limitação de atendimento foi observada, com a justificativa de que alguns CMS não oferecem atendimento à mulher no climatério e não realizam acolhimento, entrevista e/ou grupo de gestantes, por exemplo.

Dentre esses resultados, me instigou o fato de os profissionais de saúde perceberem e verbalizarem a necessidade de realizar capacitação profissional que esteja diretamente relacionada com a demanda/questões apresentadas pela população a ser atendida, por exemplo a necessidade de capacitação em violência à saúde da mulher. Esta objetivação demonstra a preocupação desses profissionais com sua qualificação profissional para melhorar a gestão e a assistência que emerge da realidade encontrada no dia-a-dia de serviço. Assim, o resultado dessa pesquisa me reportou a uma questão: será que as usuárias do serviço de saúde percebem a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde? Aprofundei esta temática durante o Trabalho de Conclusão de Curso, sob o título: “Atenção Básica à Saúde da Mulher: as necessidades para capacitação profissional da equipe de enfermagem² a partir das usuárias”³.

Nesse estudo de Conclusão de Curso, constatei que as usuárias dos serviços de Atenção Básica à Saúde da Mulher percebem, positivamente, a necessidade e a importância de ser ofertado para a equipe de enfermagem capacitação profissional abordando diversos temas relacionados com a saúde da mulher, não se restringindo à saúde reprodutiva da mulher – mãe. As temáticas sugeridas pelas usuárias foram principalmente capacitação sobre assistência no ciclo reprodutivo, incluindo métodos contraceptivos; na menopausa; na prevenção do câncer de colo de útero e de mama; violência sexual e a prevenção e o controle de DST/AIDS. E, segundo as usuárias, estas capacitações - relacionadas com a sua condição de mulher (como tal) e como trabalhadora - após serem realizadas pelos profissionais de saúde, poderiam repercutir em melhorias na assistência recebida e, conseqüentemente, em sua saúde na perspectiva da condição feminina e dos direitos de cidadania.

²Equipe de Enfermagem está integrada por: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro, este último na condição de líder e coordenador. (Lei do Exercício Profissional 7.498/86).

³Orientado pela Prof^aM.A.R.T., Prof Titular do DEMI/EEAN/UFRJ.

Após a conclusão da graduação em Enfermagem e Obstetrícia, senti necessidade de ampliar e aprimorar os conhecimentos adquiridos no que tange à saúde integral da mulher vislumbrando agora, a rigor numa dissertação de mestrado, a competência técnica (conhecimentos, habilidades e atitudes) da enfermeira na atenção básica à saúde da mulher, no período correspondente ao pré-natal, objeto deste estudo.

Esta inquietação que teve origem nas reflexões sobre as vivências durante o curso de graduação tinha em vista focalizar a mulher no Pré-Natal considerando que esta é uma fase ímpar em sua vida, em que ocorrem diversas modificações físicas, psicológicas e sociais. Neste período surgem na mulher muitas dúvidas, necessidades e desejos que precisam ser inseridos na formação/capacitação profissional do enfermeiro. E assim, ao final dessa formação/capacitação, o profissional obterá as competências requeridas para o desenvolvimento de suas atividades onde atua.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), *a atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após o parto*. Neste sentido, a assistência oferecida à gestante no pré-natal deve ser precoce, contínua e integral, considerando-se seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais. Estes cuidados devem ser estendidos à família, entendendo-se que esta dará o apoio necessário à gestante durante o período gestacional (incluindo o parto, nascimento e o puerpério), tornando-se fundamental para a saúde materna e neonatal que a assistência seja de qualidade e realizada sob a ótica da humanização, conforme política de Estado.

Não obstante, é fundamental que a idéia de “acolhimento” esteja presente no atendimento, aumentando o vínculo entre o profissional de saúde e a gestante. De acordo com o Ministério da Saúde, *o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão* (op. cit., 2006).

Portanto, a assistência pré-natal, do ponto de vista da atual política estatal e da proposta da qualidade da assistência, envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde, além do seu comprometimento com as necessidades da população (MS, 2006; DOTTO, MOULIN E MAMEDE, 2006).

Desse modo, entendemos que a atenção pré-natal qualificada e humanizada é realizada quando condutas acolhedoras são incorporadas ao dia-a-dia dessa assistência, evitando-se intervenções desnecessárias, além do acesso facilitado a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco para a gestante e o recém-nascido.

Aplicando essas diretrizes de ação na área da saúde, especificamente da mulher, serão marcados grandes avanços na qualidade da assistência oferecida, ao entendermos a qualificação inerente a um atendimento mais competente e humanizado, tendo um profissional satisfeito com o seu trabalho. Estes dois fatores podem resultar em uma ampliação das ações educativas, preventivas e curativas dos Centros Municipais de Saúde (CMS) e, principalmente, assegurar o respeito aos direitos de cidadania (BRASIL, 1988). Esses avanços quando conquistados, resultarão em uma intensa aproximação da população a esses serviços de saúde, considerados “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto ao Sistema de Saúde Brasileiro.

Considerando essas conotações contextuais e conceituais, programáticas e legais, há de se considerar também que, embora a atuação do Enfermeiro na assistência à mulher seja limitada no Pré-Natal, possui amparo pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil (Lei nº 7498/86, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto Lei 94.406/87). De acordo com a referida lei (op. cit.) a enfermeira pode acompanhar integralmente o pré-natal de uma gestante de baixo risco com qualidade. No entanto, esta atuação não ocorre em algumas instituições de saúde, salvo na ESF onde é observada de forma instituída.

Durante a prática profissional, referindo-se ao atendimento à mulher nos serviços de Pré-Natal, podemos observar que as atividades são fragmentadas, principalmente os procedimentos e as técnicas obstétricas são desenvolvidas por uma equipe heterogênea, com diferenças na escolaridade, na formação básica e profissional que implicam também em diferenças de competências e responsabilidades.

Em estudo realizado por Dotto, Moulin e Mamede (2006), sobre assistência pré-natal, as enfermeiras entrevistadas encontraram dificuldades em uma série de atividades importantes, que exigem conhecimentos (saber-pensar), como também em atividades que necessitam de habilidades (saber-fazer) na assistência à mulher no pré-natal. Dentre as atividades que exigem conhecimentos destaca-se, dentre outras, a avaliação de fatores que implicam em risco gestacional e na solicitação/avaliação de exames laboratoriais. Esses são conhecimentos básicos, de acordo com a Confederação Internacional das Parteiras (ICM/2002) referentes ao documento sobre as competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, correspondendo a solicitar/avaliar exames laboratoriais e identificar sinais e sintomas de condições que podem colocar em risco a vida da gestante e do feto. Estes conhecimentos básicos são necessários aos profissionais de saúde para o atendimento à mulher na gestação (ICM, 2002). É bom lembrar que esta entidade desenvolve estudos, fundamentalmente, em conjunto com a Organização das Nações Unidas (ONU) em defesa da maternidade segura e de estratégias de cuidado de saúde primária para as famílias no mundo.

Essa problemática torna-se mais séria e crítica ao verificar os dados do Ministério da Saúde (2002), relativos à mortalidade fetal no Brasil apontavam uma taxa de 12,1 mortes por mil nascimentos totais. Nessa situação, a maior parte desses óbitos também decorreu de causas consideradas preveníveis; ou seja, 38% das mortes ocorreram por causas perinatais conhecidas neste caso, ligadas apenas ao pré-natal e à assistência ao parto e 31% das causas não são especificadas. Vale destacar que estes dados estão subestimados por falta de

informações e má qualidade nos registros de óbitos (subinformação e sub-registro, respectivamente) nas cinco regiões geodemográficas do Brasil, as quais se caracterizam por diferenças e desigualdades marcadas nas diferentes esferas sócio-políticas e econômicas.

Em 2002, de acordo com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), a razão de morte materna foi de 53,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, em países desenvolvidos essa razão é de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

No Município do Rio de Janeiro, dados do MS (2004) apontavam uma taxa de 69,6 óbitos maternos. Em 2005, esse valor foi de 63,2, e, em 2006 de 75,1. Porém, esta taxa ainda não equivale ao estipulado na principal meta do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU, 2000) que é a redução deste valor em 15% até 2015. De igual forma, observa-se uma redução na Razão de Mortalidade Materna no Brasil de 7,8 óbitos maternos e na região Sudeste de 24 óbitos entre 1997 e 2005.

Esses indicadores de morte refletem a realidade social no país, e, compreendem além dos fatores biológicos inerentes, o grau de desenvolvimento socioeconômico, a qualidade de assistência médica-obstétrica, o nível de desigualdade na relação entre gêneros, e também a vontade política dos governantes em promover a saúde pública, com acesso unificado para toda população.

Os dados relativos à saúde da mulher descritos anteriormente revelam a situação crítica da assistência recebida por esta parcela da população. Uma assistência pré-natal de qualidade reflete-se na redução de complicações no processo de parto, de acidentes, de violências institucionais e da mortalidade materna em geral. Para isso, o profissional deve ser qualificado para desempenhar suas atividades (as previstas em lei, às necessidades da mulher e de sua família e outras), e esse provedor de saúde deve estar apto a desenvolver suas competências como previstas pelo ICM (2002).

Por conseguinte, a atenção qualificada à mulher durante o pré-natal tende a produzir efeitos significativos na redução das mortes maternas. *O adequado acompanhamento pré-natal permite identificar em tempo hábil as situações de risco para a mãe e para o feto* (IPEA, 2007).

Nesse sentido, justifica-se que estudar a realidade da competência do enfermeiro para atuar na assistência à mulher no pré-natal pode proporcionar indicativos de avaliação e definição de estratégias que orientem propostas de qualificação profissional apresentadas no âmbito governamental, institucional, educacional, associativo e dos movimentos de classe em prol da inovação da assistência ao pré-natal pela enfermeira.

O termo competência originou-se no campo jurídico e ganhou destaque na literatura brasileira a partir da década de 90, fundamentado inicialmente na literatura americana. E, já foi conceituado por diversos autores como Le Boterf (1999), Fleury e Fleury (2001), Zarifian (2003) e Perrenoud (2007).

Todos corroboram a idéia de que competência é uma intersecção de conhecimentos, habilidades e atitudes utilizados pelo profissional para desempenhar determinada tarefa; *é o saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica em ser capaz e em saber como mobilizar, integrar e transferir conhecimentos (saberes, capacidades, informações), recursos e habilidades, para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações num contexto profissional específico* (PERRENOUD, 2007; LE BOTERF apud RUTHES E CUNHA, 2008). Didaticamente é feita uma alusão de competência a uma árvore, onde os conhecimentos são representados pela copa da árvore, as habilidades pelo tronco e as atitudes pelas raízes.

Tomando como base essa definição, entendemos que profissional competente é aquele que está apto para realizar determinada atividade, diferenciando-se de profissional qualificado

que é aquele que possui as qualificações/requisitos escolares, exigidas para assumir determinado cargo, já que a qualificação está relacionada à formação profissional.

1.2. Objeto de Estudo

A competência técnica (conhecimentos e habilidades básicas e adicionais) das enfermeiras, na assistência às mulheres no pré-natal de baixo risco.

1.3. Questões norteadoras

Os esforços do Ministério da Saúde têm sido intensificados, e este é responsável pela proposição de programas e políticas de saúde direcionadas à mulher, para que se atendam as reais necessidades societárias, preconizando um quantitativo de, no mínimo, seis consultas no pré-natal durante toda a gestação, como estratégia de melhoria da qualidade entre a oferta e demanda. Isto não se restringe no quantitativo de consultas à mulher no Pré- Natal, incluindo a observação de dispositivos na perspectiva de humanização, gênero, e principalmente de conhecimentos e habilidades básicas e adicionais que os assegurem.

Observa-se ainda, um aumento da mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro entre os anos de 2002 e 2006. Cabe ressaltar que nos últimos anos houve uma melhora da qualidade no registro e investigação dos óbitos pelo profissional de saúde.

Assim, emergiram as seguintes questões norteadoras:

- Qual o perfil profissional da enfermeira que atua no atendimento à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS do Município do Rio de Janeiro?
- Quais são as atividades técnico-assistenciais realizadas pelas enfermeiras que atuam no atendimento à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS do Município do Rio de Janeiro?

- Quais os conhecimentos e habilidades (básicas e adicionais) das enfermeiras que atuam na assistência à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS?

1.4. Objetivos do Estudo:

Para o alcance na obtenção dos dados que possam responder à problemática e às questões norteadoras acima descritas, foram traçados os seguintes objetivos:

- Caracterizar o perfil profissional das enfermeiras na assistência pré-natal de baixo risco nos CMS;
- Analisar os conhecimentos e habilidades (básicas e adicionais) das enfermeiras que atuam no atendimento à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS do Município do Rio de Janeiro, à luz da competência número 3 do documento da Confederação Internacional da Parteiras (ICM) .

1.5. Justificativa e Contribuição do Estudo:

Com a intenção de atender aos objetivos, foi realizada uma revisão com base nos dados das ciências da saúde em geral, áreas especializadas e de publicação de organismos nacionais e internacionais de saúde, no período de 05 a 18 de setembro de 2008. A busca realizada não delimitou um período específico de tempo para a escolha dos artigos que caracterizaram o estado da arte deste estudo.

Nesta revisão, foram correlacionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criados pela BIREME: “enfermagem e competência profissional”, “enfermagem e competência clínica”, “enfermagem obstétrica”, “enfermagem e pré-natal” e “pré-natal e competência clínica”. Para cada conjunto de descritores foi realizada uma nova busca acrescentando os descritores: “mulher/woman”, “pré-natal” e “nursing”. Cabe destacar que os

descritores não se repetiram em cada busca. As principais bases de dados foram: LILACS, SciELO, MEDLINE, ADOLEC e BDENF.

Nesse sentido podemos afirmar que existem diversos estudos correlacionando as competências (profissional e clínica) em algumas especializações de enfermagem (administração e gerência, ensino, tratamento intensivo e doença sexualmente transmissível). No entanto, ao caracterizar o “Estado da Arte” desta investigação, não foi encontrado estudo algum que correlacionasse “competência” à área de “saúde da mulher” ou com o “pré-natal”. Dos 600 artigos localizados, apenas 138 aproximaram-se do estudo. Contudo, evidenciou-se certa aproximação por serem estudos relacionados à **assistência de enfermagem** no pré-natal e à **competência profissional** em saúde pública e não especificamente na área de enfermagem obstétrica.

Ao finalizar a revisão sobre o assunto em questão, observamos que se trata de um tema ainda pouco explorado, até os dias de hoje, portanto este estudo poderá preencher possíveis lacunas existentes sobre o assunto. Porém, será auxiliado pelos achados em relação à “assistência de enfermagem” e “competência profissional”

Com esta pesquisa, esperamos contribuir na melhoria ou compreensão da assistência obstétrica pela enfermeira no Rio de Janeiro, de modo a subsidiar com os resultados, uma reflexão sobre o perfil de qualificação e atenção dos profissionais que atuam neste cenário. Propõe ainda, possibilitar a articulação entre as estratégias políticas governamentais e institucionais para a qualificação da atenção à saúde da mulher no Pré- Natal e, nesta perspectiva, contribuir na gestão dos serviços e para a diminuição dos altos índices da morbimortalidade materna e infantil.

No ensino, em especial, esperamos contribuir subsidiando temas que integrem os conteúdos programáticos e experiências curriculares dos Cursos de Graduação e

Especialização em Enfermagem Obstétrica, para habilitar esses profissionais por meio das competências técnicas.

Da mesma forma, o estudo representa a ampliação do acervo científico na Linha de Pesquisa “Política em Saúde da Mulher e Estilos de Ensinar/Assistir” (NUPESM/DEMI/EEAN) quanto às competências que caracterizam a qualificação da assistência no Pré-Natal com destaque para essas bases de referências conceituais, metodológica e ético-legal.

E, ainda acrescentamos o fato deste relevante estudo estar inserido no marco de contribuição de um grande projeto sobre “Mapeamento dos Serviços de Obstetrícia/Parteiras nas Américas” coordenado pela OMS/OPAS, confere sua contribuição em perspectiva internacional, a fim de gerar um processo de qualificação da assistência da gestação/maternidade sem agravos e riscos na perspectiva da América Latina/Caribe.

II – REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde da Mulher

O Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), que surge nos anos 90, é fruto dos ideais e lutas do movimento da Reforma Sanitária (década de 70). Este movimento se estruturou a partir da crise do sistema de saúde, que se estabeleceu durante a falência do modelo econômico do regime militar, e que se agravou com a manutenção da política econômica recessiva, adotada posteriormente pelo Governo Federal.

A adoção desta política econômica recessiva gerou redução de investimentos e corte de verbas públicas sociais, inclusive na saúde pública. Isto configurou o quadro de situação caótica nos hospitais em precário estado de atendimento, dificuldade de encontrar atendimento médico e mortes sem socorro especializado; a qual a maior parte da população estava submetida.

Como resultado da insuficiente expansão dos sistemas de saneamento e da ineficácia da educação sanitária, o país foi atingido por epidemias que poderiam ser evitadas, como surtos de cólera e febre amarela, dentre outras. Tais fatos acarretaram a organização de movimentos sociais, nos quais moradores da periferia dos grandes centros começaram a lutar pela melhoria das condições de vida e o movimento feminista passa a atuar como agente de reivindicação em prol da saúde da mulher. Com a assessoria de padres, sanitaristas e líderes feministas e de bairros de moradores, foram criados os Conselhos Populares de Saúde, encarregados de obter melhor saneamento básico, a criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes lutando principalmente pela determinação de perfis da população e dos serviços requeridos às suas necessidades reais.

Diante destes fatos que são básicos e também do estado de saúde da população que está em crise, os profissionais do setor organizaram-se na defesa dos direitos de sua profissão

e dos direitos do pacientes - cidadãos. Disto resultou ainda no final dos anos 70, o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), que com estudos específicos oferecem sua relevante contribuição. A partir dos integrantes dessas associações, desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitarista, que ao incentivar as discussões buscou encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional, criando alternativas para uma análise da saúde, que propiciasse a rediscussão do conceito de saúde/doença, do processo de trabalho, da qualidade da assistência e da gestão dos serviços de saúde, em vez de se tratar apenas da relação médico/paciente e de suas intervenções curativas e institucionalizadas.

Nesse sentido, na década de 80, o movimento da reforma sanitária prosseguiu com o propósito de derrubar aspectos próprios da ditadura para depois contribuir para a melhoria da saúde. Tinha por objetivo conquistar e avançar no processo da democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, pois era notório que *ditadura e saúde* eram incompatíveis ao contrário do que implica a democracia e saúde.

As lutas avançaram e no final da década de 80, por meio do movimento municipalista, articulado em vários encontros, representaram importantes espaços – focos de discussão e denúncia da crise que a saúde enfrentava, devido a um modelo de assistência médica baseado na privatização, na compra de serviços, na exclusão das unidades públicas do sistema de prestação de serviços e no centralismo decisório na área.

O marco dessas reivindicações foi o encontro municipalista de Montes Claros, em 1985, que resultou na carta intitulada “Muda Saúde”, na qual os participantes do IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde decidiram referendar uma pauta de itens que representavam as recomendações e conclusões da seqüência de Encontros Municipais. Dessa pauta destaca-se o terceiro item: *Desenvolvimento dos recursos humanos de saúde que priorize, além da capacitação técnico-*

científica em Saúde, também a competência em programação, supervisão, avaliação, administração e gestão, assim como um plano de cargos e salários. Estes aspectos, pela sua complexidade, ainda fazem parte das agendas políticas-governamentais, dos profissionais e da própria sociedade.

Outro importante produto desse movimento foi à elaboração de um documento intitulado “Pelo direito universal à saúde”, que sublinhou a necessidade do Estado em se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população. Nesse texto, afirmou-se com ênfase que o acesso à assistência médico-sanitária *é direito do cidadão e dever do Estado*, conforme proclamado e ratificado na Constituição Federal do país (CF, 1988).

O movimento se fortaleceu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo objetivo principal foi o de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre saúde na constituição. E ainda um aspecto marcante definido na 8ªCNS, foi a ampliação do conceito de Saúde que era tido como *perfeito bem-estar físico, psíquico, social e espiritual que envolve o ser humano*, e passou a ser entendido nessa ampliação como *a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (CNS, 1986).

A importância desse movimento repercutiu nos trabalhos da assembléia Constituinte. A saúde foi incluída como um direito de todo brasileiro, e o papel do estado em sua garantia foi definido. Isto se expressa no: *Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (CF/1988).

Entre os dispositivos da constituição encontra-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), baseado no princípio de integração de todos os serviços de

saúde, públicos e particulares. O SUDS deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais. Entretanto, o projeto de municipalização dos serviços de saúde, representado pelo SUDS, encontrou os mesmos obstáculos que condenaram ao fracasso outros projetos descentralizadores - principalmente a recusa de empresas particulares em se submeterem ao sistema unificado.

Surgiu assim, em 1990, por meio da Lei Orgânica 8080, o Sistema Único de Saúde (SUS), encarregado de organizar, no plano regional as ações do Ministério da Saúde e dos serviços de saúde estaduais e municipais por meio do MS e as Secretárias Estadual e Municipal de Saúde (SES/SMS).

Na perspectiva de superar as dificuldades encontradas desde a implantação do SUS, seus gestores assumiram o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE (2006), que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: *Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS*.

O PACTO PELA VIDA está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, e, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

Dentre as prioridades desse pacto destacam-se: prevenção do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; promoção da saúde e atenção básica à saúde.

O PACTO EM DEFESA DO SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

O PACTO DE GESTÃO estabelece as responsabilidades claras de cada ente Federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Este Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite.

Retornando a este estudo, que está voltado para a Atenção Básica em Saúde (ABS), torna-se relevante um comentário sobre o conceito de ABS, ressaltando que, historicamente, apresenta certa desvantagem em relação aos quatro séculos de existência da área hospitalar, que existe há menos de um século, tendo-se em consideração que o primeiro centro de saúde foi criado na década de 1920.

Apesar de todos os movimentos históricos, as UBS ainda enfrentam problemas no sistema de saúde, já que são consideradas a porta de entrada dos sistemas de saúde e nem sempre têm o acesso garantido à população. Sofrem constante descontinuidade de ações e projetos com os movimentos políticos e, em sua maioria, seus profissionais repetem práticas de serviços de emergência, sem a mesma capacidade técnica, descaracterizando o seu papel. E ainda enfrentam a dificuldade de integração entre os vários níveis do sistema de saúde,

ilustrada pelo sistema de referência e contra-referência, com problemas de efetividade na (re)solução dos problemas dos usuários.

Diante disso, não se pode esperar que esse nível de atenção cumpra o seu papel de porta de entrada; de responder à maioria das necessidades de saúde com ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, mas também podendo assumir ações terapêuticas e até de reabilitação, a partir da demanda espontânea e programada de atenção. Deve-se acrescentar que esse nível de atenção à saúde pode ser de baixa tecnologia, mas jamais de baixa complexidade e impacto.

A OMS define Atenção Primária de Saúde (APS, 1978) como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, com acesso universal para indivíduos e famílias da comunidade e a um custo que a comunidade e o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integrante do sistema de saúde do país, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde levando a atenção o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (1978)

Nessa concepção, trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, porta de entrada do sistema e, portanto requer uma aproximação com os mais interessados: indivíduos, famílias e coletividades. Com isto, procura-se responder às necessidades da comunidade com um custo aceitável à realidade local.

O antecedente conceitual registrado na Conferência de Alma Ata, em 1978, especificou como componentes fundamentais da ABS as seguintes ações: educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenções de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de lesões e doenças comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, boa nutrição e medicina tradicional. Estas são ações de alto

impacto na saúde pública e que podem melhorar a qualidade de vida das pessoas e reduzir as possibilidades de adoecer e, especialmente da mulher.

Nessa concepção requer que a qualidade dos recursos humanos e materiais para essa atenção variem de acordo com a disponibilidade e sua distribuição geográfica. O lugar onde esta atenção se realiza pode ser um domicílio, posto de saúde, um consultório ou um grande hospital geral. Qualquer que seja o grau de recursos das instalações onde os mesmos trabalham, a atenção primária deve formar parte de um conjunto organizado de maneira tal que os trabalhadores tenham um apoio tecnológico e logístico dos elementos mediatos do sistema; isto é, hospitais gerais, especializados, centros de excelência e universidades. Independente de quem promova, a prevenção e a promoção da saúde tem como base fundamental as condutas individuais e coletivas que favorecem o *bem estar*.

Assim, os alicerces da atenção primária são a prevenção e a promoção da saúde, dois conceitos que se correlacionam, enfatizando as transformações e condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente dos problemas de saúde destacando nessa articulação uma abordagem intersetorial que assegure o desenvolvimento humano e o atendimento das necessidades inerentes a esse desenvolvimento.

Direcionar essa atenção para a saúde da mulher significa ressaltar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (MS/PNAISM/2004). Esta incorpora uma concepção de atenção que enfatiza a promoção da saúde, ampliando o leque de ações propostas pelo PAISM.

Considerando ainda o enfoque de gênero, os recortes racial/étnico e geracional, assim como tendo a integralidade da atenção e a promoção da saúde como eixos norteadores da ação, a PNAISM busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, com preocupação em melhorar a atenção obstétrica, o acesso ao planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual. Esta política

também incorpora a prevenção e o tratamento das DST e de mulheres vivendo com HIV/AIDS, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico ampliando suas ações para as mulheres negras, as indígenas, as trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão, as lésbicas e aquelas que se encontram no climatério e na terceira idade. Avança também rumo à formulação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e após o parto, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. No SUS, a organização da atenção obstétrica consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Nesse contexto, a qualificação dos profissionais de enfermagem na assistência à saúde da mulher deve ser vista como base fundamental para o desenvolvimento e aplicabilidade com qualidade, não só da PNAISM, como também de outras políticas envolvendo o tema em questão e que devem respeitar a articulação entre eles e a integralidade das ações.

Nesse sentido, a atenção qualificada é a assistência adequada na qual uma mulher grávida e seu bebê recebem durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto e neonatal, independente do parto ser domiciliar, no centro de saúde ou no hospital. (MACDONALD, 2003, p.6).

Desta forma, torna-se necessário que o profissional tenha conhecimentos e habilidades específicas para atenção à saúde da mulher, que o local da assistência tenha recursos materiais e humanos adequados, um sistema de referência e contra-referência eficiente, transporte

adequado e um contexto político-governamental e institucional que seja facilitador. No entanto, não podemos perder de vista que o foco desta reflexão está na limitação da atenção qualificada no “saber-fazer” do profissional, para avançar no “saber-pensar-agir” do profissional competente na assistência à mulher no pré-natal na perspectiva de uma política de gênero e humanização na assistência à mulher.

2.2. Política Nacional de Humanização da Assistência à Mulher

Quando se fala de humanização o primeiro significado que se tem é o de tornar humano. Na presente investigação relaciona-se à saúde, e significa tratar os pacientes como gente, respeitá-los como sujeitos de uma dignidade especial e senti-los como pessoas potencialmente iguais a nós próprios, ou seja, simplesmente respeitar a personalidade e a dignidade inerentes aos seres humanos, sem exclusão de qualquer índole de cada um.

Ao se tratar de conscientização em massa, principalmente dos membros da equipe de saúde, tem-se um grande desafio pela frente, pois há o confronto com a maior e mais difícil conquista do processo e das discussões sobre humanização, onde se evidencia o resgate ao elo perdido na sociedade, pois cada dia mais se observa a falta de humanização em relações humanas que acontece em todos os âmbitos da sociedade. A solução não virá da espera inerte de mudanças sem esforços e conscientização, pois apenas com o trabalho, discussão e divulgação sobre este tema, com a busca incessante à referência no atendimento à população é que o profissional poderá se tornar esclarecido e comprometido com esta luta.

A proposta de humanização, ao sugerir a substituição das formas de violência simbólica, constituintes de um modelo de assistência hospitalar intervencionista, por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma nova maneira de atendimento. Este novo atendimento baseia-se

em relações sociais estreitas entre os profissionais e entre profissionais e cidadãos, promovendo maior interação, identificação dos problemas e alcance das ações.

Nesse sentido, o profissional de saúde pode denominar-se humanizado quando: (re) pensa a sua competência profissional e o seu conhecimento técnico, mantendo-o em constante atualização; possui maturidade emocional e pessoal para lidar, com serenidade e firmeza, com um evento que apela para a Vida e a Morte, desencadeando fortes emoções e necessitando de apoio psicológico; possui postura ética pessoal e profissional que lhe dá uma linha diretiva em sua conduta: respeito ao paciente e o sacerdócio de cuidar de seres humanos; e, possui uma visão cultural holística do sentido do fenômeno da doença - fisiopatologia e de suas implicações sócio-econômica-afetivas.

Nesse enfoque alguns aspectos são essenciais quando se trata de humanização da assistência à mulher: saber ouvir; considerar as relações de gênero; favorecer um espaço de diálogo; investigar as queixas; organização do serviço de forma que atendam as demandas apresentadas pelas mulheres.

A Política Nacional de Humanização (PNH, 2006) foi pensada como uma política transversal às demais políticas e ações de saúde e tem procurado vincular-se a todos os processos em curso bem como na elaboração de políticas de saúde por meio dos princípios orientadores da humanização.

De acordo com o Programa de Humanização na Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, PHPN, 2006), a humanização é compreendida no enfoque de dois aspectos fundamentais. O primeiro diz que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a gestante, seus familiares e o recém-nascido (PHPN, 2006). Para isso, o PHPN (2006) afirma ser necessário que os profissionais de saúde adotem comportamento ético e solidário e que a instituição rompa com o tradicional isolamento imposto à mulher. Já o segundo é a não utilização de

práticas intervencionistas desnecessárias, que coloquem em risco a vida da gestante e do recém-nascido.

2.3. A Enfermagem Obstétrica no Pré-Natal

No Brasil, o ensino de Obstetrícia iniciou-se com a denominação de curso de “Parto” ministrado na Faculdade de Medicina voltado para os cursos de Medicina e Farmácia, de acordo com a Lei de Reforma do Ensino Médico de 03 de outubro de 1832. O ensino da Enfermagem Moderna no Brasil iniciou no bojo da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) quando criou-se a Escola de Enfermagem do DNSP, hoje Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1922 tendo seu primeiro currículo regulamentado pelo Decreto nº 16.300/23. No seu programa estava incluída a *arte da enfermeira em obstetrícia e gynecologia* (GARDENAL et al, 2002).

No país, os cursos de enfermagem funcionaram em paralelo aos de Obstetrícia até 1972, quando foram agrupados atendendo a Resolução nº04/72 sobre o currículo mínimo para o Curso de Enfermagem. Este deveria ser formado por um ciclo básico, um tronco profissionalizante e a habilitação em Enfermagem em Saúde Pública, Obstétrica e Médico Cirúrgico. As habilitações não eram obrigatórias e poderiam ser cursadas após a conclusão da graduação. Em 1994, atendendo a Portaria do Ministério da Educação nº1721, as habilitações em enfermagem foram disseminadas no curso de graduação e extintas, ficando a enfermagem obstétrica, como área de conhecimento, o único meio para obter essa qualificação, em nível de Especialização.

Concomitante às modificações supracitadas na educação, o cenário Político Brasileiro também obteve avanços ao tratar da saúde materno-infantil. Lembrando que esta temática esteve sempre presente nos programas governamentais, como já referido.

Desde 1920 a enfermeira sempre possuiu participação efetiva nos programas governamentais. De acordo com Tyrrell (1994), o art.319 do Decreto nº 16.300/23 que regulamentou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) incluiu a enfermeira no quadro de pessoal da Inspetoria de Hygiene Infantil (IHI) e em 1974, houve a participação de enfermeira na equipe de técnicos que implantou o PSMI.

É mister destacar a transformação ocorrida no objeto dessa assistência, que inicialmente era a mulher-reprodutora, ou seja, o foco da assistência era a mulher em idade fértil durante a gestação e com a PNAISM (2004), à mulher foi contemplada em todo o seu ciclo de vida, incluindo as mulheres indígenas, mulheres negras, residentes em áreas urbanas e rurais, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência dentre outras.

Neste breve histórico político, observamos a ativa inserção da enfermeira nos programas governamentais e que a atenção a mulher durante a gestação, com sua participação, é um tema discutido há quase um século, embora a atuação específica da enfermeira na assistência à mulher no pré-natal neste período não estivesse pontualmente descrita nos documentos da época.

No entanto, a consulta de enfermagem consta como proposta governamental desde 1978 (TYRRELL E CARVALHO, 1996) e com a implantação do PAISM (1984), a participação do profissional de enfermagem na assistência ao pré-natal é estimulada quando de sua inserção na equipe de Saúde.

Inicialmente no PNSMI (BRASIL, 1974), essa participação era realizada através da pré-consulta com a coleta de informações preliminares e posterior encaminhamento das gestantes para serviços de saúde especializados. Há relatos segundo CASTRO apud NERY E TOCANTINS (2006) de que a consulta à gestante é uma atividade desenvolvida pelo enfermeiro desde 1958.

No entanto, a consulta de enfermagem alcançou seu respaldo legal em 1986 com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (nº 7.498/86 artigo 11, I alínea *i*). De acordo com o Decreto nº 94.406/93, que regulamentou a Lei nº 7.498/86, a assistência de enfermagem ao ciclo gravídico-puerperal está garantida conforme o artigo 8, inciso II, alíneas “h”, “j” e “l” que dispõe respectivamente: prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; acompanhamento da evolução do parto e trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia.

O artigo 9 deste Decreto (op.cit, 1993), também regulamenta a competência da Enfermeira Obstétrica na assistência ao parto normal, na identificação de distócia obstétrica e tomada de providências até a chegada do médico e a na realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando se fizer necessário.

A atuação do enfermeiro na assistência à saúde da mulher nessa etapa do ciclo de vida foi ampliada através da Resolução COFEN nº223/99 que reafirmou as competências regulamentadas pelo Decreto nº 94.406/93 e incluiu a emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98; e o acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

Ao abordar a assistência à mulher no pré-natal há que considerar que sob o ponto de vista biológico este período inicia-se no primeiro dia do último ciclo menstrual e termina no nascimento, momento onde se inicia o período pós-natal (VARNEY, 2006). E sua assistência deve constituir ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento de problemas que possam surgir durante a gestação e após o parto, garantindo à gestante e à sua família condições de bem-estar físico, psíquico e social (BRASIL, 2006). Essa assistência deve ser precoce, contínua e integral, amparada por uma concreta rede de referência e contra-referência. Além disso, deve estar enraizada nos aspectos da Política de Humanização descrita anteriormente.

Devido às modificações que ocorrem no organismo materno durante este período, percebemos que essa assistência à mulher no pré-natal possui, a priori, dimensões biológicas, psicológicas e sociais. A dimensão biológica seria o conjunto de modificações anatômicas e fisiológicas que ocorre no corpo da mulher.

A dimensão psicológica seria representada pelos sentimentos maternos referentes aquela gestação ou ao seu contexto (alegria, conquista, insegurança, medo, por exemplo). Estudos afirmam que a personalidade, a inteligência e os traumas também são formados na gestação. Segundo Verny (2003), as influências maternas no recém nascido durante a gestação e até o primeiro ano de vida serão fatores determinantes no seu comportamento e na sua personalidade.

Já a dimensão social estaria vinculada ao contexto cultural que a gestante está inserida e às suas relações sociais (mulher indígena, africana, oriental, ocidental - rural e urbana dentre outras).

Essas dimensões deverão ser abordadas durante o desenvolvimento da consulta de enfermagem à mulher no pré-natal, de tal forma que seja criada uma relação gradual de confiança entre enfermeiro, gestante e família. Nessa consulta, o incentivo para a presença do pai neste processo deve ser realizado objetivando a preparação do casal para o parto/nascimento.

Na assistência ao pré-natal de baixo risco, o Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal (2000) registra como atividades do Enfermeiro a orientação às gestantes e as suas famílias sobre os seguintes aspectos: importância do pré-natal, amamentação, vacinação e preparo para o parto; realização da consulta pré-natal de gestação de baixo risco; solicitação de exames de rotina e orientação do tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhamento das gestantes identificadas como de risco ao profissional competente; realização de atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera; fornecimento do

cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta, e, realização da coleta de exame citopatológico.

Em adição a essas orientações, durante a consulta à mulher no pré-natal de baixo risco, a enfermeira segue um roteiro que engloba a anamnese, o exame físico, a solicitação e a avaliação de exames complementares, e encaminhamentos quando se fizer necessário. Esse roteiro, descrito a seguir, foi preconizado pelo Ministério da Saúde (2006).

A anamnese deve incluir a história pessoal e familiar da gestante, incluindo seu histórico gineco-obstétrico, dados sobre a gestação atual e questões relativas ao seu estilo de vida.

O exame físico deverá ser completo, seguido pelo exame ginecológico e obstétrico. No exame obstétrico, vale lembrar que a partir da 12ª semana a altura do fundo uterino poderá ser medida no abdome, e, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais poderá ser realizada com o sonar-doppler e a partir da 20ª semana com o estetoscópio de Pinard poderá ser utilizado.

Os exames laboratoriais incluem: tipagem de grupo sanguíneo e o fator Rh (ABO-Rh), hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; urina (EAS), um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível; sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível; sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível.

Os encaminhamentos poderão contemplar a atualização da carteira vacinal da gestante e/ou conduzir a gestante para um serviço especializado. Neste último caso, a gestante deverá ser acompanhada conjuntamente na unidade básica.

Atualmente, a realização da consulta de enfermagem à mulher no pré-natal requer uma luta diária das enfermeiras dentro dos serviços de saúde, seja para sua implantação ou para sua continuidade. Este fato pôde ser verificado nesta pesquisa, tendo em vista que em sete (07) CMS a enfermeira não participava da assistência à mulher no pré-natal. Para essa atuação ser efetiva, pensamos que seja necessário a busca constante do profissional enfermeiro pelo seu espaço de direito. E que essa busca esteja embasada nos princípios éticos e morais da profissão, bem como na demonstração e busca constante de conhecimento técnico – científico concomitante a segurança no desenvolvimento de suas atividades manuais.

A enfermeira obstetra na assistência à mulher no pré-natal pode-se constituir um fator chave para uma atenção de qualidade através dos cuidados de enfermagem, educação em saúde e pesquisas científicas. Esse cuidado não se restringe a uma execução de técnicas/procedimentos, pois são incluídas ações que permitem trocas de conhecimentos e experiências individuais e/ou coletivas, ampliando essas ações ao pai (com o objetivo de fortalecer o trinômio pai-mãe-filho) e familiares (OPAS, 2004).

Nesse contexto, a enfermeira obstetra pode ser considerada um profissional qualificado para assistência à mulher no período gravídico-puerperal, por ter recebido *formação, treinamento e porque atingiu proficiência nas habilidades necessárias para manejar a gestação normal, o parto e o período pós-parto imediato e para identificar, manejar e referir complicações nas mulheres e nos recém-nascidos* (WHO, 2004).

A Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) foi fundada em 1989, procedente da Associação Brasileira de Obstetras (ABO) criada em 1954. Desde sua fundação apresenta uma grandiosa contribuição nas lutas e conquistas da Enfermagem Obstétrica e Neonatal no Brasil no meio político, técnico - científico e sócio-cultural. Sua missão, além de representar essa categoria, é reunir esforços multiprofissionais e

multisetoriais para a melhoria da assistência à mulher e ao recém-nascido, na perspectiva da humanização.

Destaca-se entre os resultados dessa pesquisa que 47% das enfermeiras entrevistadas possuíam especialização em Enfermagem Obstétrica.

A ABENFO através de um levantamento realizado em conjunto com as Escolas de Enfermagem do Brasil, constatou que o quantitativo de Enfermeiros Obstetras (habilitados ou especializados) até 1997 no Brasil era de 2756. E ainda que a localização da maioria das escolas que ofereciam esses cursos era na região Sudeste (BONADIO et al apud VIEIRA, 2009).

Concomitante a essas atividades, os Governos Estaduais e Municipais devem garantir a realização da 1ª consulta pré-natal até 120 dias de gestação e ao final dela terem sido feitas no mínimo de 6 consultas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2006).

Desta forma, percebemos o papel de extrema importância desempenhado pelo enfermeiro inserido na equipe de profissionais que presta assistência à gestante e a sua família, para que essa mulher desempenhe sua função de protagonista da atenção e da ação.

2.4 A Competência da Enfermeira Obstetra no Pré-Natal a luz da ICM.

A estimativa de uma mulher morrer em decorrência de causas ligadas à gravidez ou ao nascimento durante o seu ciclo de vida, na América Latina está numa relação de 1/160. Esse risco diminui na Europa para 1/2.400, e, na América do Norte, para 1/5.600 gestações, caracterizando causas que são preveníveis no processo adoecer/morrer na população feminina (OMS, 2004).

Concordamos com MacDonald (2003), para ressaltar que:

“na busca pela maternidade segura, organismos internacionais têm mobilizado estratégias de ação na tentativa de se conseguir que as gestações e partos sejam mais seguros para as mulheres e seus recém-nascidos. Uma das estratégias é a presença de profissional qualificado no atendimento a todas as mulheres no ciclo gravídico puerperal”.

Segundo a ICM (2002), o profissional qualificado pode ser considerado competente se possuir todos os conhecimentos que compõe a competência 03, do documento intitulado “Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia”.

O ICM, em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), realizou um estudo envolvendo 17 países dos 5 continentes sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes que os profissionais de saúde precisam para realizar a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Esse estudo resultou no documento sobre as “Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia” (FURLLERTON et al, 2003 in DOTTO, 2006), objeto deste estudo.

Este documento é composto por seis Competências, onde cada uma diz respeito a uma fase do ciclo gravídico-puerperal, incluindo o planejamento familiar e os cuidados com o neonato.

A Competência 01 refere-se aos conhecimentos, habilidades e comportamentos das ciências sociais, saúde pública e das profissões de saúde. A competência 02 diz respeito ao cuidado pré-concepcional e ao planejamento familiar; a competência 03 aos cuidados no pré-natal; a 04 aos cuidados durante o parto e nascimento; a 05 aos cuidados durante o período puerperal e a 06 aos cuidados com o recém-nascido até dois meses de idade.

Elas são baseadas nos valores, estratégias e ações utilizadas pelos profissionais de saúde na assistência às mulheres em idade reprodutiva. Cada competência é formada por conhecimentos básicos e adicionais, e, habilidades básicas e adicionais. Porém, a ICM

recomenda que sejam adaptadas às realidades políticas e educacionais do país que irá utilizar a meta da melhoria da maternidade no pré-natal, parto, nascimento e puerpério.

Este estudo contemplou a competência 03 que se refere à assistência ao pré-natal onde *as parteiras proporcionam um cuidado pré-natal de alta qualidade, preocupadas em otimizar a saúde da mulher durante a gravidez, e isso inclui a detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de algumas complicações* (ICM, 2002, pg03). Esta competência é constituída por vinte e seis conhecimentos, sendo vinte e quatro conhecimentos básicos e dois conhecimentos adicionais; e ainda compreende vinte e uma habilidades, sendo quinze habilidades básicas e seis habilidades adicionais. Os conhecimentos e habilidades essenciais e adicionais serão apresentados a seguir:

- **Conhecimentos básicos:** 1. Anatomia e fisiologia do corpo humano; 2. Ciclo menstrual e processo de concepção; 3. Sinais e sintomas da gravidez; 4. Como confirmar uma gravidez; 5. Diagnóstico de uma gravidez ectópica e gestação múltipla; 6. Determinação da idade gestacional pela história menstrual, tamanho do útero e/ou dos padrões de crescimento do fundo uterino; 7. Elementos da história clínica; 8. Elementos do exame físico focado nas visitas de pré-natal; 9. Resultados normais de exames laboratoriais, definidos segundo as necessidades comuns da área geográfica; 10. Evolução normal da gravidez: modificações corporais, desconfortos comuns, padrões de crescimento esperados para fundo uterino; 11. Mudanças psicológicas normais na gravidez e impacto da gestação na família; 12. Preparação de ervas ou outras substâncias não-farmacológicas seguras e disponíveis no local para o alívio de desconfortos comuns na gravidez; 13. Como determinar o bem-estar fetal durante a gravidez, incluindo a frequência cardíaca fetal e padrões de atividade; 14. Necessidades nutricionais da mulher grávida e do feto; 15. Crescimento e desenvolvimento fetal básico; 16. Necessidades de educação relativa às mudanças

corporais normais durante a gravidez, alívio de desconfortos comuns, higiene, sexualidade, nutrição, trabalho dentro e fora de casa; 17. Preparação para o parto, nascimento e maternidade; 18. Preparação da casa/família para receber o recém-nascido; 19. Indicadores do início do trabalho de parto; 20. Como explicar e apoiar o aleitamento materno; 21. Técnicas para relaxamento e medidas disponíveis para o alívio da dor no parto; 22. Efeitos de medicamentos prescritos sobre a gravidez e o feto, drogas proibidas, medicamentos tradicionais e medicamento sem receita; 23. Efeitos do fumo, uso do álcool e uso de drogas ilícitas na mulher grávida e no feto; 24. Sinais e sintomas de condições que podem colocar em risco a vida da mulher grávida; ex: pré-eclâmpsia, sangramento vaginal, trabalho de parto prematuro, anemia severa.

- **Conhecimento adicional:** 1. Sinais, sintomas e indicações para encaminhar a mulher para outro serviço devido a complicações e condições da gravidez. Ex: asma, infecção por HIV, diabete, problemas cardíacos, gravidez prolongada; 2. Efeitos, sobre a gravidez e o feto, de condições crônicas e agudas já citadas;
- **Habilidades Básicas:** 1. Realizar uma história inicial e, em cada consulta pré-natal, dar seguimento; 2. Realizar um exame físico e explicar à mulher os achados; 3. Verificar e avaliar os sinais vitais maternos, inclusive temperatura, pressão arterial, e pulso; 4. Avaliar a nutrição materna e sua relação com o crescimento do feto; 5. Exame abdominal completo, incluindo a medida da altura uterina, posição, apresentação e descida do feto; 6. Avaliação do crescimento fetal; 7. Ausculta da frequência cardíaca fetal e palpar o útero para determinar padrão de atividade fetal; 8. Realizar exame pélvico, incluindo a medida do tamanho do útero, determinando a adequabilidade das estruturas ósseas; 9. Calcular a data provável do parto; 10. Ensinar as mulheres e famílias sobre sinais de perigo e quando e como contactar a parteira;

11. Ensinar e demonstrar medidas para diminuir os desconfortos comuns da gravidez;
12. Oferecer um roteiro e preparação básica para o parto, nascimento e maternidade.
13. Identificar as alterações, durante o curso da gravidez, e realizar intervenções apropriadas para: nutrição materna adequada, crescimento fetal inadequado, pressão sanguínea elevada, proteinúria, presença de edema significativo, cefaléias severas, alterações visuais, dor epigástrica associada com pressão sanguínea elevada, sangramento vaginal, gestação múltipla, posição anormal do feto a termo, morte fetal intra-uterina, rotura prematura das membranas; 14. Realizar medida de reanimação de forma competente; 15. Registrar os achados da história clínica, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento;

- **Habilidades adicionais:** 1. Orientar as mulheres sobre hábitos de saúde; ex: nutrição, exercício, segurança, parar de fumar; 2. Realizar pelvimetria clínica (avaliação dos ossos da pélvis); 3. Monitorar a frequência cardíaca fetal com Doppler; 4. Identificar e encaminhar, quando ocorrerem alterações durante o curso da gravidez tais como: retardo do crescimento intra-uterino (PIG) ou macrosomia fetal (GIG), suspeita de poliidrâminio, diabetes, anomalia fetal (ex:oligúria), resultados anormais de exames laboratoriais, infecções, como doenças sexualmente transmitidas (DSTs), vaginites, infecção do trato urinário, infecção das vias respiratórias superiores, avaliação fetal na gravidez de pós-termo; 5. Tratamento e/ou manejo colaborativo das alterações fisiológicas, seguindo as normas locais e os recursos disponíveis; 6. Realizar versão externa na apresentação pélvica (op. cit., 2002).

Dessa forma, percebemos que as competências essenciais são aquelas fundamentais para a realização de qualidade da assistência à gestante; englobam conhecimentos e habilidades básicas para desempenhar essa assistência, que segundo o ICM, todos os profissionais devem possuí-las (considerando as competências designadas para cada

profissão, segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem n° 7.498/86), como por exemplo: realizar exame abdominal completo, incluindo a medida da altura uterina, a posição, apresentação e descida do feto. Entretanto, os conhecimentos e habilidades adicionais seria um diferencial na assistência; os profissionais poderiam possuir ou não, a saber, realizar pelvimetria clínica, o que consiste na avaliação dos ossos da pélvis.

2.5 A Estrutura Administrativa do Sistema de Saúde no Município do Rio de Janeiro

A Resolução n° 431/1993 da SMS-RJ instituiu as Áreas de Planejamento (A.P.) em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro. Foram criadas 10 A.P. (AP- 1; AP - 2.1; 2.2; AP - 3.1; 3.2; 3.3; AP - 4; AP - 5.1; 5.2; 5.3), cada uma com sua respectiva Coordenação de Área Programática (CAP) que incluem 30 Regiões Administrativas (RA) com seus respectivos bairros (Quadro 01). Esta divisão tem o intuito de melhorar a organização e a distribuição dos serviços, além de facilitar o acesso e atendimento à população, e engloba o sistema de referência e contra-referência indo ao encontro dos princípios do SUS.

A AP 1.0 representa a região Central, onde está localizado o centro histórico, administrativo e financeiro do Município do Rio de Janeiro, a região portuária e a Ilha de Paquetá. A AP 2.1 abrange a Zona Sul; a 2.2 Zona Norte. As 3.1, 3.2 e 3.3 incluem o subúrbio da Central e da Leopoldina, Ilha do Governador, Irajá/Pavuna. Já as APs 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 correspondem a Zona Oeste, ocupando uma área geográfica correspondente a mais da metade do Município.

Os bairros que compõem cada A.P. estão descritos no Quadro 1:

QUADRO 01 – Distribuição dos bairros por Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro, 2010.

Áreas Programáticas	Bairros
A.P. 1.0	Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Centro, Rio Comprido, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, São Cristóvão, Benfica, Paquetá, Santa Tereza.
A.P. 2.1	Botafogo, Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Humaitá, Urca, Copacabana, Leme, Lagoa, Ipanema, Leblon, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado, Rocinha.
A.P. 2.2	Tijuca, Praça da Bandeira, Alto da Boa Vista, Vila Isabel, Maracanã, Andaraí, Grajaú.
A.P. 3.1	Ramos, Manguinhos, Bonsucesso, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Irajá, Vila Cosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Colégio, Ilha do Governador: Ribeira, Zumbi, Cacua, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária.
A.P. 3.2	Inhaúma, Higienópolis, Maria da Graça, Del Castilho, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, Méier, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares.
A.P. 3.3	Madureira, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Anchieta, Guadalupe, Irajá, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Pavuna, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros;
A.P. 4.0	Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Barra da Tijuca, Joá, Itanhangá, Camorim Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumarí;
A.P. 5.1	Bangu, Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Senador Camará.
A.P. 5.2	Campo Grande, Santíssimo, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba.
A.P. 5.3	Santa Cruz, Paciência, Sepetiba.

Fonte:SMS/RJ

No Quadro 01 observa-se que a A.P. 1.0 é formada por 14 bairros; a A.P. 2.1 por 18 bairros; A.P. 2.2 por 7; A.P. 3.1 por 32; A.P. 3.2 por 22; A.P. 3.3 por 23; A.P. 4.0 por 19; A.P. 5.1 por 9; A.P. 5.2 por 8 e A.P. 5.3 por 3. Deste modo, fica claro o fato de que algumas Áreas Programáticas detêm um maior número de bairros, podendo atender menor ou maior número de habitantes e esta desproporção entre oferta e demanda implicar na qualidade e no acesso à atenção em saúde.

TABELA 01 – Distribuição de habitantes por área programática no município do Rio de Janeiro, 2004.

Áreas Programáticas	Habitanes	
	F	%
A.P. 1.0	256.512	4,3
A.P. 2.1	359.775	6
A.P. 2.2	359.775	6
A.P. 3.1	887.204	14,7
A.P. 3.2	556.292	9,2
A.P. 3.3	951.198	15,8
A.P. 4.0	733.128	12,2
A.P. 5.1	667.776	11,1
A.P. 5.2	644.726	10,7
A.P. 5.3	330.634	5,5
Total	6.022.019	100

FONTE: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

F: representa a população

Identifica-se na Tabela 1 que a AP 3.3 possui o maior número de habitantes, 951.198, (15,8% do total de habitantes). A AP 3.1 apresenta 14,7% do total de habitantes, seguido em ordem decrescente pela AP 4.0 com 14,1%; a AP 5.1 com 11,1%; a AP 5.2 com 10,7%; a AP 2.1 com 10,5%; a AP 3.2 com 9,2%; a AP 2.2 com 6%; a AP 5.3 com 5,5% e a AP 1.0 4,3%.

Este número de habitantes não está relacionado ao número de bairros pertencentes a cada A.P. conforme identificado no Quadro 1, tendo em vista que a AP 3.1, com o maior quantitativo de bairros (32), é a segunda com o maior número de habitantes, por exemplo. Da mesma forma que a AP 1.0 possui o menor número de habitantes e sendo a quinta área com o maior número de bairros (14).

TABELA 02 – Distribuição da população feminina por Área Programática, Rio de Janeiro, 2004.

Áreas Programáticas	Nº Total de mulheres		População feminina de 15 a 49anos	
	F	%	f	%
A.P. 1.0	135.055	4,2	72.529	4,7
A.P. 2.1	355.845	11,1	177.635	10,2
A.P. 2.2	201.164	6,3	101.275	5,8
A.P. 3.1	468.600	14,6	255.169	14,5
A.P. 3.2	302.065	9,4	159.611	9
A.P. 3.3	508.236	15,9	273.943	15,8
A.P. 4.0	383.327	12	220.209	12,5
A.P. 5.1	347.014	10,8	191.908	11
A.P. 5.2	333.603	10,4	187.876	10,8
A.P. 5.3	171.337	5,3	94.770	5,5
Total	3.206.246	100	1.734.925	100

FONTE: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

Há no Município do Rio de Janeiro 3.206.246 mulheres, sendo 1.734.925 com idade entre 15 e 49 anos distribuída em suas dez Áreas Programáticas (Tabela 2).

Das dez APs, a 3.3 é a que possui o maior percentual (15,8) mulheres com idade entre 15 e 49 anos, seguida em ordem decrescente pela A.P. 3.1 com 14,5%; a A.P. 4.0 com 12,5%; a A.P. 5.1 com 11%; a A.P. 5.2 com 10,8%; a A.P. 2.1 com 10,2%; A.P. 3.2 com 9%; a A.P. 2.2 com 5,8% e a A.P. 1.0 com 4,9%.

QUADRO 02 – Percentual da distribuição da cobertura pré-natal por Área Programática, Rio de Janeiro, 2004.

A.P	Sem consulta pré-natal	4 e + consultas de pré-natal	7 e + consultas de pré-natal
A.P. 1.0	4,2	85,6	63,5
A.P. 2.1	1,8	94	86,3
A.P. 2.2	1,9	93,3	80,6
A.P. 3.1	3,8	86,8	62,1
A.P. 3.2	3,5	88,4	63,1
A.P. 3.3	3,6	87,6	62,7
A.P. 4.0	2,9	88,5	71,2
A.P. 5.1	3,5	88,1	66
A.P. 5.2	3	88,8	70,7
A.P. 5.3	4,3	83,7	59

FONTE: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ

Observa-se no Quadro 2 três dimensões que requerem a assistência à mulher no Pré-Natal. A primeira é o percentual de mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal durante a gestação. A segunda diz respeito ao quantitativo de mulheres que realizaram no

mínimo 4 consultas e a terceira considera as mulheres que realizaram 7 e mais consultas por área programática.

Em relação às mulheres que não realizaram consulta pré-natal durante a gestação, evidencia-se que apesar da AP 5.3 ter o segundo menor percentual de população feminina com idade entre 15 a 49 anos (5,5%), ela possui o maior percentual de mulheres sem a cobertura pré-natal (4,3%). De acordo com a prática profissional, pode-se inferir que fatores como a baixa renda e a escolaridade dessas mulheres possam influenciar negativamente a busca pelo atendimento ao pré-natal, fazendo-as procurar o CMS após o 1º trimestre de gestação.

A segunda A.P. que possui o maior percentual de mulheres que não realizaram a consulta pré-natal durante a gestação foi a A.P. 1.0 com 4,2%.

Em ordem decrescente, evidencia-se o percentual de mulheres que não realizaram consulta pré-natal: A.P. 3.1 com 3,8; A.P. 3.3 com 3,6; A.P. 3.2 e 5.1 com 3,5; A.P. 5.2 com 3; A.P. 4.0 com 2,9; A.P. 2.2 com 1,9 e a A.P. 2.1 com 1,8.

Ao confrontar o número de mulheres com idade entre 15 e 49 anos com o percentual das que realizaram no mínimo 4 consultas pré-natal, constata-se que a A.P. 2.1 apesar de ser a sexta mais populosa (177.635) é a que apresenta o maior percentual (94) de cobertura pré-natal com no mínimo 4 consultas.

A segunda A.P. com o maior percentual (93,3) de cobertura de no mínimo 4 consultas é a 2.2, sendo a sétima mais populosa (101.275).

Observa-se em ordem decrescente que esse percentual de cobertura na A.P. 5.2 foi de 88,8; na A.P. 4.0 de 88,5; na A.P. 3.2 de 88,4; na A.P. 5.1 de 88,1; na A.P. 3.3 de 87,6; na A.P. 3.1, 86,8; na A.P. 1.0, 85,6 e na A.P. 5.3 de 83,7.

Já em relação ao percentual de mulheres que realizaram no mínimo 7 consultas pré-natal, novamente os dois maiores percentuais (86,3 e 80,6) pertencem, respectivamente, às

A.P. 2.1 e 2.2. Cabe lembrar que a A.P. 2.1 é a sexta mais populosa (177.635 mulheres com idade entre 15 e 49 anos) e a A.P. 2.2 é a sétima mais populosa (101.275).

Constata-se em ordem decrescente que a A.P. 4.0 apresentou 71,2% de mulheres com no mínimo 7 consultas pré-natal; a A.P. 5.2 com 70,7%; a A.P. 5.1 com 66%; a A.P. 1.0 com 63,5%; a A.P. 3.2 com 63,1%; a A.P. 3.3 com 62,7%; a A.P. 3.1 com 62,1% e a A.P. 5.3 com 59%.

Conforme publicado no relatório final da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS, 2006), 61,7% das mulheres entrevistadas residentes na região Sudeste, declararam ter acesso a todos os meios de comunicação (rádio, jornais, revistas e televisão), enquanto menos de 1% não tinha acesso a nenhum deles.

A relevância de investigar o acesso das mulheres aos meios de comunicação está na possibilidade de conhecer os impactos *que a informação e a atualização sobre assuntos referentes aos cuidados com a saúde da família e delas próprias teriam tanto sobre o seu próprio estado de saúde (sexual e reprodutiva), quanto no de seus filhos* (PNDS, 2006). Ou seja, não podemos também correlacionar o percentual de mulheres que não realizaram consulta pré-natal com a falta de acesso aos meios de comunicações, considerando-se que não há quantia de frequência sistemática (como é o caso das novelas, por exemplo) de propagandas realizadas por esse meio referente à importância e benefícios dessa assistência para a saúde materno-fetal.

Nesse sentido, observamos que apesar da grande divulgação na mídia sobre a realização das consultas de Pré-Natal, 3,3% de mulheres no Município do Rio de Janeiro, ainda chegam às maternidades sem terem realizado ao menos uma consulta. No entanto, em termos gerais, a cobertura quantitativa ao pré-natal quanto à realização de no mínimo seis consultas, conforme estabelecido pelo M.S., foi maior que 80% em todas as áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro o que indica significativa cobertura. Nesse

sentido, a melhor situação foi registrada na AP 2.1 (94%) e a mais insatisfatória na AP 5.3 (83,7%), o que não oferece indicativo para inferir que o mesmo dado indique melhoria da qualidade, pois a rigor, merece um estudo mais aprofundado para evidenciar esses quantitativos e sua relação com a qualidade.

Quanto aos recursos humanos, a Secretaria Municipal de Saúde RJ apresentou em seu quadro funcional no ano de 2007, os seguintes quantitativos de profissionais: 13.078 médicos, destes 371 são médicos obstetras; 5.485 enfermeiros, destes 130 possuem especialização em Enfermagem Obstétrica e 4.730 são classificados como enfermeiros em geral e 14.689 auxiliares de enfermagem (incluindo os que atuam na Estratégia de Saúde da Família - ESF). A partir desses dados, considerando-se as mobilidades de atuação nos serviços, não podemos concluir que o quantitativo de profissionais enfermeiros atuantes na assistência ao pré-natal e nem inferir que estas sejam suficientes. Desta forma, evidencia-se que o número de enfermeiros representa 41% do número de médicos e 37,4% do número de auxiliares. O que se pode inferir é que o menor número de profissionais na SMS/RJ corresponde à categoria dos Enfermeiros.

Ao correlacionar esses quantitativos de recursos humanos com o número de população feminina em idade fértil (10 a 49 anos)⁴ do Município do Rio de Janeiro verifica-se que há 153 mulheres para 1 médico; 5.383 para 1 médico obstetra; 364 para 1 enfermeiro; 15362 para 1 enfermeiro obstetra; 136 para 1 auxiliar de enfermagem.

⁴ População feminina em idade fértil (10 a 49 anos): 1.997.134 (IBGE.CENSO.ESTIMATIVA, 2006).

III – MÉTODOS E TÉCNICAS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa e análise descritiva, com o fim de evidenciar os quantitativos da qualificação necessária das enfermeiras que assistem nos CMS à mulher no pré-natal.

A escolha de realizar um estudo transversal justifica-se no reconhecimento de que as experiências e qualificações profissionais adquiridas pelas enfermeiras interferem em seus conhecimentos, habilidades e atitudes, e desta forma foi realizada a coleta de dados em um ponto do tempo, sendo os fenômenos estudados obtidos durante esta fase do estudo (POLIT, BECK & HUNGLE, 2004, pg.180).

O propósito deste estudo é trazer à luz dados e indicadores observáveis. Neste caso, para *abarcар, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, classificando-os e tornando-os elegíveis através de variáveis* (MINAYO; SANCHES, 1993). A escolha por esta abordagem, neste estudo, deve-se ao fato de o mesmo possuir como objetivo primordial caracterizar o perfil da qualificação técnica da enfermeira na assistência à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS, identificando e analisando seus conhecimentos e habilidades (essenciais e adicionais), segundo as determinações do ICM (2002).

E, é um estudo descritivo por permitir nele, observar, descrever e documentar (Polit, Beck & Hungle, 2004, p.177) as competências técnicas das enfermeiras no pré-natal de baixo risco, sem manipulá-los, procurando descobrir com precisão a frequência em que ocorre na população alvo (MATTOS, ROSSETTO JÚNIOR, BLECHER, 2003).

3.2 Local do Estudo

Os Centros Municipais de Saúde do Município do Rio de Janeiro que atendem às mulheres no período pré-natal constituíram o local da pesquisa.

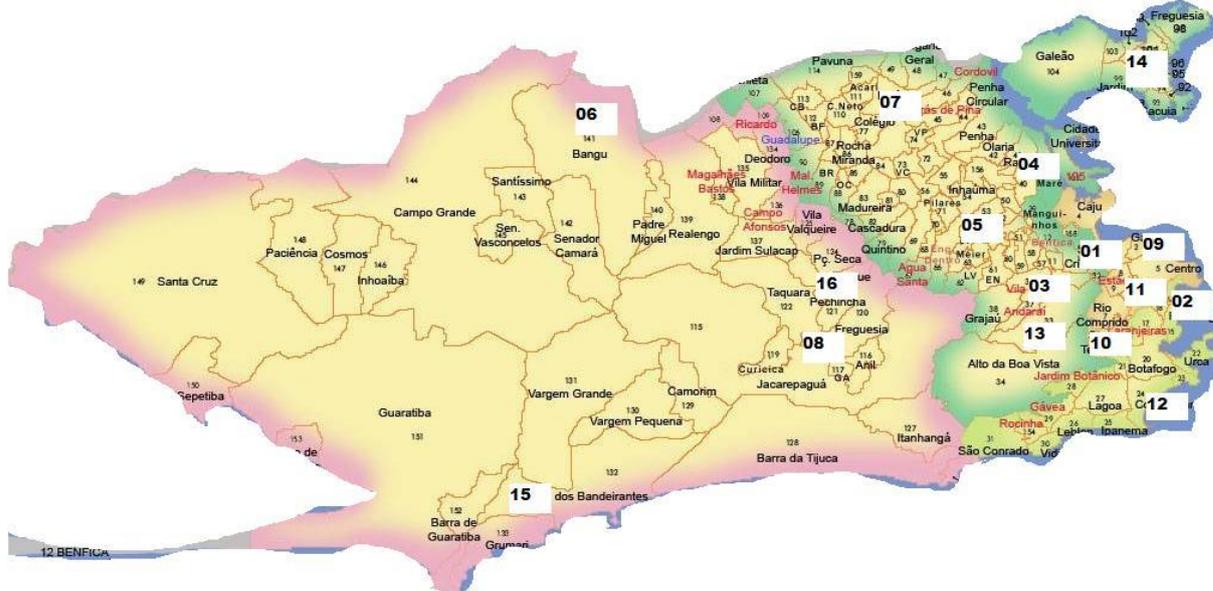
No Município do Rio de Janeiro existem 20 Centros Municipais de Saúde. Para atender os critérios de inclusão, foram consideradas neste estudo, as APs com seus respectivos Centros Municipais de Saúde que dispunham de enfermeiros, com participação ativa e desenvolvendo atividades na atenção às mulheres no Pré-Natal durante o período da coleta de dados. Esta informação foi obtida através de contato telefônico com cada CMS.

Inicialmente, a técnica de amostragem por conglomerados foi utilizada para selecionar os CMS, como locais desta investigação. Segundo Bruni (2007), esta técnica é empregada *quando uma população apresenta uma subdivisão natural em grupos menores (denominado conglomerados), realiza-se uma amostra aleatória simples desses grupos e todos os elementos destes vão compor a amostra.*

Cada área programática foi considerada um conglomerado, e, para a escolha dos CMS foi realizada uma amostra aleatória simples em cada conglomerado sendo elegível, para a coleta de dados, o CMS que se enquadrasse nos critérios referidos.

Os dois CMS localizados nas A.Ps 5.2 e 5.3, respectivamente, se enquadravam nos critérios acima descritos porque o profissional enfermeiro não fazia parte da equipe de assistência à mulher no pré-natal, sendo excluídos. Devido a este fato, o local do estudo foi composto por 16 CMS localizados nas seguintes A.P.: 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0 e 5.1 (Figura 1).

Figura 01 – Localização dos Centros Municipais de Saúde locais de estudo.



Fonte: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/fichaTecnicaAula.html?aula=7367>

3.3. População e Amostra do Estudo

A população foi formada pelas enfermeiras que atuam na assistência à mulher no pré-natal nos CMS do Município do Rio de Janeiro onde a pesquisa foi realizada.

Fizeram parte da amostra desta pesquisa 21 enfermeiras que assistem a mulher durante o pré-natal nos CMS pesquisados.

De acordo com os dados fornecidos pela SMS em 2007, o quadro funcional da assistência do Município do RJ contava com 5485 enfermeiros distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde (CMS, PACS, ESF, PAM) e nos Hospitais. No entanto, a SMS não disponibiliza o quantitativo de profissionais lotados especificamente nos CMS. Ainda assim, considerando os locais desse estudo, a quantidade de CMS existentes no Município e o número de enfermeiros que assistem à mulher no pré-natal em cada CMS, pode-se inferir que são 24 enfermeiras lotadas na assistência à mulher no pré-natal distribuídos pelos 21 CMS localizados no Município do Rio de Janeiro em 2010 (sem considerar os percentuais

relacionados no planejamento dos recursos humanos por absenteísmo, doença, gestação, falecimento e outros). Destas, 21 enfermeiras aceitaram participar do estudo.

Os critérios adotados para a enfermeira ser elegível ao estudo foi que esta deveria participar de forma ativa e efetiva da assistência ao Pré-Natal de baixo risco, independente do seu tempo de atuação. Os profissionais que estavam de licença ou férias, durante o período da coleta de dados, ou que se recusaram a participar do estudo não fizeram parte da amostra.

Como estas profissionais, nos CMS, trabalham em escala de plantão, cada local de estudo foi visitado mais de uma vez com a finalidade de obter o maior número de respondentes.

O quantitativo de enfermeiras que integraram a assistência à mulher no pré-natal encontra-se descrita na Tabela 03.

TABELA 03– Número de profissionais de saúde lotados na assistência à mulher no Pré-Natal nos Centros Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009-2010.

Locais de estudo	Médico		Enfermeira		Aux de Enfermagem		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CMS 01	3	7,14	1	4,2	4	8,3	8	6,9
CMS 02	3	7,14	2	8,4	4	8,3	9	7,8
CMS 03*	5	12	2	8,4	3	6,2	10	8,7
CMS 04	1	2,4	1	4,2	3	6,2	5	4,3
CMS 05	3	7,14	3	12,4	7	14,5	13	11,4
CMS 06**	3	7,14	2	8,4	5	10,3	10	8,7
CMS 07	2	4,76	1	4,2	4	8,3	7	6
CMS 08	3	7,14	1	4,2	3	6,2	7	6
CMS 09	2	4,76	2	8,4	2	4	6	5,2
CMS 10	2	4,76	1	4,2	2	4	5	4,3
CMS 11	3	7,14	1	4,2	2	4	6	5,2
CMS 12	2	4,76	1	4,2	2	4	5	4,3
CMS 13	3	7,14	1	4,2	2	4	6	5,2
CMS 14	1	2,4	1	4,2	1	2	3	2,6
CMS 15	2	4,76	3	12,4	2	4	7	6
CMS 16***	4	9,5	1	4,2	3	6,2	8	6,9
Total	42	100	24	100	49	100	115	100

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

*01 Enfermeira, em treinamento, recusou-se a participar do estudo.

**01 Enfermeira estava em licença médica.

***01 Enfermeira estava de férias.

Identifica-se na Tabela 03, em ordem decrescente, que o CMS 5 tem em sua lotação três médicos, três enfermeiras e sete auxiliares de enfermagem trabalhando na assistência à mulher no Pré-Natal, o que representa em valores percentuais 11,4% do total de profissionais atuando nesta área; o CMS 3: cinco médicos, duas enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem, representando 8,7% do total; o CMS 6: três médicos, duas enfermeiras e cinco auxiliares de enfermagem, o que é equivalente a 8,7% do total de profissionais; o CMS 2: três médicos, duas enfermeiras e quatro auxiliares, representando 7,8%; o CMS 1: três médicos, uma enfermeira e quatro auxiliares de enfermagem, sendo igual a 6,9% do total; o CMS 16: quatro médicos, uma enfermeira e três auxiliares, representando 6,9% do total; o CMS 7: dois médicos, uma enfermeira e quatro auxiliares; o CMS 8: três médicos, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem; o CMS 15: dois médicos, três enfermeiras e dois auxiliares. Os CMS 7, 8 e 15 representam cada um 6% do total.

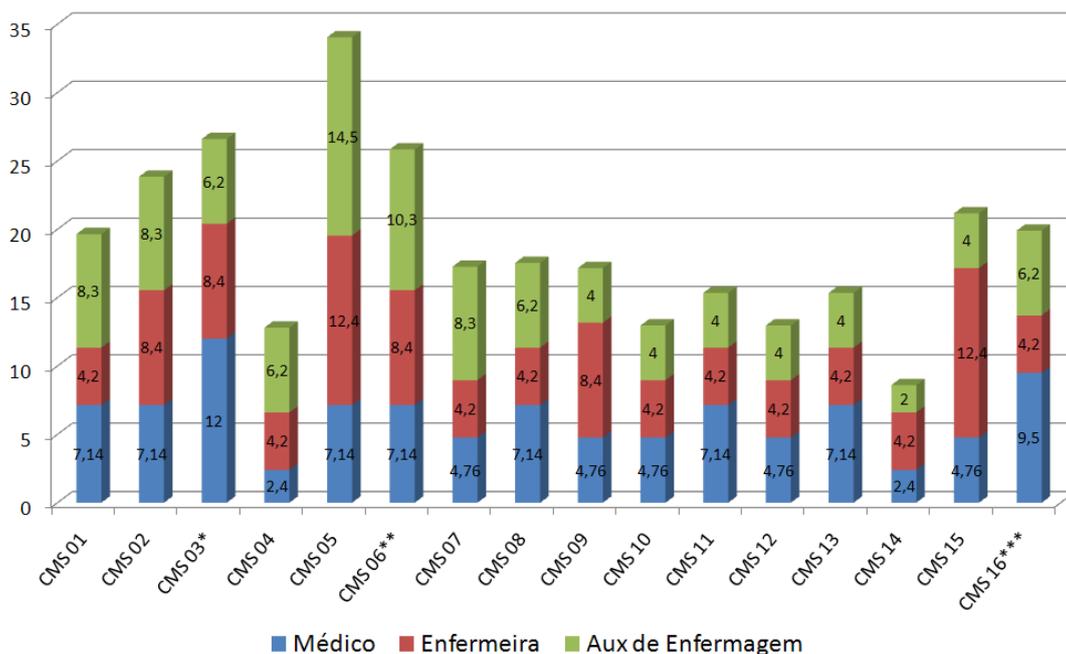
No CMS 9 há dois médicos, duas enfermeiras e dois auxiliares; nos CMS 11 e 13: três médicos, uma enfermeira e dois auxiliares, cada um. Os CMS 9, 11 e 13 equivalem cada um a 5,2% do total. O CMS 4 possui um médico, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem; o CMS 12 tem dois médicos, uma enfermeira e dois auxiliares, o que corresponde cada um a 4,3% do total. A menor equipe multiprofissional no pré-natal pertence ao CMS 14 e é constituída por um médico, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem, representando 2,6% do total de profissionais em todos CMS. Vale ressaltar que esta última equipe foi formada recente e está em fase de expansão, segundo os gestores da unidade.

Os CMS, na assistência à mulher no pré-natal, possuem em seu quadro funcional um total de 42 médicos, 24 enfermeiras e 48 auxiliares. Destaca-se o fato do quantitativo de enfermeiro ser, aproximadamente, a metade do quantitativo de médicos e 1/3 do quantitativo de auxiliares.

Em relação ao quantitativo de profissionais de saúde na assistência à saúde da mulher nos CMS estudados, excluindo os profissionais médicos e os auxiliares de enfermagem, que não farão parte do estudo, o CMS 5 e 15 tem o maior percentual de enfermeiras (12,4%), seguido pelos CMSs 2, 3, 6 e 9 (8,3%) e os CMSs 1, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13 e 14 (4,2%) possuem o menor valor percentual.

Essas comparações são visualizadas objetivamente no Gráfico 01 a seguir:

GRÁFICO 01 – Percentual dos profissionais de saúde lotados na assistência à mulher no Pré-Natal nos Centros Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

*01 Enfermeira, em treinamento, recusou-se a participar do estudo.

**01 Enfermeira estava em licença médica.

***01 Enfermeira estava de férias.

3.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre junho de 2009 e setembro de 2010, por meio de um questionário estruturado em sete blocos, contendo perguntas abertas e fechadas. Os blocos foram denominados de: A) dados sociais e econômicos; B) dados profissionais; C) dados de

qualificação; D) conhecimentos básicos; E) conhecimentos adicionais; F) habilidades básicas e G) habilidades adicionais.

O questionário permitiu a presença do entrevistador seu preenchimento, ao entregá-lo pessoalmente aos sujeitos, pude oferecer as informações necessárias antes deles responderem (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; HULLEY et al, 2008).

Para Hungler et al (2008), nas perguntas abertas o respondente pode utilizar suas próprias palavras. Em contraponto, as perguntas fechadas oferecem uma lista de possíveis respostas ao respondente e foi assim que construímos este instrumento.

Os dados sócio-econômicos foram as variáveis utilizadas para a caracterização da amostra nesta área e foram: idade, situação conjugal, número de filhos e faixa salarial familiar. Para a caracterização profissional (laboral), as variáveis coletadas foram: categoria profissional, carga horária de trabalho semanal na instituição, carga horária de trabalho semanal total (somando outros empregos), ano que concluiu a graduação em Enfermagem, tempo de atuação na Enfermagem, tempo de atuação na assistência à mulher no Pré-Natal e quais são os títulos que possui (graduação, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado).

Os blocos D, E, F e G foram baseados no documento elaborado pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM/2002) sobre os conhecimentos e habilidades básicas e adicionais para o atendimento ao Pré-Natal. Estes foram, também adequados à realidade do Brasil e aos objetivos da pesquisa.

A organização da pesquisa de campo foi estruturada em quatro momentos:

1. No primeiro momento, após selecionar todos os CMS da SMS/RJ, foi realizado contato telefônico para saber se a enfermeira realizava consultas à mulher no Pré-Natal. Caso essa resposta fosse afirmativa, o CMS em questão tornava-se

um local de estudo; se fosse negativa, outro CMS seria selecionado até obter-se uma resposta positiva.

2. No segundo momento, foi realizado contato telefônico e por correio eletrônico com os diretores dos Centros de Estudos de cada A.P. da SMS/RJ, a fim de obter autorização para participação e por meio de uma carta de apresentação a ser entregue nos locais de estudo e iniciar a coleta de dados.
3. O terceiro momento foi caracterizado pelo contato telefônico com os diretores ou chefias de saúde da mulher e marcados dias e horários para ser realizada a coleta de dados. Este contato foi importante, pois além de explicar a pesquisa e solicitar a autorização dos gestores das Unidades, a coleta de dados não interferiu no fluxo de atendimentos à população.
4. No quarto momento, fui aos CMS, na data previamente agendada, sendo apresentada aos profissionais pelas chefias de saúde da mulher. Depois de explicar os objetivos da pesquisa, entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário de caracterização dos profissionais me ausentei dos consultórios para a minha presença não interferir nas respostas. No entanto, fiquei disponível para retirar qualquer dúvida que surgisse durante o preenchimento do mesmo. Devido ao fluxo de atendimento, alguns profissionais solicitaram levar o questionário para preencher em suas casas. No entanto, esta estratégia não foi positiva, já que muitos profissionais esqueciam-se de levar o questionário ao serviço para entregá-lo nos dias combinados, atrasando o início da coleta em outro local.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Os bancos de dados foram processados com o auxílio dos programas EPI-INFO versão 3.5.1 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. No programa EPI-INFO, foi criado o banco de dados sendo preenchido pelos dados contidos nos formulários obtidos. Posteriormente, este banco foi transportado e trabalhado no programa SPSS.

Os resultados foram trabalhados com auxílio de dados estatísticos e analisados à luz de documentos que subsidiam a atenção qualificada ao pré-natal. Neste estudo, os documentos utilizados para a fundamentação teórica – contextual e análise foram principalmente: 1) Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN/MS/2002); 2) Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico (MS, 2006) e 3) Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia (ICM/2002), elaborado pela Confederação Internacional das Parteiras (Anexo I).

Os conhecimentos e as habilidades básicas e adicionais foram agrupados em categorias respeitando o momento/período correspondente ao período da gestação. Desta forma, foram construídas cinco (05) categorias de conhecimentos básicos e adicionais: 1) anatomia e fisiologia do corpo humano; 2) gravidez fisiológica; 3) intercorrências no curso da gravidez; 4) o uso de drogas na gestação: repercussões materno/fetal; 5) educação em saúde durante o Pré-Natal e quatro (04) categorias de habilidades básicas e adicionais: 1) habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem na realização do exame físico obstétrico; 2) habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem no preparo para o parto e nascimento; 3) habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem para a identificação de gestação de alto risco e, 4) habilidades realizadas e treinamento da equipe de enfermagem sobre elementos da consulta de enfermagem.

Os dados coletados correspondentes as características socioeconômicas e laborais foram apresentados em gráficos de pizza contendo a frequência relativa das variáveis.

Já as categorias de conhecimentos e habilidades, foram apresentadas em gráficos de barras horizontais.

3.6 Aspectos éticos

Em atenção aos aspectos éticos do estudo, estes se fundamentam na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), que se refere à pesquisa com participação de seres humanos. Deste modo, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ sob o número de protocolo 316A/2008 (Anexo II), pelos Centros de Estudos das Áreas Programáticas e pelas instituições aonde foi realizada a pesquisa (Apêndice VI).

Ao apresentar o questionário, foi solicitado aos participantes a assinatura do TCLE; os respondentes foram informados sobre o projeto de pesquisa, os objetivos e aspectos éticos de forma a garantir seu anonimato e vontade de participar ou não na pesquisa, bem como o direito de se retirar da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento ou finalizada, sem que este represente nenhum ônus ou prejuízo moral ou psicológico. Uma cópia foi entregue ao respondente e outra permanece com a pesquisadora (Apêndice III).

IV – Resultados

Este capítulo foi organizado em três partes: a primeira trata da caracterização dos locais de estudo, a segunda apresenta a caracterização da amostra, a terceira corresponde aos dados relativos aos conhecimentos e a quarta aborda as habilidades e atitudes das enfermeiras na atenção à mulher no período pré-natal.

4.1. PRIMEIRA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTUDOS

Os locais desse estudo foram os CMS localizados no Município do Rio de Janeiro e o critério de inclusão foi a participação do Enfermeiro na assistência à mulher no pré-natal.

Os CMS são unidades básicas de referência para a saúde de sua população adstrita. Em termos do Município do Rio de Janeiro, esta população varia em torno de 250 a 950 mil habitantes (TABELA 1).

Tendo em vista que cada A.P. é composta por mais de um bairro, o Quadro 03 apresenta o bairro onde cada CMS que compôs esta investigação está localizado.

QUADRO 03 – Localização dos bairros de cada CMS investigado. Rio de Janeiro, 2009-2010.

A.P.	CMS	Bairro
1.0	01	São Cristovão
	09	Gamboa
	10	Santa Teresa
	11	Cidade Nova
2.1	02	Catete
	12	Copacabana
2.2	03	Vila Isabel
	13	Tijuca
3.1	04	Ramos
	14	Zumbi - Ilha do governador
3.2	05	Engenho de Dentro
3.3	07	Irajá
4.0	08	Cidade de Deus
	15	Recreio
	16	Tanque – Jacarepaguá
5.1	06	Bangu

Fonte: SMS/RJ

No Quadro 03 identifica-se que a A.P. constituída pelo maior número (04) de CMS foi a A.P. 1.0, seguido pela A.P. 4.0 (03 CMS). Nas A.P. 2.1, 2.1 e 3.1 o número de CMS é equitativo (02 CMS). Assim como nas A.P. 3.2, 3.3 e 5.1 (01 CMS).

Demonstra-se que na A.P. 1.0 estão localizados os CMS 1 no bairro São Cristovão, o CMS 09 no bairro Gamboa, o CMS 10 no bairro Santa Teresa e o CMS 11 no bairro Cidade Nova; na A.P. 2.1 estão localizados o CMS 2 no bairro Catete e o CMS 12 no bairro Copacabana; na A.P. 2.2 estão localizados o CMS 3 no bairro Vila Isabel e o CMS 13 no bairro Tijuca; na A.P. 3.1 estão localizados o CMS 4 no bairro Ramos e o CMS 14 no bairro Zumbi (Ilha do Governador); na A.P. 3.2 está localizado o CMS 5 no bairro Engenho de Dentro; na A.P. 3.3, o CMS 7 no bairro Irajá; na A.P. 4.0 estão localizados os CMS 8 no bairro Cidade de Deus, o CMS 15 no Recreio e o CMS 16 no bairro Tanque (Jacarepaguá) e na A.P. 5.1 está localizado o CMS 06 no bairro Bangu.

Ao confrontar os dados das Tabelas 01 e do Quadro 03, no que se diz respeito ao número de CMS distribuídos pelas AP e seu número de habitantes, constata-se que na A.P.

3.3 existe o maior número de habitantes (951.198) e possui apenas um CMS. No entanto, a A.P. 1.0 contém o menor número de habitantes (256.512) e o maior quantitativo de CMS (05, desses, 04 fazem parte do local deste estudo).

Esses centros oferecem os seguintes serviços de assistência à saúde da mulher: ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê, grupo de adolescentes, puerpério, grupo de gestantes, climatério e o grupo do Teste Imunológico para Gravidez (TIG). Dentre os serviços oferecidos, apenas o serviço de atendimento ao **Pré-Natal** fará parte do objeto deste estudo.

QUADRO 04 – Distribuição dos serviços de assistência à saúde da mulher oferecidos nos CMS investigados. Rio de Janeiro, 2009-2010.

Serviços prestados	CMS 01	CMS 02	CMS 03	CMS 04	CMS 05	CMS 06	CMS 07	CMS 08	CMS 09	CMS 10	CMS 11	CMS 12	CMS 13	CMS 14	CMS 15	CMS 16
	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 5.1	AP 3.3	AP 4.0	AP 1.0		AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 4.0		
1-Ginecologia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2-Pré-Natal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3-Planejamento familiar	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4-Acolhimento mãe/ bebê	x	-	-	-	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x
5-Grupo de adolescentes	-	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6-Grupo de gestantes	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	x	-
7-Puerpério	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-
8-Climatério	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9-Grupo do Teste Imunológico para Gravidez (TIG)	x	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Total	5	2	5	3	7	5	6	5	5	5	7	6	5	6	6	5

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

De acordo com o Quadro 04, o CMS 5 (AP 3.2) e o CMS 11 (AP 1.0) oferecem o maior número de serviços relativos à saúde da mulher (sete no total, dos 9 relacionados). O

CMS 5 oferece ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê, grupo de adolescentes, puerpério e climatério, sendo que este não oferece o grupo de gestantes e grupo de Teste Imunológico para Gravidez (TIG); o CMS 11 oferece ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê, grupo de gestantes, puerpério e grupo de Teste Imunológico para Gravidez deixando de oferecer grupo de adolescentes e climatério.

A seguir os CMS 7 (AP 3.3), CMS 12 (AP 2.1), CMS 14 (AP 3.1) e CMS 15 (AP 4.0) oferecem seis serviços voltados à saúde da mulher, sendo eles: CMS 7 - grupo de gestantes, grupo do teste imunológico para gravidez (TIG), ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar e acolhimento mãe/bebê, não oferecendo grupo de adolescentes, puerpério e climatério; CMS 12 e CMS 15 oferecem o serviço de ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê, grupo de gestantes e grupo de Teste Imunológico para Gravidez, ambos deixam de oferecer o grupo de adolescentes, puerpério e climatério; CMS 14 - ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê, grupo de Teste Imunológico para Gravidez e o projeto cegonha carioca, deixando de oferecer grupo de adolescentes e de gestantes, puerpério e climatério.

Os CMS 1, 9 e 10 localizados na AP 1.0; os CMS 3 e 13 na AP 2.2; o CMS 6 na AP 5.1 e os CMS 8 e 16 na AP 4.0 oferecem cinco serviços à saúde da mulher, a saber: CMS 1, 9, 10, 13 e 16 - ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê e grupo do teste imunológico para gravidez (TIG), deixando de oferecer grupo de adolescentes e de gestantes, puerpério e climatério; CMS 3: ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, grupo de adolescentes e grupo de gestantes, não oferecendo acolhimento mãe/bebê, puerpério, climatério e grupo do TIG; CMS 6: ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê e grupo do TIG, não oferece os serviços de grupo de adolescentes e de gestantes, puerpério e climatério; CMS 8: ginecologia, **pré-natal**, planejamento familiar, grupo de gestantes e grupo do TIG, deixando de incluir o acolhimento mãe/bebê, grupo de

adolescentes, puerpério e climatério; CMS 4: ginecologia, **pré-natal** e grupo de gestantes, não dispondo de planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê, grupo de adolescente, puerpério, climatério e o grupo do TIG. O CMS 2: ginecologia e pré-natal, não compreendendo os seguintes serviços: grupo de gestantes, planejamento familiar, acolhimento mãe/bebê, grupo de adolescente, puerpério, climatério e o grupo do TIG.

Observa-se de forma específica que os serviços de ginecologia e **pré-natal** são oferecidos por todos os CMS em estudo e só 43,8% realiza grupo de gestantes (CMS 3, 4, 7, 8, 11, 12 e 15); 75% realizam grupo do Teste Imunológico para Gravidez-TIG (CMS 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16) e acolhimento mãe - bebê (CMS 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16), o que de certa forma, deixa de oferecer os serviços básicos definidos nas propostas governamentais para um atendimento integral à mulher no pré-natal.

Em todos os CMS, os profissionais de enfermagem são os responsáveis pela realização dos grupos de gestantes, o que não justificaria a ausência dos mesmos em determinados CMS que detém a inserção do enfermeiro. A importância desses grupos está no fato de ser um espaço para a discussão de temas relevantes na gravidez, parto e puerpério. Além de possibilitar a troca de experiências entre profissionais e gestantes, e, entre gestantes socializando o saber e a experiência. Estes grupos as congregam com o intuito de sensibilizá-las, incluindo seus familiares, a fim de que esse processo aconteça de modo mais natural e sadio, cabendo ao profissional utilizar nessa metodologia (coletiva) uma linguagem ativa e participativa (SILVA et al 2009).

Além desses dados, é importante descrever que nesses serviços, os seus gestores registram a média mensal e a estimativa anual do número de consultas à mulher no pré-natal por profissional, conforme as tabelas a seguir. Vale lembrar que os profissionais médicos foram incluídos nas tabelas 03, 04 e 05 para termos a dimensão de hegemonia deste profissional no sistema de saúde do município.

Esses dados numéricos podem sofrer oscilações no decorrer dos meses, interferindo na estimativa anual, pois os CMS oferecem números extras à população que podem ser preenchidos ou não, considerando-se as demandas programadas ou espontâneas (o que de fato deve ser a rigor melhor estudado em estudo específico).

TABELA 04 – Distribuição das médias mensais de consultas à mulher no pré-natal realizadas pelos profissionais dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.

A.P./CMS	Profissionais				Média mensal no	
	Médicos		Enfermeiras		F	%
	f	%	f	%		
A.P. 1.0/CMS 01*	250	4,34	110	4,9	360	4,5
A.P. 2.1/CMS 02**	260	4,5	56	2,5	316	3,9
A.P. 2.2/CMS 03	400	6,95	160	7,1	560	7
A.P. 3.1/CMS 04	120	2,1	120	5,3	240	3
A.P. 3.2/CMS 05	528	9,2	184	8,2	712	8,9
A.P. 4.0/CMS 06	120	8,34	360	16	480	6
A.P. 3.3/CMS 07	480	8,34	200	8,9	680	8,5
A.P. 5.1/CMS 08	480	8,34	180	8	660	8,25
A.P. 1.0/CMS 09	480	8,34	320	14,3	800	10
A.P. 1.0/CMS 10**	480	8,9	56	2,5	536	6,7
A.P. 1.0/CMS 11**	512	5,1	48	2,1	560	7
A.P. 2.1/CMS 12**	296	7,2	48	2,1	344	4,3
A.P. 2.2/CMS 13**	416	2,5	45	2	461	5,8
A.P. 3.1/CMS 14**	144	4,45	56	2,5	200	2,5
A.P. 4.0/CMS 15	256	9,7	200	8,9	456	5,7
A.P. 4.0/CMS 16**	527	9,7	100	4,45	627	7,8
Total	5.749	100	2.243	100	7.992	100

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

* média de 400 mulheres no pré-natal.

** A Enfermeira só realiza a 1ª consulta do Pré-Natal

Na Tabela 04 identificamos que a maior média de consultas à mulher no Pré-Natal pela enfermeira por mês foi realizado no CMS 6 - 360 (16%), seguido do CMS 9 que realizou 320 (14,3%) e nos CMS 7 e 15 onde foram realizadas equitativamente 200 (8,9%) consultas/mês. Evidencia-se assim que, de forma decrescente, registraram o CMS 5, 184 (8,2%); o CMS 8, 180 (8%); o CMS 3, 160 (7,1%); o CMS 4, 120 (5,4%); o CMS 1, 110 (4,9%); o CMS 16, 100 (4,5%); os CMS 2, 10, 14 apresentaram cada um 56 (2,5%); os CMS

11 e 12 realizaram cada um 48 (2,1%) e o CMS 13, 44 (2%) consultas/mês. Vale ressaltar que no CMS 2, 10, 11, 12, 13, 14 e 16 a enfermeira realiza apenas a primeira consulta à mulher no Pré-Natal.

Ao comparar a média de consultas realizadas pelos profissionais médicos e enfermeiras, o CMS 06 destaca-se por ser o único CMS onde a enfermeira realiza o maior percentual (75%) de consultas à mulher no pré-natal, em relação às realizadas pelo profissional médico (25%), o que corresponde a uma cobertura de 16% do total realizado. No CMS 4, os profissionais médicos e enfermeiras realizam o mesmo percentual de consultas (50%).

Assim verificamos que, em ordem decrescente, no CMS 15 a enfermeira é responsável por 43,8% das consultas à mulher no pré-natal; no CMS 9 por 40%; no CMS 1 por 30,5%; no CMS 7 por 29,4%; no CMS 3 por 28,6%; no CMS 14 por 28%; no CMS 8 por 27,3%; no CMS 5 por 25,8%; no CMS 2 por 17,8%; no CMS 16 por 15,9% no CMS 12 por 13%; no CMS 10 por 10,4%; no CMS 13 por 9,8% e no CMS 11 por 8,5%.

Constata-se que os CMS com percentuais menores que 20% de atendimento correspondem àqueles onde a enfermeira realiza apenas a primeira consulta à mulher no pré-natal. E que em 68,7% dos CMS investigados o quantitativo de profissional médico é maior que de enfermeiras. Estes dados evidenciam a inserção das enfermeiras no programa de assistência à mulher no pré-natal nos CMS em estudo, porém esta inserção não está relacionada à qualidade das consultas.

Tendo como base a média mensal de consultas, optamos por realizar a estimativa anual das mesmas multiplicando o valor mensal por 12 meses/ano, como segue:

TABELA 05 – Estimativa anual de consultas à mulher no pré-natal realizadas pelos profissionais dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.

A.P/CMS	Profissionais					
	Médicos		Enfermeira		Estimativa total	
	f	%	f	%	f	%
A.P. 1.0/CMS 01*	3.000	4,34	1.320	4,9	4.320	4,5
A.P. 2.1/CMS 02**	3.120	4,5	672	2,5	3.792	3,9
A.P. 2.2/CMS 03	4.800	6,95	1.920	7,1	6.720	7
A.P. 3.1/CMS 04	1.440	2,1	1.440	5,3	2.880	3
A.P. 3.2/CMS 05	6.336	9,2	2.208	8,2	8.544	8,9
A.P. 4.0/CMS 06	5.760	8,34	2.400	8,9	8.160	8,5
A.P. 3.3/CMS 07	1.440	8,34	4.320	16	5.760	6
A.P. 5.1/CMS 08	5.760	8,34	2.160	8	7.920	8,25
A.P. 1.0/CMS 09	5.760	8,34	3.840	14,3	9.600	10
A.P. 1.0/CMS 10**	5.760	8,9	672	2,5	6.432	6,7
A.P. 1.0/CMS 11**	6.144	5,1	576	2,1	6.720	7
A.P. 2.1/CMS 12**	3.552	7,2	576	2,1	4.128	4,3
A.P. 2.2/CMS 13**	4.992	2,5	540	2	5.532	5,8
A.P. 3.1/CMS 14**	1.728	4,45	672	2,5	2.400	2,5
A.P. 4.0/CMS 15	3.072	9,7	2.400	8,9	5.472	5,7
A.P. 4.0/CMS 16**	6.324	9,7	1.200	4,45	7.524	7,8
Total	68.988	100	26.916	100	95.904	100

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

* média de 400 mulheres no pré-natal.

**A Enfermeira só realiza a 1ª consulta do Pré-Natal

Tomando como base a Tabela 05, identifica-se que o maior número de registros de consultas à mulher no Pré-Natal pela enfermeira por ano foi realizado no CMS 7 - 4.320 (16%), seguido do CMS 9 que realizou 3.840 (14,3%) e nos CMS 6 e 15 onde foram realizadas, em cada um, 2.400 (8,9%) consultas/ano. Evidencia-se assim que, de forma decrescente, registraram o CMS 5, 2.208 (8,2%); o CMS 08, 2.160 (8%); o CMS 3, 1.920 (7,1%); o CMS 4, 1.440 (5,3%); o CMS 1, 1.320 (4,9%); os CMS 2 e 4, 672 (2,5 %), cada; os CMS 11 e 12, 576 (2,1%) cada, e, o CMS 13, 540 (2%). Cabe lembrar, uma vez mais, que nos CMS 2, 10, 11, 12, 13, 14 e 16 a enfermeira realiza apenas a primeira consulta à mulher no Pré-Natal.

Ao quantificar a estimativa anual do número de atendimentos no Pré-Natal realizados pela profissional enfermeira comparados aos realizados pelo profissional médico, o CMS que se destaca é o 07 onde o enfermeiro realiza o triplo do número de consultas do profissional médico. Este fato não se repete em nenhum outro CMS investigado e não pode ser retribuído

ao quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros, tendo em vista que este CMS possui 2 médicos e 1 enfermeiro não havendo proporcionalidade.

No CMS 4, o número de consultas realizadas pelos profissionais médicos e enfermeiras é equitativo (1.440/ano).

No CMS 11, o profissional médico realiza dez vezes mais consultas que o profissional enfermeira (6.144 e 576/ano); no CMS 13 o profissional médico realiza nove vezes mais consultas (4.992 e 540/ano) e no CMS 10, oito vezes mais (5.760 e 672/ano).

Já no CMS 12, o profissional médico realiza o sêxtuplo de números de consultas da enfermeira (3.552 e 576/ano); nos CMSs 2 e 16, o profissional médico realiza o quántuplo do número de consultas da enfermeira, sendo no CMS 2 o número de consultas realizadas pelo médico igual a 3.120 e pelo enfermeiro 672/ano, e, no CMS 16 o respectivo número de consultas são 6.324 e 1.200/ano.

Nos CMSs 01, 05 e 08 o profissional médico realiza aproximadamente o triplo de consultas. Neste caso, no CMS 01 são alcançadas pelo médico 3.000/ano e pela enfermeira 1.320/ano; no CMS 05 esses números são 6.336/ano e 2.208/ano, e no CMS 08 é igual a 5.760/ano e 2.160/ano.

Nos CMSs 3, 06 e 14, a diferença entre consultas realizadas pelo profissional médico e enfermeira é aproximadamente o dobro. Sendo no CMS 3, 4.800 consultas/ano feitas pelo médico e 1.920 pela enfermeira; no CMS 6, 5.760 e 2.400/ano; no CMS 14, 1.728 e 672/ano. Este fato está relacionado ao quantitativo de profissionais médicos e enfermeiras lotados nos CMS, onde em todos os locais de estudo, o número de médicos é maior do que o número de enfermeiras.

Por fim, o médico obtém 1,5 de consultas a mais do que a enfermeira no CMS 9 (5.760 e 3.840/ano) e 1,25 no CMS 15 – 3.072 e 2.400/ano (Tabela 04).

Em relação à estimativa anual de consultas à mulher no pré-natal nos CMS investigados do Município do Rio de Janeiro, 68.988 (71,9%) das consultas são realizadas pelo médico e 26.916 (28,1%) pela enfermeira. Ou seja, o profissional médico realiza aproximadamente o dobro do número de consultas à mulher no pré-natal do que a profissional enfermeira.

Evidencia-se que em 43,7% dos CMS investigados, a enfermeira só acompanha/realiza 01 consulta à mulher no pré-natal e em apenas 01 CMS ela faz esse acompanhamento do início ao fim da gestação. No entanto, sabe-se que esse profissional possui qualificação e respaldo legal pela Lei 7.498/86 para esse acompanhamento.

Após realizar a primeira consulta à mulher no pré-natal, a enfermeira tem que chamar para si a responsabilidade das consultas subsequentes. A primeira consulta, de acordo com o que foi observado nos CMS, muitas vezes se resume em função burocrática com o preenchimento da ficha de cadastro da gestante no Sistema de Informação em Saúde e das solicitações de exames laboratoriais e ultrassonografia.

Em termos gerais, o CMS 9 - AP 3.2 - realiza o maior número de consultas (9.600/ano), representando aproximadamente 10% do total de consultas/ano nos CMSs; seguido em ordem decrescente pelo CMS 5 – A.P. 3.2, que realiza 8.544 (8,9%); CMS 6 – A.P. 4.0, 8.160 (8,5%); CMS 8 – A.P. 5.1, 7.920 (8,25%); CMS 16 – A.P. 4.0, 7.524 (7,8%); os CMSs 3 e 11, 6.720 (7%), cada um; CMS 10 – A.P. 1.0, 6.720 (6,7%); pelo CMS 7 - A.P. 3.3, que realiza 5.760 (6%) das consultas; o CMS 13 – A.P. 2.2, 5.532 (5,8%); o CMS 15 – A.P. 4.0, 5.472 (5,7%); CMS 1 – A.P. 1.0, 4.320 (4,5%); o CMS 12 - A.P. 2.1, 4.128 (4,3%); o CMS 2 – A.P. 2.1, 3.792 (3,9%); o CMS 4, 2.880 (3%) e o CMS 14, 2.400 (2,5%), ambos da A.P. 3.1.

Todavia, podemos afirmar, em termos dos CMS estudados, que este quantitativo de consultas e de profissionais (42 médicos e 24 enfermeiras, Tabela 06) é insuficiente para a

demanda da população feminina (Tabela 02). Contudo, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), o percentual de mulheres que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal aumentou de 51,1% em 1996 para 67,5% em 2006, constatando-se aumento quantitativo significativo de cobertura à mulher no pré-natal.

É mister ressaltar que a quantidade de consultas à mulher no pré-natal realizadas pela enfermeiras podem influenciar no seu desenvolvimentos de habilidades, pois estes dois fatores (realizar determinada tarefa e o desenvolvimento de habilidades) estão diretamente relacionados.

TABELA 06 – Distribuição da Estimativa anual de consultas à mulher no Pré-Natal realizadas pelos profissionais de saúde dos CMS/A.P. Rio de Janeiro, 2009-2010.

A.P.	Médico		Enfermeira		Estimativa total	
	n	%	n	%	n	%
1.0	20.664	30	6.408	23,9	27.072	29
2.1	6.672	9,7	1.248	4,6	7.920	8,2
2.2	9.792	14,2	2.460	9,1	12.252	12,8
3.1	3.168	4,6	2.112	7,8	5.280	5,5
3.2	6.336	9,2	2.208	8,2	8.544	9
3.3	1.440	2,1	4.320	16	5.760	6
4.0	15.156	22	6.000	22,3	21.156	22
5.1	5.760	8,3	2.160	8	7.920	8,2
Total	68.988	100	26.916	100	95.904	100

N = número de consultas

Fonte: coleta de dados nos CMS investigados. 2009-2010

Considerando a Tabela 06, constata-se que das 95.904 consultas à mulher no pré-natal realizadas nos CMS locais desse estudo, 72% são realizadas pelo profissional médico e 28% pela profissional enfermeira. No que tange as consultas à mulher no Pré-Natal executadas pela profissional enfermeira, a A.P. 1.0 foi a que realizou o maior número de consultas - 6.408 (23,9%), seguido pela A.P. 4.0 que realizou 6.000 (22,3%). Evidencia-se em ordem decrescente que a A.P. 3.3 realizou 4.320 (16%); A.P. 2.2 – 2.460 (9,1%); A.P. 3.2 – 8,2%); A.P. 5.1 – 2.160 (8%); A.P. 3.1 – 2.112 (7,8%), e A.P. 2.1 1.248 (4,6%).

Em relação ao quantitativo de consultas à mulher no Pré-Natal realizadas em cada A.P., verifica-se que a A.P. onde foi realizado o maior número de consultas foi a 1.0 – 27.072

(29%), seguida em ordem decrescente pela A.P. 4.0 – 21.156 (22%); A.P. 2.2 – 12.252 (12,8%); A.P. 3.2 – 8.544 (9%); A.P. 2.1 e 5.1 – 7.920 (8,2%) cada; A.P. 3.3 – 5.760 (6%) e A.P. 3.1 – 5.280 (5,5%).

Ao confrontarmos as informações da Tabela 02 com o Quadro 02, identificamos aspectos importantes de destacar: que a A.P. com o maior número de população feminina (A.P. 3.3) possui uma estimativa anual de consultas à mulher no pré-natal igual a 5.760 e que nessa A.P. o percentual de mulheres que não realizaram consulta pré-natal durante a gestação foi 3,6%, o quarto maior do Município. Outra informação relevante é que a A.P. 2.1 possui o maior percentual de consultas à mulher no pré-natal, apesar de ter o terceiro menor percentual de consultas comparadas aos outros CMS investigados. Sendo o mesmo valor igual ao percentual da A.P. 5.1, que possui 88,1% de gestante que realizam no mínimo 04 consultas no Pré-Natal, valor este que representa o quarto menor percentual do Município.

4.2. SEGUNDA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA

A população constou de todos os enfermeiros que atuam no Pré-Natal na SMS/RJ e foi formada pelo quantitativo de 21 enfermeiras que atuam na assistência ao Pré-Natal da referida SMS/RJ. Os dados das características sócio-econômicas e das características laborais das enfermeiras estão apresentados em gráficos para favorecer sua objetivação.

4.2.1 Características sócio-econômicas das enfermeiras:

Pode-se observar que 100% dos enfermeiros entrevistados são do sexo feminino. Uma delas não respondeu nenhum item das características sócio-econômicas, resultando em 20 respondentes, neste aspecto.

Tabela 07 – Distribuição das características sócio-econômicas das enfermeiras dos Centros Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2009-2010.

Variáveis sócio-econômicas	Enfermeiras	
	f	%
Idade		
30 - 39	7	33
40 - 49	8	38
50 - 59	4	19
60 anos ou mais	1	5
Não respondeu	1	5
Total	21	100
Média	49	
Número de filhos		
Sem filhos	10	47
Um filho	5	24
Dois ou mais filhos	5	24
Não respondeu	1	5
Total	21	100
Situação Conjugal		
com parceiro	9	43
sem parceiro	11	52
Não respondeu	1	5
Total	21	100
Renda familiar		
Até cinco salários mínimos (R\$1650,00 e R\$2250,00)	1	5
Entre cinco a dez salários mínimos (R\$2250,00 e R\$4500,00)	14	66
Mais de dez salários mínimos (mais de R\$4500,00)	5	24
Não respondeu	1	5
Total	21	100

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Tomando como base a Tabela 07, identificamos que a idade das enfermeiras na assistência à mulher no pré-natal dos CMS da SMS/RJ variou de 30 a mais de 60 anos. Evidenciou-se que em termos dos agrupamentos da faixa etária 38% das enfermeiras possuem de 40 a 49 anos de idade, 33% de 30 a 39 anos, 19% de 50 a 59 anos, 5% tem 60 anos ou mais e 5% não responderam. A média da idade foi de 49 anos.

Quanto ao número de filhos, evidencia-se que 47% das enfermeiras registraram não ter filhos, há igualdade entre o percentual de enfermeiras que possuem um filho e os que

possuem dois ou mais filhos. Ou seja, a maioria (48%) das enfermeiras possui filho(s), tendo provavelmente vivenciado a assistência ao pré-natal.

Identifica-se que 52% das enfermeiras entrevistadas não possuem parceiro, 43% sim possuem e 5% não responderam.

Em relação à renda familiar, 66% das enfermeiras tem renda familiar entre cinco a dez salários mínimos, 24% superior a dez salários mínimo, 5% até cinco salários mínimo e 5% não respondeu.

4.2.2 Características relativas ao trabalho das enfermeiras:

No que tange as características de trabalho, a média aproximada da carga horária de trabalho semanal das enfermeiras nos CMSs foi de aproximadamente 30 horas.

Tabela 08 - Distribuição das características de trabalho das enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.

Variáveis laborais	Enfermeiras	
	f	%
Carga horária de trabalho semanal na instituição		
Até 30 horas	8	38
32,5 horas	12	57
Não respondeu	1	5
Total	21	10
Média	30	
Carga horária de trabalho semanal total (somando outros empregos)		
Até 40 horas	2	10
41- 60 horas	7	33
Mais de 60	3	14
Não possui outro emprego	9	43
Total	21	100
Tempo de Atuação na Enfermagem		
Até 10 anos	5	24
11-24 anos	10	48
25 anos ou mais	6	28
Total	21	100
Tempo de Atuação na Assistência ao Pré-Natal		
Até 10 anos	13	62
11 - 24 anos	6	28
25 anos ou mais	1	5
Não respondeu	1	5
Total	21	100

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Registra-se na Tabela 08 que a carga horária de trabalho semanal das enfermeiras nos CMS, 57% trabalha até 30 horas por semana, 38% tem carga horária semanal de 32,5 horas e 5% não respondeu.

Em relação à carga horária semanal total, identifica-se que 33% das enfermeiras trabalham de 41 a 60 horas/semana, 14% executam mais de 60 horas e 10% até 40 horas/semana, totalizando 57% de enfermeiras que possuem outro vínculo empregatício. E que 43% das enfermeiras não possuem outro vínculo empregatício.

No que tange o tempo de atuação na enfermagem, constata-se que 48% das enfermeiras possuem de 11 a 24 anos de atuação na enfermagem, 28% atuam 25 anos ou mais e 24% até 10 anos.

Quanto ao tempo de atuação na assistência à mulher no pré-natal, 62% das enfermeiras atuam até 10 anos na assistência à mulher no Pré-Natal, 28% de 11 a 20 anos, 5% atuam há 25 anos ou mais e 5% não responderam.

Tabela 09- Distribuição dos títulos referidos pelas enfermeiras entrevistadas dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.

Títulos	Enfermeiras	
	<i>f</i>	%
Especialização em Enfermagem Obstétrica	10	47
Outras qualificações	6	28
Mestrado em Enfermagem	2	10
Não respondeu	2	10
Graduação	1	5
Total	21	100

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Evidencia-se na Tabela 09 que de 100% (21), 47% são especialistas em Enfermagem Obstétrica, 28% possui outras qualificações, 10% tem mestrado, 10% não responderam e 5% das graduadas não detém nenhuma outra qualificação.

As outras qualificações referidas foram listadas no Quadro 05.

Quadro 05 – Relação das outras qualificações referidas pelas enfermeiras entrevistadas dos CMS. Rio de Janeiro, 2009–2010.

Qualificações
Graduação em Medicina (1)
Especialização em Enfermagem Pediátrica (2)
Especialização em Enfermagem Neonatal (1)
Residência em Enfermagem Saúde Pública (1)
Residência em Enfermagem Pediátrica (1)
Habilitação em Enfermagem Obstetrícia (1)

Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Constata-se no Quadro 05 que as outras qualificações (9%) referidas pelas enfermeiras foram: Graduação em Medicina, Especialização em Enfermagem Pediátrica, Especialização em Enfermagem Neonatal, Residência em Enfermagem Saúde Pública, Residência em Enfermagem Pediátrica e Habilitação em Enfermagem Obstetrícia, que é modalidade da Graduação (Parecer 163/72 do MEC).

4.3. TERCEIRA ETAPA: CONHECIMENTOS BÁSICOS E ADICIONAIS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

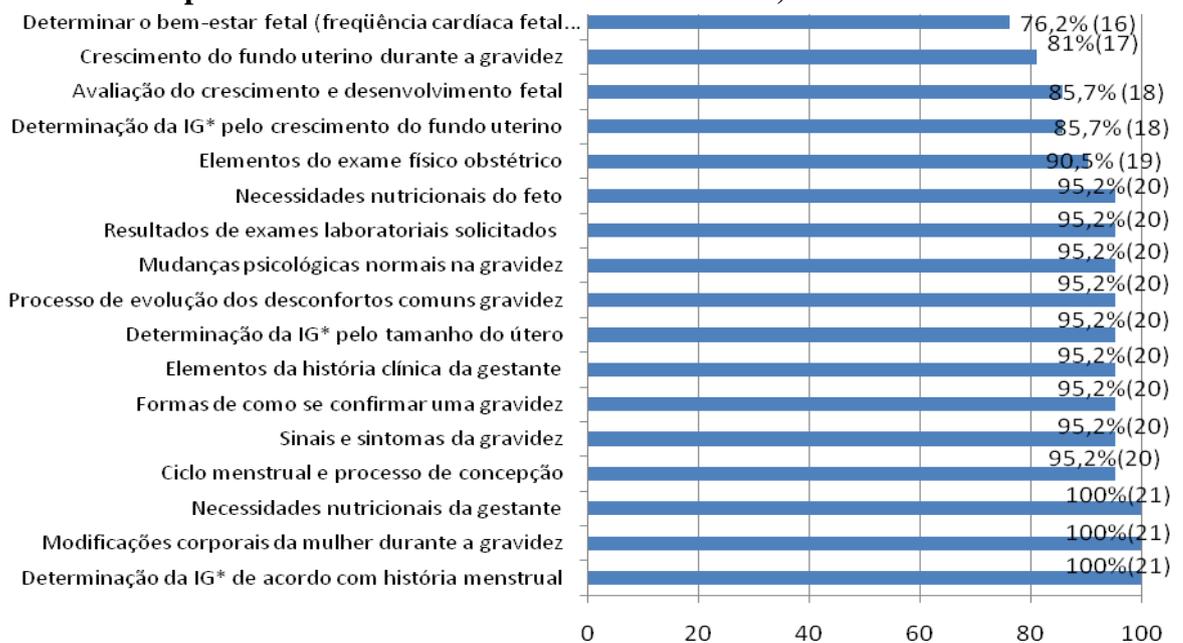
Segundo a Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002), há 24 conhecimentos básicos que os profissionais de enfermagem devem apresentar sobre o pré-natal, e, 02 os conhecimentos adicionais. Visando facilitar as respostas dos sujeitos e posteriormente a análise dos dados, algumas competências foram subdivididas o que resultou em 41 itens de conhecimentos básicos. Durante a criação das categorias, foi considerado cada momento/período da gestação e o foco do sujeito (gestante, feto ou família) presente no item sobre os conhecimentos.

Foram estabelecidos cinco (05) categorias de conhecimentos: 1) anatomia e fisiologia do corpo humano; 2) gravidez fisiológica; 3) intercorrências no curso da gravidez; 4) o uso de drogas na gestação: repercussões materno/fetal, e 5) educação em saúde, durante o Pré-Natal.

A primeira categoria, “Conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do corpo humano” foi identificada de forma a todas as enfermeiras (100%) conhecerem.

A segunda categoria denominada, “Conhecimentos sobre gravidez fisiológica” foi representada pelo Gráfico 02.

Gráfico 02 - Distribuição dos conhecimentos sobre gravidez fisiológica referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010.

Identifica-se no Gráfico 02 que das 21 enfermeiras em sua totalidade, 100% delas referiram ter plenamente 03 conhecimentos sobre gravidez fisiológica: necessidades nutricionais da gestante; determinação da idade gestacional de acordo com história menstrual e processo de evolução normal das modificações corporais da mulher durante a gravidez.

Contudo, a maioria das enfermeiras (95,2%) detém conhecimentos sobre 09 aspectos da gravidez fisiológica: necessidades nutricionais do feto; resultados de exames laboratoriais, preconizados pelo MS, solicitados durante o pré-natal; mudanças psicológicas normais da

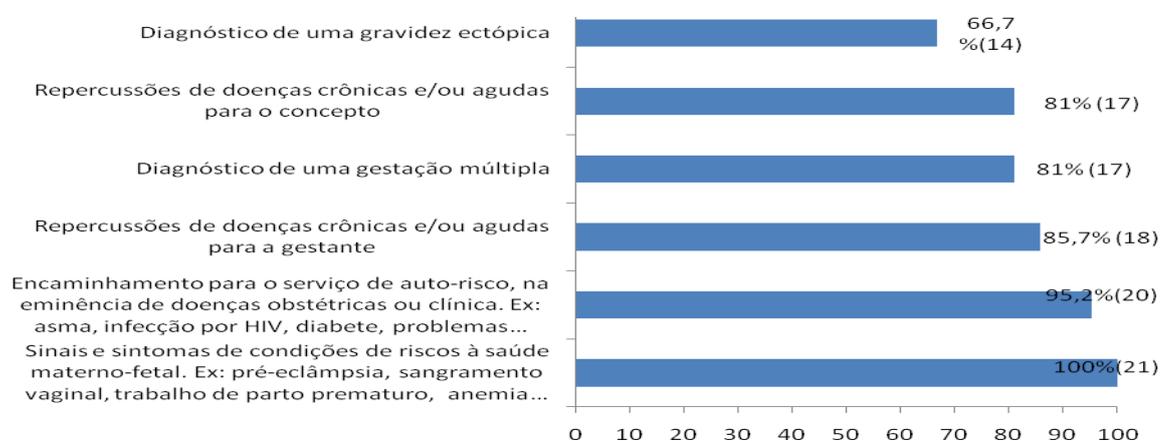
gravidez; processo de evolução dos desconfortos comuns na gravidez; determinação da idade gestacional, pelo tamanho do útero; elementos da história clínica da gestante; sinais e sintomas da gravidez; formas de como se confirmar uma gravidez; e sobre o ciclo menstrual e processo de concepção.

A maioria (90,5%) das enfermeiras entrevistadas referiu conhecer os elementos do exame físico obstétrico.

Em relação aos conhecimentos sobre: avaliação do crescimento e desenvolvimento fetal, em condições de normalidade e a determinação da idade gestacional, pelos padrões de crescimento do fundo uterino foram referidos por 85,7% das enfermeiras; 81% conhecem o crescimento esperado para o fundo uterino durante a gravidez; 76,2% sabem como determinar o bem-estar fetal durante a gravidez, incluindo a frequência cardíaca fetal e padrões de atividade.

O Gráfico 03 apresenta a terceira categoria denominada “Conhecimentos sobre as intercorrências que ocorrem no curso da gravidez”.

Gráfico 03- Distribuição dos conhecimentos sobre as intercorrências no curso da gravidez referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

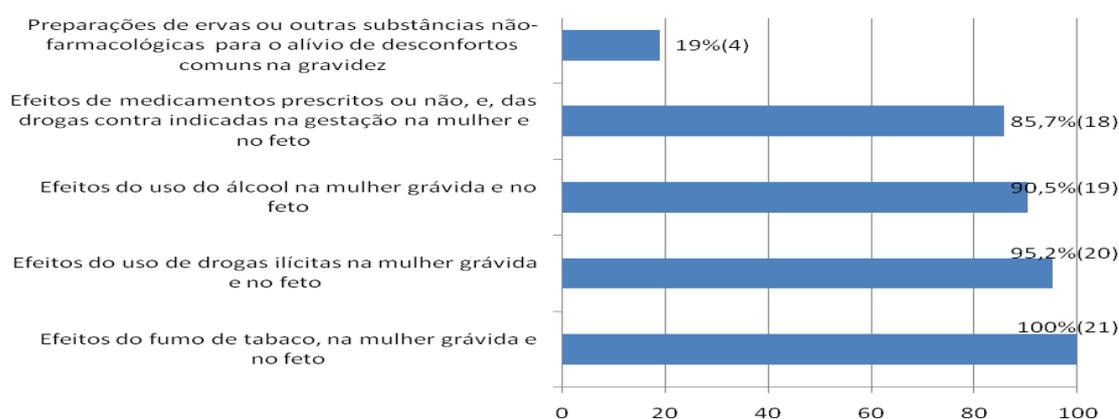
Tomando como base o Gráfico 03, constata-se que 100% das enfermeiras referiram conhecer pelo menos 1 dos aspectos que envolvem os conhecimentos básicos sobre

intercorrências no curso da gravidez e que se refere aos sinais e sintomas de condições que podem ocasionar riscos a saúde materno-fetal (por exemplo: pré-eclâmpsia, sangramento vaginal, trabalho de parto prematuro, anemia severa).

Já a maioria (95,2%) sabe quando devem encaminhar a gestante para o serviço de alto-risco, na eminência de doenças obstétricas ou clínicas, na gravidez (por exemplo: asma, infecção por HIV, diabete, problemas cardíacos, hipertensão arterial, gestação pós-termo); 85,7% conhecem as repercussões de doenças crônicas e/ou agudas para a gestante; 81% possuem o conhecimento relativo às repercussões de doenças crônicas e/ou agudas para o conceito e o diagnóstico de uma gestação múltipla; e, 66,7% dos enfermeiros referiram possuir o conhecimento sobre o diagnóstico de uma gravidez ectópica.

A quarta categoria “Conhecimentos sobre o uso de drogas na gestação e suas repercussões na saúde materno/fetal” pode ser visualizada no Gráfico 04 a seguir.

Gráfico 04 – Distribuição dos conhecimentos sobre o uso de drogas na gestação: repercussões materno/fetal, referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.



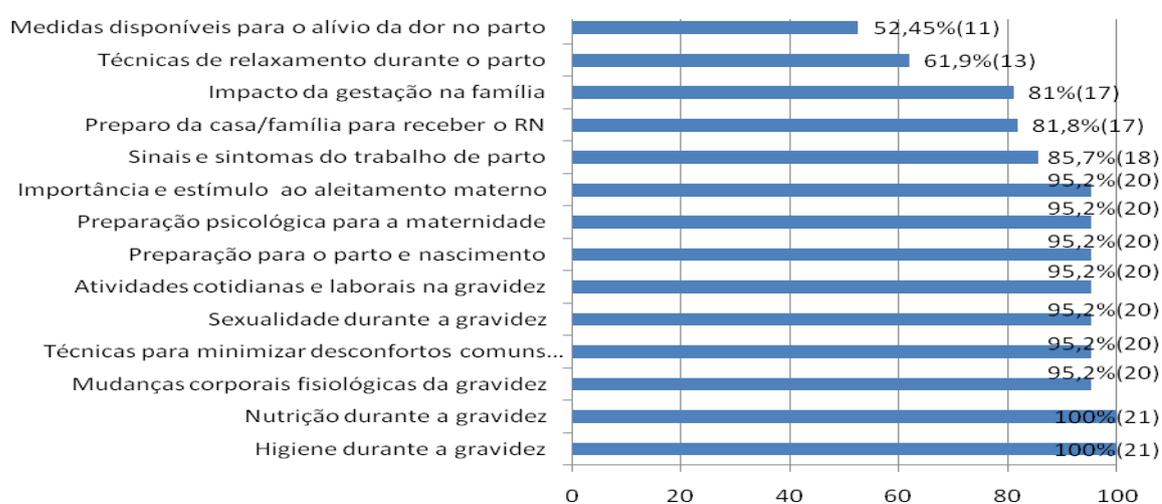
Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Identifica-se no Gráfico 04 que as enfermeiras em sua totalidade (100%) conhecem os efeitos do fumo de tabaco na mulher grávida e no feto; a maioria (95,2%) afirmou conhecer os efeitos do uso de drogas ilícitas na mulher grávida e no feto; 90,5% conhecem os efeitos do

uso do álcool na gestante e no feto; 85,7% têm conhecimento sobre os efeitos e medicamentos prescritos e das drogas contra indicadas na gestação, do uso medicamentos tradicionais utilizados indiscriminadamente, sem prescrição, e seus efeitos para a mulher e o feto; e, apenas 19% sabem sobre preparações de ervas, ou outras substâncias não-farmacológicas seguras e disponíveis na comunidade, para o alívio de desconfortos comuns na gravidez.

A quinta categoria “Conhecimentos sobre educação em saúde durante o Pré-Natal” encontra-se representada no Gráfico 05.

Gráfico 05 - Distribuição dos conhecimentos sobre educação em saúde durante o Pré-Natal referidos pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Tomando como base o Gráfico 05, constata-se que todas (100%) as enfermeiras entrevistadas têm conhecimentos sobre a nutrição durante a gravidez e a higiene durante a gravidez; a maioria (95,2%) conhece os seguintes temas: a importância e estímulo ao aleitamento materno; a preparação psicológica para a maternidade, o parto e o nascimento; as atividades cotidianas e laborais na gravidez; a sexualidade durante a gravidez, e sobre as técnicas para minimizar desconfortos comuns na gravidez; também a maioria (85,7%) conhece os sinais e sintomas do trabalho de parto; 81,8% conhecem sobre o preparo da casa/família para receber o recém-nascido; 81% sabem sobre o impacto da gestação na

família; 61,9% as técnicas de relaxamento durante o parto; e, 52,45% conhecem as medidas disponíveis para o alívio da dor no parto.

Segundo o parâmetro internacional (ICM, 2002), a enfermeira é considerada qualificada para a assistência à mulher no pré-natal ao conhecer todos os conhecimentos básicos descritos na Competência 3 (op.cit., 2002)

Identificamos que todas as enfermeiras consideradas qualificadas/competentes possuem especialização em Enfermagem Obstétrica, como ilustra o Gráfico 06.

Gráfico 06 - Distribuição das enfermeiras competentes dos CMS para a assistência à mulher no Pré-Natal x qualificações possuídas. Rio de Janeiro, 2009–2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Já entre as enfermeiras não consideradas qualificadas, 34% possuem especialização em Enfermagem Obstétrica, 28% possuem outras qualificações - especialização em Enfermagem Pediátrica, especialização em Enfermagem Neonatal, residência em Enfermagem - Saúde Pública, residência em Enfermagem Pediátrica e habilitação em Enfermagem Obstétrica, 9% possuem mestrado em Enfermagem, 9% não responderam e 6% apenas são graduadas em Enfermagem.

4.4. QUARTA ETAPA: HABILIDADES BÁSICAS E ADICIONAIS DAS ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

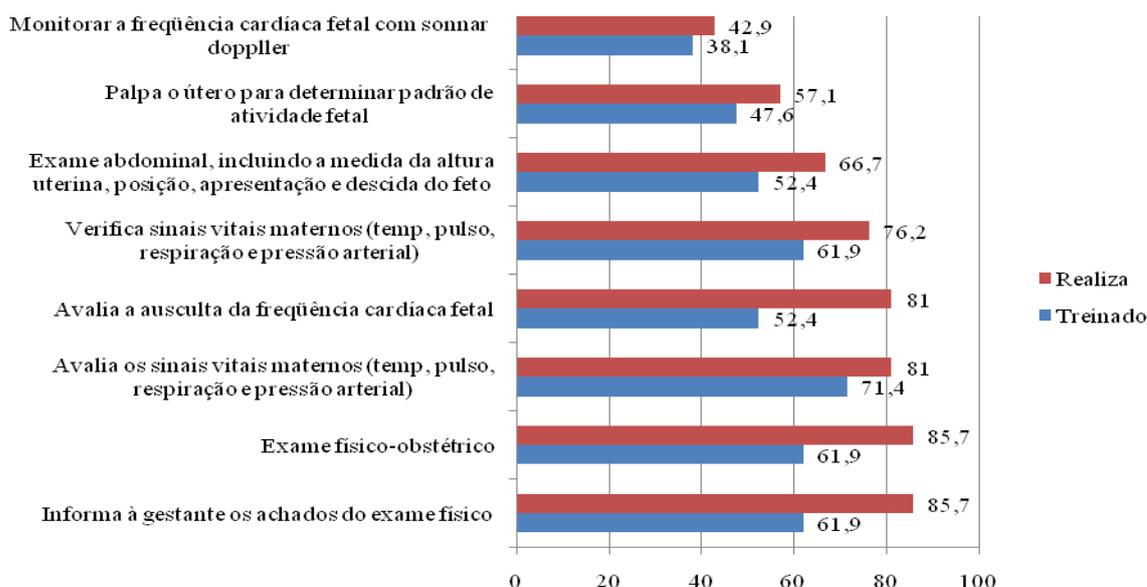
As habilidades correspondem ao tronco da “árvore de competências”, sendo os meios que possuímos para, junto ao conhecimento adquirido e a atitude individual, efetuar uma competência (RUTHES & CUNHA, 2008).

Segundo a ICM (2002), para a assistência à mulher no pré-natal o profissional deverá ter 32 habilidades, divididas em 21 habilidades básicas e 11 habilidades adicionais. Neste estudo, essas habilidades também foram divididas seguindo o mesmo critério adotado para a divisão dos conhecimentos, ou seja, foi considerado cada momento/período da gestação e o foco do sujeito (gestante, feto ou família) presente no item sobre as habilidades.

Dessa forma, foram criadas quatro (04) categorias de habilidades realizadas e treinamentos recebidos. São elas: 1) habilidades realizadas e treinamento das enfermeiras para executar o exame físico obstétrico; 2) habilidades realizadas e treinamento das enfermeiras no preparo para o parto e nascimento; 3) habilidades realizadas e treinamento das enfermeiras para a identificação de gestação de alto risco; e, 4) habilidades realizadas e treinamento das enfermeiras sobre elementos da consulta de enfermagem.

O Gráfico 07 expõe a frequência e a porcentagem das habilidades e dos treinamentos realizados pelas 21 enfermeiras para executar o exame físico obstétrico durante a assistência pré-natal.

Gráfico 07 - Distribuição das habilidades e treinamentos recebidos sobre o exame físico-obstétrico pelas enfermeiras dos CMS. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Identifica-se no Gráfico 07, que 85,7% das enfermeiras realizam o exame físico-obstétrico e informam a gestante os achados desse exame, e, 61,9% foram preparadas para realizar e verbalizar essa informação.

A ausculta da frequência cardíaca fetal durante o exame físico obstétrico é avaliada por 81% das enfermeiras. Para realizar esta prática 52,4% das enfermeiras receberam treinamento.

Os sinais vitais maternos são avaliados por 81% das enfermeiras e 71,4% receberam treinamento para esta prática. A verificação de sinais vitais maternos é realizada por 76,2% das enfermeiras e 61,9% foram treinados.

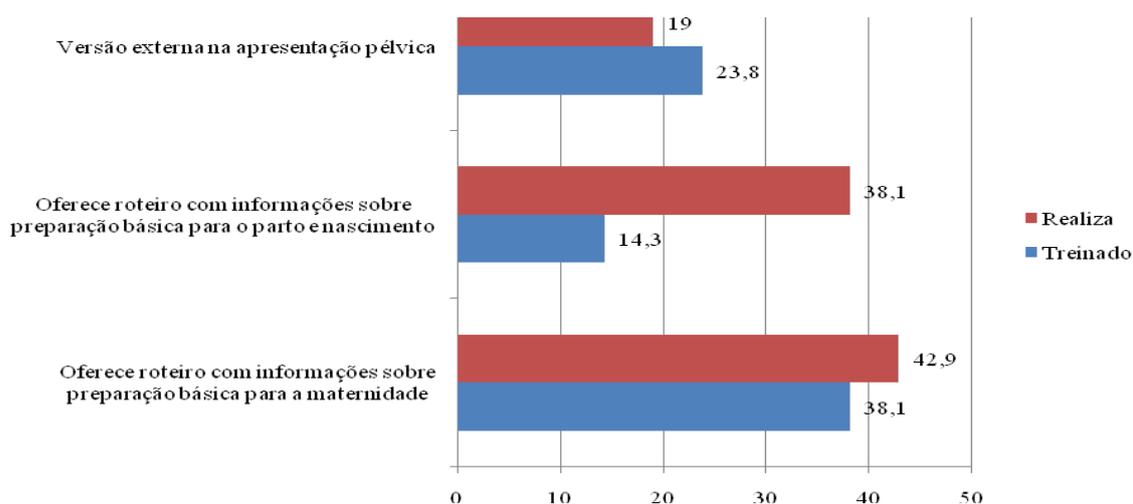
A realização do exame abdominal completo incluindo a medida da altura uterina, posição, apresentação e descida do feto são praticadas por 66,7% das enfermeiras e, 52,4% foram treinadas.

A palpação do útero para determinar padrão de atividade fetal é executada por 57,1% das enfermeiras, e, foram treinadas 47,6% das enfermeiras.

O monitoramento da frequência cardíaca fetal com sonnar doppler é verificado por 42,9% das enfermeiras e 38,1% referiram terem recebido treinamento.

A seguir, o Gráfico 08 apresenta a frequência e a porcentagem das habilidades e dos treinamentos realizados pelas 21 enfermeiras no preparo para o parto e nascimento.

Gráfico 08 - Distribuição das habilidades e treinamento realizados pelas enfermeiras dos CMS no preparo para o parto e nascimento. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

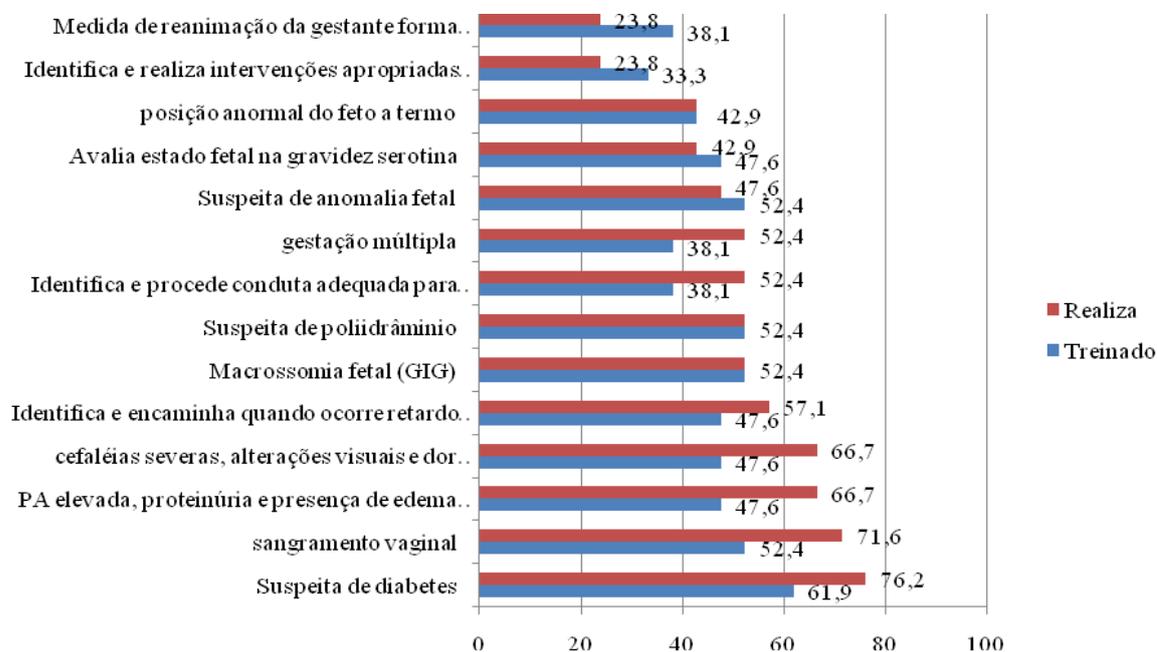
Constata-se no Gráfico 08 que das 21 enfermeiras entrevistadas, 42,9% oferece um roteiro com informações sobre preparação básica para a maternidade. O treinamento para esta ação foi recebido por 38,1%.

O oferecimento de um roteiro com informações sobre preparação básica para o parto e nascimento foi realizado por 38,1% das enfermeiras, e, foram treinadas 14,3%.

A realização da versão externa na apresentação pélvica é exercida por 19% das enfermeiras e 23,8% referiram ter recebido este treinamento.

O Gráfico 09 apresenta a frequência e a porcentagem das habilidades e dos treinamentos realizados pelas 21 enfermeiras para a identificação de gestação de alto risco.

Gráfico 09 – Distribuição das habilidades realizadas e treinamentos recebidos pelas enfermeiras dos CMS para a identificação de gestação de alto risco. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Tomando como base o Gráfico 09, observa-se que 76,2% das enfermeiras entrevistadas realizam encaminhamento quando ocorre suspeita de diabetes gestacional, e, 61,9% foram treinadas.

A identificação e a procedência de uma conduta adequada para: sangramento vaginal é uma prática realizada por 71,6% das enfermeiras e 52,4% receberam treinamento; a avaliação para cefaléias severas, alterações visuais e dor epigástrica associada com pressão sanguínea elevada, assim como nos casos de pressão arterial elevada, proteinúria e presença de edema significativo é feita por 66,7% das enfermeiras, e, 47,6% foram treinadas; para posição anormal do feto a termo, 42,9% das enfermeiras executam e foram treinadas.

Em relação a identificar e encaminhar quando ocorre retardo do crescimento intra-uterino (PIG), 57,1% das enfermeiras realizam e 47,6% receberam este treinamento.

Os procedimentos relativos a identificar e encaminhar a gestante nas situações onde há suspeita de polidrâminio e de macrosomia fetal foram equitativos – 52,4% - tanto em sua realização quanto por treinamento recebido.

Evidencia-se que das 21 enfermeiras, 52,4% identificam e procedem com a conduta adequada nos casos de gestação múltipla e crescimento fetal inadequado. Obtiveram estes treinamentos 38,1% das enfermeiras.

A identificação e o encaminhamento quando há suspeita de anomalia fetal é feita por 47,6% das enfermeiras e 52,4% receberam este treinamento.

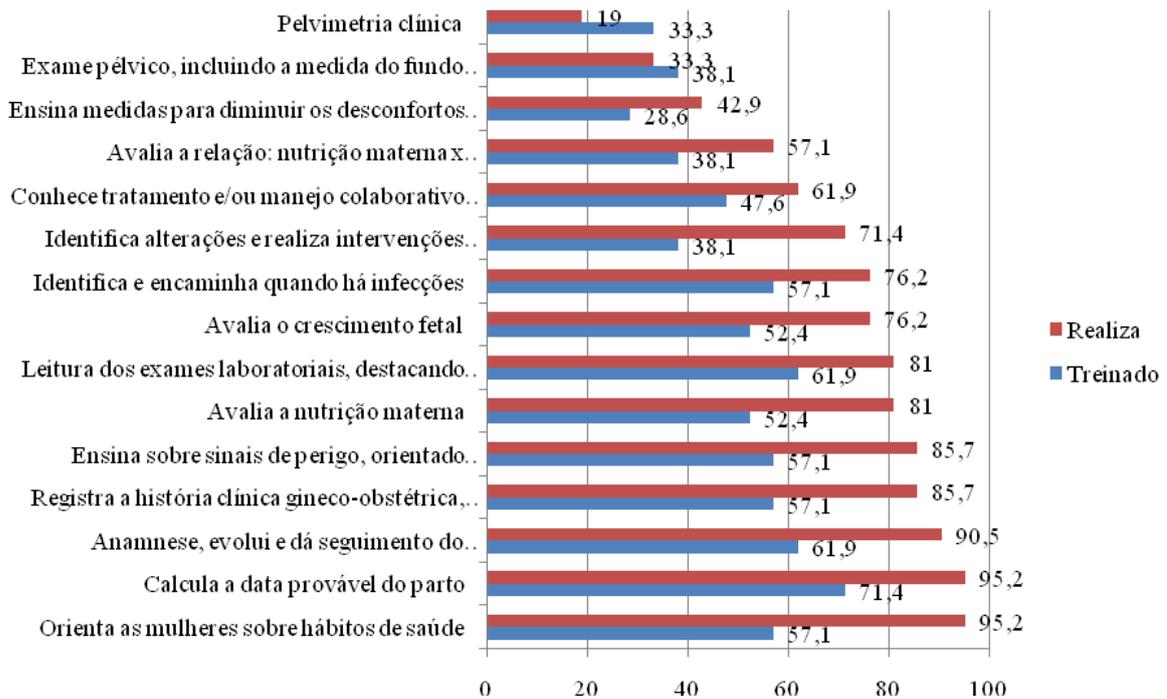
Já a avaliação do estado na gravidez serotina é realizada por 42,9% das enfermeiras e 47,6% foram treinadas.

A identificação e efetivação de intervenções apropriadas para rotura prematura das membranas é feita por 23,8% das enfermeiras e 33,3% referiram esse treinamento.

A realização de medidas para a reanimação da gestante de forma competente, em caso de lipotímia é executada por 23,8% das enfermeiras e 38,1% foram treinadas.

O Gráfico 10 apresenta a frequência e a porcentagem das habilidades e dos treinamentos realizados pelas 21 enfermeiras sobre elementos da consulta de enfermagem.

Gráfico 10 - Distribuição das habilidades e treinamentos recebidos pelas enfermeiras dos CMS sobre elementos da consulta de enfermagem. Rio de Janeiro, 2009-2010.



Fonte: coleta de dados nos Centros Municipais de Saúde estudados em 2009 e 2010

Evidencia-se no Gráfico 10 que 95,2% das enfermeiras orientam as mulheres sobre hábitos de saúde e 57,1% foram treinadas para executar essa prática.

O cálculo da data provável do parto é realizado por 95,2% das enfermeiras e obtiveram esse treinamento 71,4%.

A realização da anamnese: história atual, história de doenças progressas, doenças familiares, obstétrica e ginecológica (especialmente na consulta de 1ª vez.); sua evolução e o seguimento do histórico, nas consultas subsequentes são realizados por 90,5% das enfermeiras, sendo 61,9% treinadas.

O registro da história clínica gineco-obstétrica (incluindo as atividades realizadas e o acompanhamento do histórico da gestação) e o ensino às mulheres e famílias sobre os sinais de perigo para o parto, orientado-as quando e como contatar e encaminhar a maternidade são realizados por 85,7% das enfermeiras; 57,1% receberam esse treinamento.

A leitura dos resultados de exames laboratoriais, destacando àqueles resultados apresentando anormalidades é realizada por 81% das enfermeiras e 61,9% obtiveram treinamento.

Observa-se que das 21 enfermeiras, 81% avaliam a nutrição materna e 52,4% obtiveram este treinamento. Já a avaliação entre a relação da nutrição materna com o crescimento do feto é realizada por 57,1% das enfermeiras. Foram treinadas para executar essa prática 38,1%.

Identificam alterações e realizam intervenções apropriadas para nutrição materna adequada durante o curso da gravidez 71,4% das enfermeiras. Receberam treinamento 38,1%.

No que se diz respeito à identificação e o encaminhamento das gestantes quando há infecções, como doenças sexualmente transmitidas (DSTs), vaginites, infecção do trato urinário, infecção das vias respiratórias superiores, 76,2% das enfermeiras a realizam e 57,1% receberam treinamento.

A avaliação do crescimento fetal é realizada por 76,2% das enfermeiras; 52,45% das enfermeiras foram treinadas.

Já o ensino e a demonstração de medidas de promoção de cuidados para diminuir os desconfortos comuns da gravidez são feitos por 42,9% das enfermeiras. Obtiveram treinamento 28,6%.

A execução do exame pélvico, incluindo a medida do tamanho do útero, determinando a adequabilidade das estruturas ósseas é realizada por 33,3% das enfermeiras e receberam treinamento 38,1%.

Em relação à pelvimetria clínica, 19% das enfermeiras realizam este procedimento e 33,3% obtiveram treinamento.

O conhecimento sobre tratamento e/ou manejo colaborativo das alterações fisiológicas, seguindo as normas locais e os recursos disponíveis são possuídos por 61,9% das enfermeiras. Esse treinamento foi recebido por 47,6% das enfermeiras.

V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 – Características do perfil sócio-econômico e laboral das enfermeiras

No presente estudo, 38% das enfermeiras são responsáveis apenas pela 1ª consulta pré-natal em sete (43,7%) CMS dos 16 CMS estudados, mesmo tendo em seu quadro funcional duas ou mais enfermeiras. Desta forma, constatamos que o quantitativo de profissionais não é causa das enfermeiras não acompanharem o pré-natal de baixo risco nas instituições de saúde a qual são lotadas e sim o tipo de atuação que lhes é assegurado no serviço, ou, essas enfermeiras não se consideram capacitadas para tal.

Gardenal et al (2002), em estudo realizado sobre o perfil das enfermeiras que atuam na assistência obstétrica no Município de Sorocaba em São Paulo, constatou que a assistência à mulher no Pré-Natal é a fase do ciclo gravídico puerperal onde as enfermeiras atuam muito pouco e de forma descontínua. Isto pode ser explicado, sabendo que no município referido a rotina estabelecida para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) é que a enfermeira realize somente a 1ª consulta pré-natal. As consultas posteriores são alternadas entre o médico e a enfermeira, mesmo se a gestação for considerada de “baixo risco”.

Aqui, concordamos com a opinião de Gardenal et al (op. cit., 2002), de que a enfermeira atue no acompanhamento das gestações de “baixo risco” nos CMS, encaminhando as gestações de “alto risco” para a consulta médica e mantendo-se as duas consultas intercaladas (com o médico obstetra e a enfermeira) até o final da gestação.

A média de idade foi 49 anos e se aproxima ao constatado por Dotto (2006) em maternidades no Estado do Acre, onde a maioria das enfermeiras entrevistadas tinha mais de 40 anos.

Sobre ter ou não filhos, neste estudo a maioria (48%) das enfermeiras registraram ter filhos. Desta forma, observou-se que essas profissionais são mulheres maduras, que em sua maioria já possuem a vivência e experiência da maternidade, incluindo a do pré-natal.

A média do tempo de atuação das enfermeiras na área de enfermagem em geral foi de 21 anos. Já em relação ao tempo de atuação na assistência à mulher no pré-natal, a média foi de 9 anos. Resultados similares foram encontrados em estudo realizado no Estado de Belém do Pará por Lima e Moura (2008) onde a maioria dos enfermeiros entrevistados atuava na assistência à mulher no pré-natal entre 05 e 10 anos.

A maioria (66%) das enfermeiras obtém renda familiar na faixa de cinco (R\$2.250,00) a dez (R\$ 4.500,00) salários mínimos⁵. Este valores, para esta categoria ultrapassam os salários publicados em estudo a OPAS (2005), onde no Brasil o salário dos enfermeiros seria correspondente a U\$ 830,00, ou seja, R\$ 1.427,60. No entanto, vale ressaltar que em 2005 o salário mínimo brasileiro era de R\$ 300,00. Contudo, há de se considerar que a maioria das enfermeiras possui mais de dois vínculos empregatícios.

No que tange a situação conjugal, a maioria (52%) das enfermeiras não possuía parceiros. Resultado oposto foi identificado no Município de Rio Branco–Acre por Cunha (2008), onde 69,6% dos profissionais de enfermagem são casados. No entanto, 48% das enfermeiras, número significativo registraram ter companheiros.

Das 21 enfermeiras, a maioria (57%) trabalha 32,5 horas por semana na instituição. Ao somar outros vínculos empregatícios, 33,3% trabalham de 41 a 60 horas por semana e 14% trabalham mais de 60 horas semanais. Desta forma, evidencia-se que 57% das enfermeiras têm mais de um vínculo empregatício. Situação semelhante foi encontrada em estudo realizado no Município de Rio Branco por Dotto (2006), em maternidades, e por

⁵ O salário mínimo vigente durante a coleta de dados era R\$450,00.

Cunha (2008) em unidades básicas de saúde, onde respectivamente, 52,17% e 97% dos profissionais de enfermagem possuíam outro emprego. Já resultado oposto foi encontrado por Sabino (2007) no Município de São José do Rio Preto, onde apenas 14,3% dos enfermeiros atuavam em outra instituição. Este aspecto relacionado com a força de trabalho da enfermeira em mais de um emprego deveria ser investigado, a rigor, correlacionando com o valor do salário e principalmente com a qualidade do serviço oferecido.

A situação de duplo vínculo de trabalho nos profissionais de enfermagem tem-se tornado uma realidade visto que a categoria não possui piso salarial mínimo fixado e esses profissionais sem esta condição não teriam condições dignas de vida (ROCHA, 2009).

Espera-se que nos próximos anos a carga horária de trabalho semanal elevada seja equacionada com a aprovação parlamentar do Projeto Lei 2295/2000 que regulamenta a Jornada de Trabalho dos Profissionais de Enfermagem. Este Projeto de Lei estabelece que a carga horária de trabalho semanal para a categoria de enfermagem seja de 30 horas, na perspectiva nacional.

Quanto a qualificação da Enfermeira em nível de pós-graduação, a obtenção do Título de Especialista em Enfermagem Obstétrica foi referida por 47% das enfermeiras. Resultado contrário foi encontrado por Sabino (2007) no Município de São José do Rio Preto - São Paulo, onde das 21 enfermeiras que trabalhavam na assistência à mulher no pré-natal, nenhuma havia cursado especialização em Enfermagem Obstétrica ou detinha Habilitação em Obstetrícia. E, no estudo de Cunha (2008) no Município de Rio Branco - Acre, de 15 enfermeiras entrevistadas apenas 02 (11,76%) tinha essa qualificação. Desta forma, ao comparar os três municípios citados anteriormente, observamos que as enfermeiras dos CMS/RJ são as que possuem o maior percentual de especialização (48%) voltada para a assistência à mulher no pré-natal. Um dos fatores que se pode atribuir a este fato é o número de Escolas e Faculdades/Universidades que oferecem essa qualificação nos Estados referidos.

Essa qualificação, por meio da especialização na área, em pesquisa realizada com egressas dos cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica no Município do Rio de Janeiro, foi reconhecida como *indispensável para a atuação profissional e aspiração cidadã* (SACRAMENTO & TYRRELL, 2006). Essas autoras acrescentaram que esta qualificação é uma maneira de validar a qualidade e legitimidade da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal de “baixo-risco”, através de um título universitário de pós-graduação. Além de reconhecer a cidadania, como o *direito que as pessoas têm à assistência de enfermagem obstétrica* (op.cit., 2006), determinaria o compromisso do Estado na educação permanente dos enfermeiros em prol da melhoria da qualidade da gestão dos serviços e da assistência pela Enfermeira.

5.2. Conhecimentos básicos e adicionais das enfermeiras sobre assistência à mulher no Pré-Natal

Na formação da enfermeira, no desenvolvimento da competência, o conhecimento abrange todos os saberes obtidos pela enfermeira através de qualificações formais (graduação e pós-graduação). Didaticamente ele é comparado à copa de uma árvore: quanto mais folhas e frutos tiver, maior será sua variedade. Perante situações laborais que necessitam a execução de procedimentos ou intervenção precoce, conjugamos este conhecimento com a habilidade e a atitude para realizá-lo com eficácia⁶ e eficiência⁷.

Na assistência à mulher no pré-natal, o profissional qualificado deve ser capaz de: monitorar a saúde da mulher e do feto; dar tratamento preventivo e curativo para enfermidades comuns e imunizar contra o toxóide tetânico; educar as usuárias sobre os sinais de perigo e orientá-las no planejamento do parto; oferecer aconselhamento e apoio para

⁶Eficácia: mede a relação entre os resultados obtidos e os objetivos pretendidos (Aurélio, 2005).

⁷Eficiência: refere-se à relação entre resultados obtidos e resultados utilizados (Aurélio, 2005).

enfrentar uma gravidez não desejada; e, saber atuar em situações clínicas que representem ameaças para a vida das mães e dos recém-nascidos (MACDONALD e STARSS, 2003).

O profissional de saúde é considerado “qualificado” para a assistência ao pré-natal, segundo os critérios adotados pela ICM, se possuir “todos” os 24 conhecimentos básicos para essa assistência. De acordo com este critério, observamos que das 21 enfermeiras entrevistadas, apenas 14,3% são consideradas qualificadas. Todas as enfermeiras consideradas qualificadas possuem especialização em Enfermagem Obstétrica.

Esse baixo percentual de profissionais qualificados é comum em países em desenvolvimento e vai ao encontro de um dos sete desafios atuais de recursos humanos nas Américas: “há um número insuficiente de trabalhadores qualificados em saúde para fornecer cobertura universal” (MACDONALD e STARRS, 2003; OPAS, 2008).

No entanto, observa-se um movimento significativo na procura pela qualificação após graduar-se já que a maioria (86%) das enfermeiras buscaram durante o exercício de sua prática profissional uma qualificação em nível de pós-graduação (lato-sensu ou stricto sensu), sendo 48% em Enfermagem Obstétrica. Essa busca vai ao encontro do Art. 14, Seção I do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução 311, de 9 de fevereiro de 2007, do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN), onde é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem “*aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão*”.

Diante deste resultado, há de se (re)pensar na grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem, e, em especial no conteúdo dos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica.

Para a discussão das 05 categorias de conhecimentos sobre o Pré-Natal foram observados, em cada categoria, os conhecimentos mais e os menos frequentes referidos pelas enfermeiras deste estudo.

5.2.1. Primeira categoria: “Conhecimentos das enfermeiras sobre anatomia e fisiologia do corpo humano”.

Em estudo realizado por Leonello (2007), o conhecimento sobre anatomia e fisiologia do corpo foi um dos julgados importantes durante a formação acadêmica pelas enfermeiras de um Centro de Saúde e de um Hospital Universitário em São Paulo. Neste estudo, essa categoria foi reconhecida por todas as enfermeiras (100%) como de seu conhecimento.

Estimamos que durante a consulta de enfermagem no pré-natal, a enfermeira necessite resgatar esses conhecimentos e relacioná-los com as modificações anatômicas e fisiológicas que estão ocorrendo no corpo da gestante e desta maneira poder identificar o que foge à “normalidade” ou condição de baixo risco e que requer intervenção médica.

5.2.2. Segunda categoria: “Conhecimentos das enfermeiras sobre gravidez fisiológica”.

Esta categoria foi constituída por 17 conhecimentos e confirmada em sua totalidade pela maioria (57,1%) das enfermeiras.

Ao analisar cada conhecimento, identificou-se que todas (100%) das enfermeiras sabem as necessidades nutricionais da gestante, as modificações que ocorrem no organismo da mulher durante a gravidez e determinar a idade gestacional de acordo com a história menstrual.

Estudos afirmam que o estado nutricional da mãe influencia nos padrões de crescimento fetais e no peso ao nascer do recém-nascido (RN). A obtenção desse conhecimento é importante ao considerar a relação entre o peso ao nascer com o crescimento

e desenvolvimento do RN (SANTOS et al., 2006). Por isso, além de conhecer o estado nutricional materno é necessário correlacioná-lo as necessidades nutricionais fetais. Nesse estudo isto foi identificado pela maioria (95,2%) das enfermeiras.

Os outros conhecimentos citados pela maioria (95,2%) das enfermeiras foram descritos a seguir: os resultados de exames laboratoriais, preconizados pelo MS, solicitados durante o pré-natal; as mudanças psicológicas normais da gravidez; o processo de evolução dos desconfortos comuns na gravidez; a determinação da idade gestacional, pelo tamanho do útero; os elementos da história clínica da gestante; os sinais e sintomas da gravidez; as formas de como se confirmar uma gravidez, o ciclo menstrual e o processo de concepção.

O conhecimento que obteve o menor valor percentual dessa categoria foi a determinação do bem-estar fetal, incluindo a frequência cardíaca e padrões de atividade fetal, sendo citado por 76,2% das enfermeiras, constatando-se que apesar de ter sido o de menor percentual nessa categoria ele foi conhecido pela maioria das enfermeiras, não em sua totalidade como seria requerido o que determina a necessidade de revisão e consideração curricular necessários à qualificação profissional.

5.2.3 Terceira categoria: “Conhecimentos das enfermeiras sobre as intercorrências que ocorrem no curso da gravidez”.

Das 21 enfermeiras, a maioria (66,7%) tem os seis conhecimentos que a compõem, embora com diferentes valores percentuais.

Nessa categoria, 100% das enfermeiras sabem os sinais e sintomas de condições que podem ocasionar riscos à saúde materno-fetal (por exemplo: pré-eclâmpsia, sangramento vaginal, trabalho de parto prematuro, anemia severa). Este é um dado importante, visto que as enfermeiras possuem respaldo legal regulamentado pelo Decreto Lei 94.406/87 para acompanhar as gestações de baixo risco, e para tal, devem reconhecer as condições de saúde que a tornam de alto risco e encaminhá-las para o serviço de assistência especializado.

A maioria (95,2%) das enfermeiras reconhece os sinais para encaminhar a gestante ao serviço de alto risco, na eminência de doenças obstétricas ou clínicas.

A maioria (66,7%), também sabe diagnosticar uma gravidez ectópica. A gravidez ectópica acontece quando o blastocisto se implanta fora do endométrio. Os locais para essa implantação são o colo uterino, as tubas de Falópio, os ovários e o abdômen. Atualmente, o diagnóstico precoce da gravidez ectópica tem melhorado a permeabilidade tubária e diminuindo o número de roturas tubárias (VARNEY, KRIEBS e GEGOR, 2006). Esse diagnóstico é diferencial nos casos de hemorragia vaginal e dor pélvica.

5.2.4 Quarta categoria: “Conhecimentos das enfermeiras sobre o uso de drogas na gestação: repercussões materno/fetal”

Nesta categoria, das 21 enfermeiras apenas 14,3% mencionaram os cinco conhecimentos que a compõe.

Os efeitos do fumo de tabaco na mulher grávida e no feto foram conhecidos por todas (100%) das enfermeiras.

A maioria (95,2%) das enfermeiras afirmou conhecer os efeitos do uso de drogas ilícitas e 90,5% do uso do álcool na mulher grávida e no feto.

Apenas 19% das enfermeiras conhecem preparações de ervas ou outras substâncias não-farmacológicas seguras e disponíveis na comunidade, para o alívio de desconfortos comuns na gravidez.

Esses conhecimentos, na maioria dos casos, são transmitidos pelas famílias de geração-a-geração. Porém, nos dias de hoje, existe uma qualificação em nível de especialização em “Fitoterapia” incluindo os profissionais de saúde e nestes a Enfermeira. Ao cursá-la o profissional torna-se apto para recomendar às gestantes quais ervas são úteis para serem utilizadas e evitadas durante esse período.

O tema sobre preparação de ervas e outras substâncias não farmacológicas tem que ser valorizado na qualificação dos Enfermeiros visto ser conhecimento básico para a assistência como definido pela ICM.

5.2.5 Quinta categoria: “Conhecimentos das enfermeiras sobre educação em saúde durante o Pré-Natal”

Das 21 enfermeiras, a minoria, isto é 42,8% citaram todos os 14 conhecimentos que compõe esta categoria.

Contudo, os temas sobre nutrição e higiene durante a gravidez foram conhecidos por todas (100%) enfermeiras.

Em pesquisa realizada por Pereira e Bachion (2005), com gestantes atendidas em uma maternidade no estado de Goiás, foi evidenciado que 63,6% das gestantes apresentaram déficit do autocuidado para banho e higiene no segundo trimestre de gestação e 100% no terceiro trimestre. No diagnóstico de risco para nutrição desequilibrada, esses autores identificaram 27,2% gestantes no primeiro trimestre de gestação e 63,6% no terceiro trimestre. Durante a gestação, o organismo materno sofre diversas alterações que afetam o sistema locomotor e o metabolismo, tornando este conhecimento básico na atuação da Enfermeira no Pré-Natal.

A maioria (95,2%) das enfermeiras conhece a importância de estimular o aleitamento; reconhecem as atividades cotidianas e laborais na gravidez; preparam a gestante psicologicamente para o parto, nascimento e maternidade; falam sobre a sexualidade durante a gravidez, sobre técnicas para minimizar os desconfortos comuns na gravidez e sobre as mudanças corporais fisiológicas da gravidez.

Concordamos com Rios e Vieira (2007) ao afirmarem que a *assistência pré-natal não deve focalizar apenas o biológico, sendo imprescindível organizá-la a partir das*

necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante, transformando a assistência fundamentada no modelo de atenção biomédica em modelo de assistência holística/humanizada.

Aproximadamente a metade (52,4%) do total (100%) das enfermeiras conhece as medidas disponíveis para o alívio da dor no parto. Essas medidas deveriam estar inseridas nas disciplinas voltadas para atenção à mulher no período gravídico puerperal, tanto nos cursos de graduação quanto nos de especialização, esperando-se que neste último seu conteúdo seja mais aprofundado e devidamente avaliado. Aqui chamamos a atenção para na prática profissional perceber que as orientações sobre o parto que são fornecidas à mulher durante a assistência pré-natal estejam relacionados à sua escolha pelo tipo de parto, nos casos onde isso é possível, como foi de fato na minha experiência profissional. Desta forma, quanto maior é o número de informações sobre o nascimento como um processo fisiológico/natural, maiores são as chances de escolha para a realização do tipo de parto com uma melhor avaliação para a decisão, se for necessário um tipo de parto cirúrgico.

5.3 Habilidades e atitudes das enfermeiras na assistência à mulher no Pré-Natal

A análise das habilidades e atitudes das enfermeiras foi realizada destacando os procedimentos em que as enfermeiras atuam e para os quais receberam mais e menos treinamentos, e, assim identificou-se os procedimentos realizados com maior e os com menor frequência, respectivamente.

Cada uma das quatro categorias de habilidades foi analisada separadamente de acordo com as fontes utilizadas dos Manuais do MS e o documento elaborado pela ICM (2002).

5.3.1. Categoria 01 – Habilidades e atitudes das enfermeiras na realização do exame físico obstétrico;

O MS (2006) indica que o exame físico obstétrico deve ser realizado na gestante em toda consulta pré-natal, respeitando a idade gestacional acima de 12 semanas para a palpação do fundo uterino.

Nessa categoria, as habilidades realizadas com maior frequência (85,7%) pelas enfermeiras foi o exame físico obstétrico, informando a gestante seus achados.

A maioria (81%) das enfermeiras também avalia a ausculta da frequência cardíaca fetal durante o exame físico obstétrico e avalia os sinais vitais maternos. Durante a coleta de dados, foi evidenciado que dos sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), somente a pressão arterial é verificada. Os demais sinais são verificados de acordo com a demanda de atendimento (casos/situações que torne essa verificação necessária, pro exemplo gestante queixando-se de febre). Além disso, esse procedimento é realizado majoritariamente pelo auxiliar de enfermagem. Este profissional o realiza antes da consulta de enfermagem ou médica em adição a verificação do peso da gestante.

A minoria (42,9%) das enfermeiras auscultam a frequência cardíaca fetal com o sonnar-doppler. Algumas enfermeiras relataram que utilizavam o estetoscópio de Pinnard para efetuar esta ausculta.

Em relação aos treinamentos recebidos, a maioria (71,4%) das enfermeiras foi treinada para avaliar os sinais vitais maternos e apenas 38,1% para monitorar a frequência cardíaca fetal com o sonnar-doppler.

5.3.2. Categoria 02 – Habilidades e atitudes das enfermeiras no preparo para o parto e nascimento

Esta categoria foi a que teve registrado o menor percentual de procedimentos realizados pelas enfermeiras para as habilidades requeridas no preparo para o parto e nascimento.

A minoria (42,9%) das enfermeiras oferece um roteiro com informações sobre a preparação básica para o parto. E, apenas 19% das enfermeiras realizam a versão externa na apresentação pélvica.

Já em relação aos treinamentos recebidos, 38,1% das enfermeiras foram treinadas para oferecer um roteiro com informações sobre a preparação básica para a maternidade e somente 14,3% sobre a oferta de roteiro com informações sobre a preparação básica para o parto e nascimento.

A enfermeira tem legitimada sua atuação no pré-natal de “baixo-risco” e no parto sem distócias e é regulamentado pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86. Contudo, cabe enfatizar que esta habilidade deve ser retomada como fundamental na formação/qualificação da Enfermeira que atende o parto normal.

5.3.3. Categoria 03 - Habilidades e atitudes das enfermeiras na identificação de gestação de alto risco

A identificação do risco durante a gestação é fundamental por este ser uma das causas da mortalidade materna, além de permitir o desenvolvimento de orientações e encaminhamentos nas consultas subseqüentes como medida de preservação da saúde da mãe e da criança.

De acordo com o MS (2006), as situações de risco gestacional que devem receber encaminhamentos estão congregadas em 4 grupos, a saber: *características individuais e*

condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica atual.

O diabetes *mellitus* está inserido no grupo de *intercorrências clínicas crônicas* (op.cit., 2006) e, neste estudo, observou-se que a maioria (76,2%) das enfermeiras sabe identificá-los. Neste sentido, 71,6% identificam o risco quando há sangramento vaginal.

O MS (2006) também afirma que hemorragias na gestação são um dos quesitos para o seu encaminhamento. No entanto, cabe a enfermeira avaliar o sangramento e proceder com a intervenção mais adequada realizando este encaminhamento ao médico.

Somente 23,8% das enfermeiras realizam medidas de reanimação da gestante de forma competente e intervêm apropriadamente quando ocorre rotura prematura das membranas. Uma possível justificativa para o registro desse baixo percentual possuir a referida habilidade é porque os locais onde se realizou este estudo correspondem ao nível primário de atenção à saúde, não recebendo emergências obstétricas e desta forma as enfermeiras não se deparam com essa realidade no seu cotidiano laboral. Por outro lado, realizar medidas de reanimação é um conhecimento desenvolvido durante a formação da Enfermeira na graduação em enfermagem e nos cursos de especialização, conforme constam das propostas temáticas curriculares.

Acerca dos treinamentos, a maioria (61,9%) das enfermeiras recebeu capacitação para identificar a diabetes gestacional e apenas 33,3% para intervir quando ocorre rotura prematura das membranas.

Assim, concordamos com Spindola, Penna e Progianti (2006) que a prevenção de situações de risco obstétrico e a educação em saúde no pré-natal são fundamentais para o acompanhamento e orientação da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

5.3.4. Categoria 04 - Habilidades e atitudes das enfermeiras na consulta de enfermagem pré-natal.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro (Lei 7.498/86) e enquanto procedimento mobiliza saberes e práticas obtidos durante a formação acadêmica, história pessoal e profissional. É também um espaço favorável para aplicar o processo de enfermagem (RESOLUÇÃO COFEN n. 272/2002, trata sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem).

Segundo a Resolução n. 272/2002 do COFEN, a Consulta de Enfermagem abrange o histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem. Segundo estudo de Moura e Lopes (2003), na percepção das gestantes, a consulta de enfermagem atende às suas necessidades e expectativas através da escuta sensível desse profissional. Outros estudos demonstram que cada vez mais as gestantes reconhecem a qualidade e a resolutividade da consulta de enfermagem buscando este atendimento por esse profissional nas instituições de saúde principalmente da rede pública de atenção.

Para Macdonald e Starrs (2003) *o cuidado como foco central da enfermeira não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer e executar um procedimento, como também é no seu sentido de ser, expressado pelas atitudes e relações*. Um fator relacionado é o tempo em que uma consulta de enfermagem é realizada (média de 40 minutos), sendo muito maior ao tempo médio de consultas realizadas por outros profissionais de saúde.

Durante a consulta de enfermagem no pré-natal a maioria (95,2%) das enfermeiras realiza o cálculo da data provável do parto e orienta as mulheres sobre hábitos de saúde, como nutrição adequada durante a gestação, prática de exercícios físicos e o fumo. O que supera o registro encontrado por Sabino (2007) onde das 21 enfermeiras entrevistadas, a maioria (76,2%) realiza orientações para as mulheres durante o pré-natal a fim de prepará-las para a maternidade.

A anamnese incluindo: história atual, história de doenças pregressas, doenças familiares, obstétrica e ginecológica (especialmente na consulta de 1ª vez), com sua evolução e com o seguimento do histórico, nas consultas subseqüentes foi registrado como habilidade por 90,5% das enfermeiras. No Município de Rio Branco/Acre foi observado que das 17 consultas de enfermagem ao pré-natal, em 94,12% a anamnese da primeira consulta incluiu as informações sobre antecedentes pessoais, obstétricos, a data da última menstruação e a idade gestacional (CUNHA, 2008).

Ensinar e demonstrar medidas de promoção de cuidados para diminuir os desconfortos comuns da gravidez e a avaliação de gestação pós-termo é realizada por 42,9% das enfermeiras. É fundamental destacar que a educação em saúde é uma atividade do enfermeiro enquanto membro integrante da equipe de saúde conduzida à melhoria de saúde da população, neste caso específico, das gestantes (alínea j, Seção II, Art.10 da Lei n. 7.498/86).

Para Spindola, Penna e Proganti (2006) as queixas registradas no primeiro atendimento das gestantes assistidas no pré-natal de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro foram náuseas, constipação, êmese, cefaléia, fadiga e disúria, dentre outras.

Nesta investigação, 38% das enfermeiras entrevistadas realizavam apenas a primeira consulta à mulher no pré-natal de baixo risco. Este percentual é inquietante, visto que esta consulta possui um risco basal, sendo o início da avaliação, caracterizada pela solicitação de exames e o preenchimento do cadastro da gestante no Sistema de Informação em Saúde – SISPRENATAL. As enfermeiras podem aproveitar este primeiro contato com a gestante para conscientizá-la quanto a importância de seu comparecimento nas consultas subseqüentes, trazendo a responsabilidade deste acompanhamento para si, enquanto profissional de saúde, com o respaldo legal (lei n°7.498/86) para executá-la.

As orientações sobre a gravidez - incluindo as modificações do organismo materno e a preparação para o parto – e sobre o planejamento familiar realizadas na consulta de

enfermagem do pré-natal permitem que as gestantes aumentem seus conhecimentos sobre o assunto tornando-a sujeito do processo gestatório (SHIMIZU e LIMA, 2009) e de seu autocuidado. E ao tornar-se sujeito desse processo, a gestante adquire autonomia para conduzir a própria saúde e de seus familiares, melhorando suas condições de saúde e de vida individual e coletiva.

Essas habilidades são constatadas no artigo 40, Seção II do Código de Ética de Enfermagem (Res. 311, COFEN, 2007) onde é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem *“prestar informações, escritas e verbais completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência”*.

A pelvimetria clínica foi o procedimento menos realizado (19%) pelas enfermeiras, embora 33,3% tenha recebido este treinamento.

Em relação à capacitação recebida, grande parte (71,4%) das enfermeiras foi treinada para calcular a data provável e somente 33,3% para realizar a pelvimetria clínica. Entende-se que a pelvimetria clínica seja a mensuração direta ou indireta da pelve, tendo como finalidade determinar as suas dimensões presumindo as possíveis dificuldades e trajeto do feto durante o parto realizando as medidas de prevenção necessárias por incompatibilidade entre os mesmos.

Observa-se que nas quatro categorias de habilidades o percentual de treinamento recebido foi maior do que o de habilidades realizadas. Pode-se inferir duas tendências para tal descoberta: a primeira é que 50% das enfermeiras realizam apenas a primeira consulta pré-natal, e a segunda, que 47% da amostra são Especialistas em Enfermagem Obstétrica. A primeira razão mascara a ausência de apoio institucional para o cumprimento de um ato legal: a assistência de enfermagem ao pré-natal de baixo risco - Lei do Exercício Profissional 7.498. A segunda é o percentual de enfermeiras que buscaram a qualificação profissional em nível de especialização adicionando conhecimentos específicos à sua prática profissional. Este percentual é superior ao ser comparado aos resultados de outros estudos realizados nessa área.

Cabe ressaltar que a SMS do Município do Rio de Janeiro não possui em seu quadro funcional o cargo de enfermeiro obstetra, sendo esta uma realidade encontrada em 72,6% dos Municípios do Brasil (COSTA, GUILLEM e WALTER, 2005 apud BUSSADORI, 2009 TESE). O que pode interferir na determinação da qualidade de atenção por pessoal qualificado evitando desta forma o desvio deste recurso humano qualificado para outras áreas de atuação.

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde – Pré-Natal e Puerpério atenção qualificada e humanizada (2006), durante a atenção ao pré-natal o enfermeiro deve realizar as seguintes atividades ou procedimentos:

- Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
- Atividades educativas (em grupo ou individualmente);
- Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
- Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
- Solicitar os seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh; hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL: na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; urina tipo 1: na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV: na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível; sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível; Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível;
- Imunização antitetânica;
- Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
- Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
- Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
- Tratamento das intercorrências da gestação;
- Classificação de risco gestacional e detecção de problemas a serem realizadas na primeira consultam e nas subseqüentes;
- Atendimento às gestantes com problemas ou co-morbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
- Registro em prontuário e cartão da gestante de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

Ao comparar os procedimentos citados acima com os realizados pelas enfermeiras desse estudo, identifica-se que elas executam a maioria dessas determinações do MS. Neste caso, as Enfermeiras podem ser consideradas qualificadas para a assistência ao pré-natal, nos CMS em estudo, de acordo como MS.

VI - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

As enfermeiras que conduzem a assistência à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS investigados na Secretária Municipal de Saúde, do Município do Rio Janeiro, são em sua totalidade (100%) mulheres maduras (média de idade de 49 anos), onde a maioria (52 %) não possui parceiro e (66%) detém uma renda familiar entre cinco a dez salários mínimos.

A maioria (57%) das enfermeiras tem mais de um vínculo empregatício, totalizando uma carga horária de trabalho semanal maior que 40 horas, atingido desta forma obtenção de maior rendimento salarial.

Além da maturidade pessoal, evidenciamos a maturidade profissional onde 48% das enfermeiras atuam de 11 a 25 anos na enfermagem em geral, e, 62% possuem até 10 anos de atuação específica na assistência à mulher no pré-natal.

No que tange a qualificação profissional, evidenciamos que a maioria (86%) das enfermeiras possui especialização em Enfermagem, deste percentual, 47% são em Enfermagem Obstétrica. O número de enfermeiras especialistas em Enfermagem Obstétrica é superior no Município do Rio de Janeiro ao comparar este resultado com o de estudos realizados no Município de Rio Branco. Infere-se que isto poderia ser resultado das dificuldades encontradas por esses profissionais no acesso a especialização, pois seu Município só possui um órgão formador, a Universidade Federal do Acre.

O Município do Rio de Janeiro, onde se realizou este estudo, detém um grande número de Escolas e Faculdades/Universidades que oferecem o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica sendo este um fator facilitador para o número de enfermeiras especialistas em Enfermagem Obstétrica evidenciado nesse estudo. Das quatro (04) Faculdades/Universidades públicas, dois (02) oferecem a Especialização em Enfermagem

Obstétrica, mesmo que estes cursos sejam auto-financiados, e um (01) a residência em Enfermagem Obstétrica.

Já no Município de São José do Rio Preto - São Paulo, nenhuma das 21 enfermeiras que assistiam à mulher no pré-natal possuía especialização em Enfermagem Obstétrica.

Dessa forma, observamos que o número de órgãos formadores existentes em cada lugar do país não é o único fator que influencia a sua quantidade de enfermeiros qualificados, O outro fator a ser observado é a busca pessoal de cada enfermeiro por essa qualificação, em especial nos moldes de especialização. Nesse estudo, grande parte (86%) das enfermeiras tem especialização na área materno-infantil.

Outro fator a ser ressaltado é a motivação pessoal e/ou profissional da enfermeira para realizar esta qualificação, pois se este profissional não for incentivado/estimulado pela gestão da unidade para se qualificar poderá atingir/permanecer na inércia e nunca ocupar seu lugar de direito na assistência à mulher no pré-natal de baixo risco.

Como foi possível dissertar no capítulo de revisão de literatura, a competência profissional é constituída pelo seu conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes específicos, tendo obtido os seguintes resultados:

Os conhecimentos citados em totalidade (100%) pelas enfermeiras desse estudo foram: a anatomia e fisiologia do corpo humano; as necessidades nutricionais da gestante; a determinação da idade gestacional segundo a história menstrual da gestante; as modificações corporais da mulher durante a gravidez; os sinais e sintomas de condições que podem ocasionar riscos a saúde materno-fetal (por exemplo: sangramento, pré-eclampsia); os efeitos do fumo de tabaco na gestante e no feto; a nutrição e a higiene durante a gravidez.

As ações e os procedimentos, ou seja, as habilidades realizadas em maior frequência (acima de 80%) foram: o exame físico obstétrico; a ausculta da frequência cardíaca fetal durante o exame físico obstétrico; a avaliação dos sinais vitais maternos; a orientação sobre os

hábitos de saúde; o cálculo a data provável do parto; a realização da anamnese: história atual, história de doenças pregressas, doenças familiares, obstétrica e ginecológica (especialmente na consulta de 1ª vez); o seguimento da evolução e do histórico, nas consultas subseqüentes; registro da história clínica gineco-obstétrica (incluindo as atividades realizadas e o acompanhamento do histórico da gestação); a orientação às mulheres e famílias sobre os sinais de perigo para o parto, incluindo quando e como contatar e encaminhar a maternidade; procede a leitura dos resultados de exames laboratoriais, destacando os resultados que apresentam anormalidades e avaliação da nutrição materna relacionando-a com o crescimento do feto.

No que diz respeito aos treinamentos recebidos para cada habilidade analisada, evidenciamos que sua oferta foi menor quando comparado às habilidades realizadas. Sendo assim, as enfermeiras exercem um número maior de habilidades recomendadas pela ICM (2002) do que foram treinadas.

Diante do exposto, observamos que muitos conhecimentos e habilidades preconizados pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002) foram apreendidos e/ ou desenvolvidos de forma incompleta ou com baixa frequência no processo de formação/qualificação profissional.

E apesar do alto percentual de enfermeiras especializadas, apenas 14,3% são consideradas qualificadas de acordo com os critérios adotados pela ICM (2002), que é deter todos os 24 conhecimentos básicos para a assistência à mulher no pré-natal determinados por esta Entidade Internacional. Esta constatação remete a estudos de Escolas/Faculdades e de programas de Educação Permanente nos serviços de saúde onde atuam as enfermeiras.

Sugerimos que os programas de pós-graduação lato sensu revejam seus conteúdos ministrados e práticas desenvolvidas, aprofundando os conhecimentos aplicados na graduação, inserindo os conhecimentos, habilidades e atitudes que, neste estudo, obtiveram

baixo percentual e avançando nos termos das políticas públicas, com a inclusão da perspectiva internacional de competência da ICM na ementa do curso.

Sendo assim, concluímos que apenas a qualificação formal (escolarizada) não garante o exercício da competência profissional da enfermeira na assistência ao pré-natal de baixo risco, já que esta é formada pelos conhecimentos, habilidades e atitudes da enfermeira nesta atuação. Estas duas últimas requerem da oferta pelas instituições empregadoras de treinamento em serviço, pelas oportunidades procedentes do dia-a-dia de serviço, respectivamente. Bem como de programas de Educação Permanente para o profissional.

Outro fator de contribuição a qualificação da Enfermeira seria a abertura de concursos públicos para Enfermeiros especialistas em Enfermagem Obstétrica nas três esferas de Governo (Municipal, Estadual e Federal), o que poderá contribuir para o aumento do número de enfermeiros qualificados para a melhoria da qualidade na gestão dos serviços e de atenção à mulher ao pré-natal.

Vale ressaltar, que as enfermeiras deste estudo executam a maioria das determinações do MS sendo, neste caso, consideradas qualificadas para a assistência à mulher no pré-natal. Neste aspecto, indicamos a criação de uma nota técnica para a assistência à mulher no Pré-natal indicando a realização de um número mínimo de consultas no pré-natal durante a graduação em Enfermagem e que este número seja maior durante a especialização.

Recomendamos o estabelecimento de uma linguagem única no que tange as competências da enfermeira para a assistência à mulher no pré-natal, através de discussões institucionais e entre os órgãos formadores, além da realização de outras pesquisas científicas sobre esta temática servindo de suporte para embasar e ampliar esta discussão e promover debates em eventos técnico-científicos da categoria.

No entanto, há que se considerar nessa “linguagem única”, as peculiaridades de cada região ou país valorizando, dentre outros aspectos, seus hábitos sócio-culturais. Isto poderá

ser alcançado através da criação de um Protocolo de Enfermagem para a assistência à mulher no pré-natal.

Desta forma, as competências essenciais em obstetrícias serão desenvolvidas desde a formação básica do enfermeiro, sendo aprimoradas durante sua especialização e nos programas de Educação Permanente oferecido nos serviços de saúde. E, com enfermeiros qualificados poderemos alcançar a meta de redução das taxas de mortalidade materna em 75% até 2015 conforme proposto pela OPAS/OMS e pelo MS.

Referências Bibliográficas

BONADIO, I. C.; RIBEIRO, S. A. O.; RIESCO, M. L. G.; ORTIZ, A. C. L. V. Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas escolas de enfermagem do Brasil. In: VIEIRA, B.D.G. A Prática Profissional dos Enfermeiros Obstetras Egressos da Especialização da Escola de Enfermagem Anna Nery: implicações para a qualidade da assistência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução nº223/99 de 03 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Coleção Saraiva de Legislação. 22a edição. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Decreto Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº7.498 de 25 de junho de 1986 e dá outras providências. **Diário Oficial da República federativa do Brasil**, 09 jun 1987.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providencias. **Diário Oficial da República federativa do Brasil**, 26 jun 1986.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República federativa do Brasil**, 19 set 1990.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento** / coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; Brasília: IPEA: MP, SPI, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Produção em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Assistência ao Pré-Natal: Manual Técnico**. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Cartilha da Política Nacional de Humanização - Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília/DF, 2006.

_____. **Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2ª edição. P. 75 Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Programa Humanização do Parto e Nascimento: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Programa Nacional de Saúde Materno Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1974

_____. **Projeto de Lei 2295/2000**, regulamenta a Jornada de Trabalho da Enfermagem.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 18 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRUNI, A.L. **Estatística aplicada à gestão empresarial**. São Paulo: Atlas, 2007.

CASTRO, I.B. **Estudo Exploratório Sobre a Consulta de Enfermagem** in NERY, T.A.; TOCANTINS, F.R. O Enfermeiro e a Consulta Pré-Natal: o significado da ação de assistir a gestante. Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.87-92, jan/mar, 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, Cairo, Egito, *Relatório final*. [S.I]:CNPD; FNUAP, 1994, Publicação em português.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE - **Declaração de Alma-Ata**, 1978, URSS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 14 de abril de 2006 às 20:40h

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 223/1999 de 03 de dezembro de 1999. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à mulher no Ciclo Gravídico Puerperal**. In: Portal COFEN. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2010.

_____. Resolução 272/2002 de 27 de Agosto de 2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem –SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras**. In: Portal COFEN. Disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>> Acesso em 15 de dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311 de 18 de janeiro de 2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** In: Portal COFEN. Disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>> Acesso em 15 de dez. 2010.

COSTA, A.M., GUILHEN, D., WALTER, M.I.M.T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde in BUSSADORI, J.C.C. Ações da Equipe de Enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: USP/EERP, 2009.

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

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

DOTTO, L.M.G, MOULIN, N.M, MAMEDE, M.V. **Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.14 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2006.

FLEURY, M.T.L. FLEURY, A. **Construindo o conceito de competência.** Revista de administração contemporânea, Curitiba, V.5 Edição Especial: 183-196, 2001.

GARDENAL, C.L.C., PARREIRA, I., ALMEIDA, J.M., PEREIRA, V.M. **Perfil das enfermeiras que atuam na assistência obstétrica no Município de Sorocaba.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.10 n.º.4 Ribeirão Preto Julho/Agosto, 2002.

GERSCHMAN, S; SANTOS, M.A.B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 61, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-9092006000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 Jan 2007. doi: 10.1590/S0102-69092006000200010

GIRARDI, S.N, Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica e conexões IN SANTANA, J.P e CASTRO, J.L. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CDRHU, Natal, UFRN, 1999. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub04int.pdf> Acesso em 01 de março de 2010.

HULLEY, S.B, CUMMINGS, S.R., BROWNER, W.S., GRADY, D.G., NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa científica: uma abordagem metodológica.** 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.** Rio de Janeiro, IBGE, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente do Município do Rio de Janeiro em idade fértil**. Censo. Estimativa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm> Acesso em 10/11/2010.

ICM. Confederação Internacional das Parteiras. **Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia**. ICM/OMS/FIGO: 2002.

LAKATOS, E.M, MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 1994.

LAPPONI, J.C. **Estatística usando Excel**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LE BOERF, G. Compétence et navigation professionnelle. In: RUTHES, R.M., CUNHA, I.C.K.O. **Gestão por competências nas instituições de Saúde – uma aplicação prática**. São Paulo: Martinari, 2008.

LEONELLO, V.M. **Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, [2007].

LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem: Instrumento para prática**. Florianópolis: NFR/UFSC: Editora Papa-Livro. Capítulo 4 , 1999.

Lima, Y.M.S; Moura, M.A.V. **A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal**. Escola Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.672-678, dez, 2008.

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

MATTOS, M.G; ROSSETTO JÚNIOR, A.J; BLECHER, S. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação**. São Paulo: Phorte, 2003.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p 239-262, jul./set. 1993.

MOURA, C.F.S., LOPES, G.T. **Acompanhamento Pré-Natal realizado por enfermeiras obstetras: representação das gestantes**. Rev. Enfermagem UERJ. V.11, p.165-170, 2003.

NOTÍCIAS DAS EMPRESAS ASSOCIADAS. **Saúde Entrega Cinco Prêmios no Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna**. Disponível em: http://www.mre.gov.br/informe_cim.htm. Acesso em: 10 jun. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA**. World Health Organization, Geneva, 2004. Acesso em 10 nov 2010, disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562706.pdf>.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, ONU, 2000.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe.** Washington, DC: OPAS, 2004.

_____. **Panorama de la fuerza de trabajo em Enfermería em América Latina.** Série Desarrollo de Recursos Humanos, N° 39. Washington, DC: OPAS, 2005.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington, DC: OPAS, 2008.

PEREIRA, I.B.I. RAMOS, M.N.. **Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, S.V.L.; BACHION, M.M. **Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. V.58, n.6, p.659-64, nov-dez. 2005.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, 2007

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

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V.12, n.2, p.477-486. 2007

ROCHA, C.R. **As competências técnicas dos profissionais de enfermagem na assistência ao parto e nascimento fisiológicos no município do Rio de Janeiro.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, [2009].

RUTHES, R.M., CUNHA, I.C.K.O. **Gestão por competências nas instituições de Saúde – uma aplicação prática.** São Paulo: Martinari, 2008.

SABINO, A.M.N. **A enfermeira e a atenção pré-natal no Município de São José do Rio Preto-SP.** 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, [2007].

SANTOS, L.A., MAMEDE, F.V., CLAPIS, M.J., BERNARDI, J.V.B., Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no Município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. V.14, n.5, set./out. 2006.

SACRAMENTO, M.T.P., TYRRELL, M.A.R. **Vivências das Enfermeiras nos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica.** Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, V.3, n.3, p.425-433, jul/set.2006.

SHIMIZU, H.E., LIMA, M.G. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem.** Rev Bras Enferm, Brasília. V.62, n.3, p.387-392, maio/jun. 2009

SILVA, J.R.M, TYRRELL, M.A.R. **Atenção Básica à Saúde da Mulher: as necessidades para capacitação profissional da equipe de enfermagem a partir das usuárias.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2007.

SILVA, J.R.M, TYRRELL, M.A.R. **Atenção Básica à Saúde da Mulher: conflitos e desafios para a capacitação dos profissionais de saúde.** Pesquisa financiada pelo CNPq, Registrada no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Mulher da Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006.

SILVA, L.A., NAKANO, A.M.S., GOMES, F.A., STEFANELLO, J. **Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê.** Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, V18, n.01, p.48-56, jan/mar, 2009.

SPÍNDOLA, T., PENNA, L.H.G., PROGIANTI, J.M. **Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário.** Rev Esc Enferm USP. São Paulo. V.40, n.3, p.381-388. 2006.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2006/f14.htm> Acesso em 25 de maio de 2008 às 18:40h

TOMASI, A. **Da qualificação à Competência: pensando o século XXI.** Campinas, SP: Papyrus, 2004.

TYRRELL, M.A.R. Programas Nacionais de Saúde Materno Infantil: Impacto Político e Social e a Inserção da Enfermagem. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, [1994].

TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, V. . Programas Nacionais de Saude Materno-Infantil: Impacto Político-Social e Inserção da Enfermagem. 1. ed. RIO DE JANEIRO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 1996.

VARNEY, H., KRIEBS, J.M., GEGOR, C.L. Partería Profesional de Varney. 4ª edição. Washington, D.C.: Organización Panamericana de La Salud, 2006.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERNY, T. *A vida da criança antes de nascer.* 3. Ed. São Paulo: C.J. Salmi, 1993.

VICTORA, CG, CESAR, JA. Saúde Materno-Infantil no Brasil – padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N.- **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

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

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência:** trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC, 2003.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento para coleta de dados**INSTRUÇÕES**

- 1) RESPONDA APÓS LER DEVAGAR CADA PERGUNTA ATÉ O FINAL.
- 2) MESMO QUE NÃO SE LEMBRE, COM PRECISÃO, DA SITUAÇÃO ABORDADA NA PERGUNTA, RESPONDA DA FORMA MAIS APROXIMADA POSSÍVEL.
- 3) RESPONDA INDIVIDUALMENTE.
- 4) RESPONDA COM BASE NA SUA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, SUAS RESPOSTAS SERÃO TRATADAS DE FORMA ANÔNIMA E CONFIDENCIAL, ISTO É, EM NENHUM MOMENTO SERÁ DIVULGADO O SEU NOME EM QUALQUER FASE DO ESTUDO.
- 5) NÃO DEIXE PERGUNTAS OU ITENS EM BRANCO.

QUALQUER DÚVIDA CONSULTE O APLICADOR.

MUITO OBRIGADA!

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Código do instrumento: _____

BLOCO A - Dados Sócio-econômicos:**A1. Iniciais do Nome:** _____**A2. Sugestão de nome fictício** _____**A3. Idade:** ____anos.**A4. Número de filhos:** _____**A5) Situação Conjugal:**

1() solteiro(a) 2() Casado(a) 3() Separado(a) 4() União consensual 5() Divorciado(a) 6() Viúvo(a)

A6) Faixa salarial familiar (rendimentos líquido):

1. de 1 a três salários mínimos (R\$ 450,00 a 1650,00)
2. Entre três a cinco salários mínimos (entre R\$1650,00 e 2250,00)
3. Entre cinco a dez salários mínimos (entre R\$2250,00 e 4500,00)
4. mais de dez salários (mais de R\$4500,00)

BLOCO B - Dados Profissionais**B1. Categoria que ocupa na instituição:** 1 () Enfermeiro**B2) Carga Horária de trabalho semanal na instituição:** _____**B3) Carga Horária de trabalho semanal Total (somando outros empregos):** _____**B4) Ano que concluiu a graduação em Enfermagem:** _____**B5) Tempo de Atuação na Enfermagem:** _____**B6) Tempo de Atuação na Assistência à mulher no Pré-Natal:** _____anos.**BLOCO –C - Dados de Qualificação (marcar todos que tenha realizado).****C1.Titulações:** 1() Especialização em Enf. Obstétrica

2() Mestrado (Especificar a área: _____) 3()Doutorado (Especificar a área: _____)

4()Pós-Doutorado (Especificar a área: _____)

5()Outros (Especificar) _____

C2. Cursos de treinamento realizados e participação em eventos científicos

	Curso Realizado	Ano	Instituição	Duração (em horas)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

BLOCO D – CONHECIMENTOS BÁSICOS

Nos **CONHECIMENTOS** descritos abaixo que possuir Marque (X) na coluna **TENHO** e nos **CONHECIMENTOS** que não possuir Marque (X) na coluna **NÃO TENHO**. Se achar necessário faça suas observações do item desejado na coluna de observações.

Conhecimentos Básicos		Tenho	Não tenho	Observações
D1	Anatomia e Fisiologia do corpo humano.			
D2	Ciclo menstrual e processo de concepção.			
D3	Sinais e sintomas da gravidez.			
D4	Formas de como se confirmar uma gravidez			
D5	Diagnóstico de uma gravidez ectópica.			
D6	Diagnóstico de uma gestação múltipla			
D7	Determinação da idade gestacional pela história menstrual.			
D8	Determinação da idade gestacional pelo tamanho do útero.			
D9	Determinação da idade gestacional pelos padrões de crescimento do fundo uterino.			
D10	Elementos da história clínica da gestante			
D11	Elementos do exame físico realizado na gestante durante as visitas de pré-natal.			
D12	Resultados normais de exames laboratoriais solicitados na assistência Pré-Natal, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde			
D13	Processo de evolução normal das modificações corporais durante a gravidez.			
D14	Processo de evolução normal dos desconfortos comuns gravidez.			
D15	Processo de evolução normal dos padrões de crescimento esperados para o fundo uterino durante a gravidez.			
D16	Mudanças psicológicas normais na gravidez.			
D17	Impacto da gestação na família			
D18	Preparações de ervas ou outras substâncias não-farmacológicas seguras e disponíveis no local para o alívio de desconfortos comuns na gravidez.			
D19	Como determinar o bem-estar fetal durante a gravidez, incluindo a frequência cardíaca fetal e padrões de atividade.			

Conhecimentos Básicos		Tenho	Não tenho	Observações
D20	Necessidades nutricionais da mulher grávida.			
D21	Necessidades nutricionais do feto.			
D22	Crescimento e desenvolvimento fetal básico			
D23	Necessidades de educação relativa às mudanças corporais normais durante a gravidez.			
D24	Necessidades de educação relativa ao alívio de desconfortos comuns durante a gravidez.			
D25	Necessidades de educação relativa à higiene durante a gravidez.			
D26	Necessidades de educação relativa à sexualidade durante a gravidez.			
D27	Necessidades de educação relativa à nutrição durante a gravidez.			
D28	Necessidades de educação relativa ao trabalho dentro e fora de casa durante a gravidez.			
D29	Preparação para o parto e nascimento.			
D30	Preparação para a maternidade.			
D31	Preparação da casa/família para receber o recém-nascido.			
D32	Indicadores do início do trabalho de parto			
D33	Como explicar e apoiar o aleitamento materno.			
D34	Técnicas para relaxamento durante o parto.			
D35	Medidas disponíveis para o alívio da dor no parto.			
D36	Efeitos de medicamentos prescritos sobre a gravidez e o feto, drogas proibidas, medicamentos tradicionais e medicamento sem receita.			
D37	Efeitos do fumo na mulher grávida e no feto.			
D38	Efeitos do uso do álcool na mulher grávida e no feto			
D39	Efeitos do uso de drogas ilícitas na mulher grávida e no feto.			
D40	Sinais e sintomas de condições que podem colocar em risco a vida da mulher grávida. Ex: pré-eclâmpsia, sangramento vaginal, trabalho de parto prematuro, anemia severa.			

Conhecimentos Básicos		Tenho	Não tenho	Observações
D41	Condutas de encaminhamento a gestante para o serviço de alto risco, na eminência de doenças obstétricas ou clínicas, na gravidez. Ex: asma, infecção por HIV, diabete, problemas cardíacos, hipertensão arterial, <u>gestação pós-termo</u>			

Obs: Item D 41 foi transferido de conhecimentos adicionais por ser um conhecimento básico para a Enfermeira no Brasil

BLOCO E- CONHECIMENTOS ADICIONAIS

Nos **CONHECIMENTOS** descritos abaixo que possuir Marque (X) na coluna **TENHO** e nos **CONHECIMENTOS** que não possuir Marque (X) na coluna **NÃO TENHO**. Se achar necessário faça suas observações do item desejado na coluna de observações.

Conhecimentos Adicionais		Tenho	Não tenho	Observações
E1	Efeitos, sobre a gravidez, de condições crônicas e agudas já citadas no item D42			
E2	Efeitos, sobre o feto, de condições crônicas e agudas já citadas no item D42			

BLOCO F - HABILIDADES BÁSICAS

Coloque SIM OU NÃO NAS DUAS COLUNAS, ou seja, SIM OU NÃO para se realiza o procedimento e SIM OU NÃO na coluna se foi treinada para realizar o procedimento descrito. ATENÇÃO: Se a resposta da Coluna “Fui treinada” for SIM especificar nas observações qual foi o curso formal que realizou o treinamento ou se foi aprendido na prática hospitalar.

Procedimentos (HB)		COLUNAS		Observações
		Realizo (S ou N)	Fui Treinada (S ou N)	
F1	Realiza uma história inicial (história de doença progressa, obstétrica, por exemplo) e, em cada consulta pré-natal, dá seguimento.			
F2	Realiza o exame físico e explica à gestante os achados.			
F3	Explica à gestante os achados do exame físico.			
F4	Verifica os sinais vitais maternos (temperatura, respiração, pressão arterial, e pulso).			
F5	Avalia os sinais vitais maternos (temperatura, respiração, pressão arterial, e pulso).			
F6	Avalia a nutrição materna.			
F7	Avalia a relação entre a nutrição materna com o crescimento do feto.			
F8	Exame abdominal completo, incluindo a medida da altura uterina, posição, apresentação e descida do feto.			
F9	Avalia o crescimento fetal.			
F10	Avalia a ausculta da frequência cardíaca fetal.			

Procedimentos (HB)		COLUNAS		Observações
		Realizo (S ou N)	Fui Treinada (S ou N)	
F11	Palpa o útero para determinar padrão de atividade fetal.			
F12	Elementos do exame pélvico, incluindo a medida do tamanho do útero, determinando a adequabilidade das estruturas ósseas.			
F13	Calcula a data provável do parto.			
F14	Ensina as mulheres e famílias sobre sinais de perigo e quando e como contatar a maternidade.			
F15	Ensina medidas para diminuir os desconfortos comuns da gravidez.			
F16	Demonstra medidas para diminuir os desconfortos comuns da gravidez			
F17	Oferece um roteiro e uma preparação básica para o parto.			
F18	Oferece um roteiro e uma preparação básica para o nascimento.			
F19	Oferece um roteiro e uma preparação básica para a maternidade.			
F20	Durante o curso da gravidez, identifica alterações e realiza intervenções apropriadas para:			
	a) nutrição materna adequada.			
	b) crescimento fetal inadequado.			
	c) pressão sanguínea elevada, proteinúria e presença de edema significativo.			
	d) cefaléias severas, alterações visuais e dor epigástrica associada com pressão sanguínea elevada.			
	e) sangramento vaginal.			
	f) gestação múltipla.			
	g) posição anormal do feto a termo.			
	h) morte fetal intra-uterina.			
i) Realiza intervenções apropriadas para rotura prematura das membranas.				
F21	Realiza medida de reanimação de forma competente.			
F22	Registra os achados da história clínica, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.			

BLOCO G – HABILIDADES ADICIONAIS

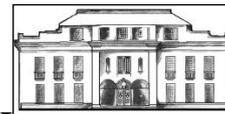
Coloque **SIM OU NÃO NAS DUAS COLUNAS**, ou seja, **SIM OU NÃO** para se **realiza o procedimento** e **SIM OU NÃO na coluna se foi treinada para realizar o procedimento descrito**. **ATENÇÃO:** Se a resposta da Coluna “Fui treinada” for SIM especificar nas observações qual foi o curso formal que realizou o treinamento ou se foi aprendido na prática hospitalar.

Procedimentos (HA)		COLUNAS		Observações
		Realizo (S ou N)	Fui Treinada (S ou N)	
G1	Orienta as mulheres sobre hábitos de saúde; ex: nutrição, exercício, segurança, parar de fumar.			
G2	Realiza pelvimetria clínica (avaliação dos ossos da pélvis)			
G3	Monitora a frequência cardíaca fetal com Doppler.			
G4	Identifica e encaminha, quando ocorrem alterações durante o curso da gravidez tais como:			
	a) Retardo do crescimento intra-uterino (PIG)			
	b) Macrossomia fetal (GIG)			
	c) Suspeita de poliidrânio.			
	d) Suspeita de diabetes.			
	e) Suspeita de anomalia fetal.			
	f) Resultados anormais de exames laboratoriais			
	g) Infecções, como doenças sexualmente transmitidas (DSTs), vaginites, infecção do trato urinário, infecção das vias respiratórias superiores.			
h) Avaliação fetal na gravidez de pós-termo.				
G5	Conhece tratamento e/ou manejo colaborativo das alterações fisiológicas, seguindo as normas locais e os recursos disponíveis.			
G6	Realiza versão externa na apresentação pélvica.			

Apêndice II



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER**



CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS DE PESQUISA

Nome da instituição: _____

Bairro: _____

Ano de criação: _____

Chefe de
Enfermagem: _____

Responsável pela assistência à saúde da
mulher: _____

Profissionais:
Enfermeiros: _____ Téc em enf: _____ Aux de enf: _____ Médico Obstetra: _____
Outros: _____

Serviços de Assistência à Saúde da Mulher:
Ginecologia () Pré-natal () Planejamento familiar ()
outros: _____

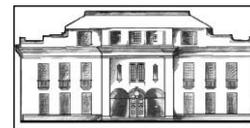
Número de atendimentos ao Pré-natal (mensal):

- Realizados pela enfermeira: _____ Realizados pelo médico: _____

Apêndice III



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER



Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você foi selecionada(o) e está sendo convidada(o) para participar da pesquisa intitulada “A competência técnica das enfermeiras na assistência ao pré-natal no Município do Rio de Janeiro”. Tem como objetivos: caracterizar o perfil profissional do enfermeiro na assistência pré-natal de baixo risco nos CMS, e, analisar os conhecimentos e habilidades (essenciais e adicionais) dos enfermeiros que atuam no atendimento à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS do Município do Rio de Janeiro baseados na competência 3 do documento da ICM. A pesquisa terá duração de 02 anos, com o término previsto para dezembro de 2010.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um questionário. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. É válido ressaltar que esta pesquisa não oferece risco de qualquer natureza e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Parecer nº 316A/2008)

O benefício relacionado com a sua participação será desenvolver metas e estratégias para melhorar a atenção de forma qualificada na assistência à mulher no Pré-Natal, pela equipe de enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Cel : 95723553 e-mail : tyrrell_2004@hotmail.com

Pesquisadora Orientadora

Juliana Ribeiro Manhães da Silva

Cel :96288112 e-mail : ju.manhaes@gmail.com

Pesquisadora responsável

Contato do Comitê de Ética e Pesquisa : (21) 2503-2024

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2009

Nestes termos,

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer punições ou constrangimentos.

Assinatura do participante.

Apêndice IV**Carta de Autorização à Secretaria Municipal de Saúde**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER**



Rio de Janeiro, de de 2009.

Ilmo. Sr.
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apraz-nos apresentar o projeto de pesquisa: “A competência técnica das enfermeiras na assistência ao pré-natal no Município do Rio de Janeiro” registrado no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem da Saúde da mulher do departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Tem como objetivos: caracterizar o perfil profissional dos enfermeiros na assistência pré-natal de baixo risco nos CMS, e, analisar os conhecimentos e habilidades (essenciais e adicionais) dos enfermeiros que atuam no atendimento à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS do Município do Rio de Janeiro baseados na competência 3 do documento da ICM.

Outro sim viemos solicitar autorização para coleta de dados com a finalidade de desenvolver o projeto supra referido.

Ciente que serei atendida agradeço desde já.

Atenciosamente,

Juliana Ribeiro Manhães da Silva
Pesquisadora responsável

Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Pesquisadora Orientadora

Apêndice V

Carta de autorização dos cenários da pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE DA MULHER**



Exmo. Sr (a).

MD Diretor (a) do CMS

Prezado (a) senhor (a),

Vimos por meio desta solicitar autorização da presente instituição para realização da pesquisa de campo do projeto intitulado “A competência técnica das enfermeiras na assistência ao pré-natal no Município do Rio de Janeiro”; do Curso de Mestrado em Enfermagem, registrado no Núcleo de Pesquisa em Enfermagem da Saúde da mulher do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Tem como objetivos: caracterizar o perfil profissional do enfermeiro na assistência pré-natal de baixo risco nos CMS, e, analisar os conhecimentos e habilidades (essenciais e adicionais) dos enfermeiros que atuam no atendimento à mulher no pré-natal de baixo risco nos CMS do Município do Rio de Janeiro baseados na competência 3 do documento da ICM.

Buscando atingir estes objetivos realizarei uma pesquisa de natureza descritiva, quantitativa, não-experimental. Os dados serão obtidos através de um questionário e os resultados serão quantificados e tabulados por meio de dois programas de computação denominados EPI-INFO e SPSS.

Contamos com vossa colaboração para a realização da pesquisa descrita acima, contribuindo para a construção de novas perspectivas de ação na atenção básica à saúde da mulher no Pré-Natal no CMS, não só em âmbito institucional, como também em âmbito acadêmico.

Atenciosamente,

Juliana Ribeiro Manhães da Silva
Pesquisadora responsável

Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Pesquisadora Orientadora

ANEXOS

ANEXO I

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA O EXERCÍCIO BÁSICO DA OBSTETRÍCIA MAIO 2002/MARÇO 2007 (REVISADO)

CONHECIMENTO GENÉRICO, HABILIDADES E COMPORTAMENTOS DAS CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE PÚBLICA E DAS PROFISSÕES DE SAÚDE

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

Conhecimento e habilidades básicas:

1. Respeitar a cultura local (costumes/hábitos).
2. Práticas de saúde tradicional e moderna (benéfico e prejudicial).
3. Recursos para atenção e transporte (cuidado de emergência).
4. Causas diretas e indiretas de mortalidade e morbidade materna e neonatal na comunidade local.
5. Estratégias para defender e fortalecer (empoderar) as mulheres.
6. Entender os direitos humanos e seus efeitos sobre a saúde.
7. Conhecer os riscos e benefícios dos centros disponíveis para atender aos nascimentos.
8. Estratégias para defender junto com as mulheres o alcance de vários locais para um nascimento mais seguro.
9. Conhecimento e condições de saúde da comunidade, inclusive a provisão de água, a moradia, os perigos ambientais, os alimentos e as ameaças comuns para saúde.
10. Indicações e procedimentos para ressussitação cardiopulmonar do adulto e da criança/recém-nascido.
11. Habilidade para reunir, utilizar e manter os equipamentos e materiais apropriados para a prática.

Conhecimentos e habilidades adicionais

12. Princípios de epidemiologia, sanitário, diagnóstico comunitário e estatísticas vitais ou registros.

13. Infra-estruturas de saúde locais e nacionais; como ter acesso a recursos necessários para o cuidado de obstetrícia.
14. Princípios de atenção primária baseada na comunidade, utilizando estratégias para o cuidado de obstetrícia.
15. Programa de Imunização Nacional (provisão do mesmo ou conhecimento de como ajudar os membros da comunidade a ter acesso aos serviços de imunização).

Comportamento Profissional – A parteira:

1. É responsável e responde pelas decisões clínicas que toma.
2. Mantém os conhecimentos e habilidades atualizados para possibilitar uma prática atual.
3. Usa precauções universais, estratégias de controle de infecção e técnicas assépticas.
4. Realiza consulta e encaminhamentos apropriados nos cuidados que oferecer.
5. Não emite julgamento e respeita a cultura.
6. Trabalha em conjunto com as mulheres e as apóia para fazerem escolhas informadas sobre sua saúde.
7. Usa habilidades apropriadas de comunicação.
8. Trabalha de forma colaborativa com outros trabalhadores de saúde para melhorar a prestação de serviços para as mulheres e famílias.

CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL E MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

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

Conhecimento básico de:

1. Crescimento e desenvolvimento relacionados com a sexualidade, desenvolvimento sexual e atividade sexual.
2. Anatomia e fisiologia masculina e feminina relacionada com a concepção e reprodução.
3. Normas e práticas culturais relacionadas com a sexualidade, as práticas sexuais e a reprodução.
4. Componentes da história clínica pessoal, familiar e história genética relevante.
5. Exame físico e resultados de exames laboratoriais específicos para acompanhar e avaliar a gravidez saudável.

6. Educação para a saúde dirigida à saúde reprodutiva, doenças sexualmente transmitidas (DSTs), HIV/AIDS e sobrevivência infantil.
7. Métodos naturais para espaçar as gestações e outros métodos de planejamento familiar que estejam disponíveis no local e que sejam culturalmente aceitos.
8. Métodos de contracepção de barreira, hormonais, mecânicos, químicos e métodos cirúrgicos de contracepção e indicações de uso.
9. Métodos de aconselhamento para as mulheres que precisam tomar decisões sobre métodos de planejamento familiar.
10. Sinais e sintomas de infecção do trato urinário e de doenças de transmissão sexual comuns na área.

Conhecimento adicional de:

11. Fatores que envolvem decisões relativas a gestações não planejadas ou não desejadas.
12. Indicadores de doenças agudas e crônicas mais comuns, específicas de uma área geográfica do mundo, e processo de encaminhamento para exame/tratamento.
13. Indicadores e métodos de orientação/encaminhamento para os problemas de relações interpessoais que incluem problemas sexuais, violência doméstica, abuso emocional e negligência física.

Habilidades Básicas:

1. Obter uma história clínica completa.
2. Executar um exame físico com enfoque na condição em que a mulher se apresenta.
3. Solicitar e/ou interpretar exames de laboratório comuns, como por exemplo, hematócrito, análise de urina ou exames microscópicos.
4. Usar adequadamente sua habilidade para a educação em saúde e aconselhamentos básicos.
5. Proporcionar métodos de planejamento familiar disponíveis no local e que são aceitos culturalmente.
6. Registrar os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

7. Utilizar microscópio.
8. Oferecer todos os métodos anticoncepcionais disponíveis; de barreira, hormonal, mecânicos, e químicos de contracepção.
9. Realizar ou solicitar a coleta de citologia cervical (teste de Papanicolau).

CUIDADO E ORIENTAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ

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

Conhecimento básico de:

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

22. Efeitos de medicamentos prescritos sobre a gravidez e o feto, drogas proibidas, medicamentos tradicionais e medicamento sem receita.
23. Efeitos do fumo, uso do álcool e uso de drogas ilícitas na mulher grávida e no feto.
24. Sinais e sintomas de condições que podem colocar em risco a vida da mulher grávida; ex: pré-eclâmpsia, sangramento vaginal, trabalho de parto prematuro, anemia severa.

Conhecimento adicional de:

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

Habilidades Básicas:

1. Realizar uma história inicial e, em cada consulta pré-natal, dar seguimento.
2. Realizar um exame físico e explicar à mulher os achados.
3. Verificar e avaliar os sinais vitais maternos, inclusive temperatura, pressão arterial, e pulso.
4. Avaliar a nutrição materna e sua relação com o crescimento do feto.
5. Exame abdominal completo, incluindo a medida da altura uterina, posição, apresentação e descida do feto.
6. Avaliação do crescimento fetal.
7. Ausculta da frequência cardíaca fetal e palpar o útero para determinar padrão de atividade fetal.
8. Realizar exame pélvico, incluindo a medida do tamanho do útero, determinando a adequabilidade das estruturas ósseas.
9. Calcular a data provável do parto.
10. Ensinar as mulheres e famílias sobre sinais de perigo e quando e como contactar a parteira.
11. Ensinar e demonstrar medidas para diminuir os desconfortos comuns da gravidez.
12. Oferecer um roteiro e preparação básica para o parto, nascimento e maternidade.
13. Identificar as alterações, durante o curso da gravidez, e realizar intervenções apropriadas para:
 - d. nutrição materna adequada,
 - e. crescimento fetal inadequado,
 - f. pressão sanguínea elevada, proteinúria, presença de edema significativo, cefaléias severas, alterações visuais, dor epigástrica associada com pressão sanguínea elevada,
 - g. sangramento vaginal,
 - h. gestação múltipla, posição anormal do feto a termo,
 - i. morte fetal intra-uterina,
 - j. rotura prematura das membranas.
14. Realizar medida de reanimação de forma competente.
15. Registrar os achados da história clínica, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

16. Orientar as mulheres sobre hábitos de saúde; ex: nutrição, exercício, segurança, parar de fumar.
17. Realizar pelvimetria clínica (avaliação dos ossos da pélvis)
18. Monitorar a frequência cardíaca fetal com Doppler.
19. Identificar e encaminhar, quando ocorrerem alterações durante o curso da gravidez tais como:
 - a. retardo do crescimento intra-uterino (PIG) ou macrossomia fetal (GIG),
 - b. suspeita de poliidrâminio, diabetes, anomalia fetal (ex:oligúria),
 - c. resultados anormais de exames laboratoriais,
 - d. infecções, como doenças sexualmente transmitidas (DSTs), vaginites, infecção do trato urinário, infecção das vias respiratórias superiores,
 - e. Avaliação fetal na gravidez de pós-termo.
20. Tratamento e/ou manejo colaborativo das alterações fisiológicas, seguindo as normas locais e os recursos disponíveis.
21. Realizar versão externa na apresentação pélvica.

CUIDADOS DURANTE O PARTO E NASCIMENTO

Competência #4: as parteiras proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível. Conduzem um parto asséptico e seguro e manejam situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Conhecimento básico de:

1. Fisiologia do parto
2. Anatomia do crânio fetal, diâmetros críticos e pontos anatômicos importantes.
3. Aspectos psicológicos e culturais do parto e nascimento.
4. Indicadores do início do trabalho de parto.
5. Progressão normal do parto e como usar o partograma ou ferramenta semelhante.
6. Medidas para avaliar o bem-estar fetal durante o parto.
7. Medidas para avaliar o bem-estar materno durante o parto.
8. Processo de decida fetal através da pelve durante o parto e nascimento.
9. Medidas de conforto durante o parto: ex: presença/ajuda da família, posicionamento, hidratação, apoio emocional, métodos não farmacológicos de alívio da dor.
10. Transição do recém-nascido para a vida extra-uterina.
11. Cuidados físicos do recém-nascido – respiração, calor, alimentação.
12. Promoção de contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, quando apropriado.
13. Meios para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo.
14. Manejo fisiológico do 3º período do parto.
15. Indicações para medidas de emergência: ex: placenta retida, distócia de ombro, sangramento uterino por atonia, asfixia neonatal.
16. Indicações para o parto cirúrgico: sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica.
17. Indicadores de complicações no parto: sangramento, parada na evolução do parto, distócia de apresentação, eclampsia, sofrimento materno, sofrimento fetal, infecção, prolapso de cordão.
18. Princípios de manejo ativo do 3º período do parto.

Habilidades básicas:

1. Realizar uma história específica e controlar os sinais vitais maternos, durante o trabalho de parto.
2. Realizar exame físico direcionado.
3. Fazer exploração/palpação abdominal completa para determinar posição fetal e decida.
4. Avaliar a frequência e efetividade das contrações uterinas.

5. Realizar um exame pélvico completo e preciso para determinar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve.
6. Acompanhar a evolução do trabalho de parto, usando um partograma ou ferramenta semelhante para registrar.
7. Proporcionar apoio psicológico para mulher e sua família.
8. Proporcionar hidratação, alimentação e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto.
9. Proporcionar cuidado para a bexiga.
10. Identificar prontamente anormalidades no parto, com intervenção e/ou encaminhamento apropriado e oportuno
11. Executar manobras apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida.
12. Manejar uma Circular de cordão no parto.
13. Praticar episiotomia, se for necessário.
14. Suturar episiotomia, se necessário.
15. Apoiar o processo fisiológico do 3º período do parto.
16. Conduzir ativamente o 3º período do parto incluindo:
 - a. administração de ocitocina,
 - b. pinçamento e corte precoce do cordão,
 - c. tração controlada do cordão.
17. Prevenir a inversão uterina durante o 3º período do parto.
18. Inspeccionar a placenta e membranas para verificar se estão íntegras.
19. Estimar a perda materna de sangue.
20. Inspeccionar se ocorreu laceração na vagina e na cérvix.
21. Suturar as lacerações da vagina/períneo e a episiotomia.
22. Manejar a hemorragia pós-parto.
23. Proporcionar um ambiente seguro para promover o vínculo mãe/filho.
24. Iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo.
25. Realizar exame físico específico no recém-nascido.
26. Registrar os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

27. Executar manobras apropriadas diante de um parto com apresentação pélvica e de face.
28. Injetar anestesia local.
29. Aplicar vácuo-extrator ou fórceps.
30. Manejar distócia de apresentação, distócia de ombro e sofrimento fetal.
31. Identificar e manejar um prolapso de cordão umbilical.
32. Executar remoção manual da placenta.
33. Identificar e suturar lacerações cervicais.
34. Executar compressão interna bimanual do útero para controlar hemorragia.
35. Puncionar veia, colher sangue, fazer testes de hematócrito e hemoglobina.
36. Prescrever e/ou administrar métodos farmacológicos de alívio da dor, quando necessário.
37. Administrar ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto.
38. Transferir a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência.

CUIDADOS AO PÓS-NATAL DAS MULHERES

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

Conhecimento básico de:

1. Processo normal de involução e cicatrização depois do parto (incluindo depois de um aborto)
2. Processo de lactação e alterações freqüentes, tais como: ingurgitamento, pouco leite, etc.
3. Nutrição materna, repouso, atividades e necessidades fisiológicas (ex:bexiga).
4. Necessidades nutricionais do recém-nascido.
5. Vínculo e apego pais-filho; ex: como promover relações positivas.
6. Indicadores de subinvolução ex: sangramento uterino persistente, infecção.
7. Indicações de problemas no aleitamento materno.
8. Sinais e sintomas de condições de risco de morte; ex: sangramento vaginal persistente, retenção urinária, incontinência fecal, pré-eclâmpsia no pós-parto.

Conhecimento adicional de:

9. Indicadores de determinadas complicações no período pós-natal: ex: anemia persistente, hematoma, embolia, mastite, depressão, tromboflebitis.
10. Necessidade de cuidados e orientação, durante e depois do aborto.
11. Sinais e sintomas de complicações de aborto.

Habilidades básicas:

1. Realizar uma história clínica seletiva, incluindo detalhes da gravidez, parto e nascimento.
2. Realizar exame físico específico da mãe.
3. Avaliar a involução uterina e a cicatrização das lacerações/suturas.
4. Iniciar e apoiar o aleitamento materno exclusivo.
5. Instruir a mãe sobre autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, incluindo o descanso e a nutrição.
6. Identificação dos hematomas, para tratamento e encaminhamento, se necessário.
7. Identificação de infecção materna, para tratamento e encaminhamento, se necessário
8. Registrar os resultados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades adicionais:

9. Assessorar a mulher/família sobre sexualidade e planejamento familiar depois do parto.
10. Assessorar e apoiar a mulher no pós-aborto.
11. Esvaziamento de um hematoma.
12. Proporcionar tratamento adequado com antibióticos para infecção.
13. Encaminhar em determinadas complicações.

CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO (ATÉ 2 MESES DE IDADE)

Competência #6: as parteiras proporcionam cuidado de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.

Conhecimento básico de:

1. Adaptação do recém-nascido para a vida extra-uterina.
2. Necessidades básicas de recém-nascido: respiração, calor, nutrição, apego.

3. Elementos de avaliação das condições imediatas do recém-nascido; ex: sistema de avaliação APGAR para a respiração, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e cor.
4. Aparência geral e comportamento do recém-nascido.
5. Crescimento e desenvolvimento normal do recém-nascido e lactente.
6. Particularidades de alguns recém-nascidos normais; ex: “caput”, moldagem da cabeça, manchas mongólicas, hemangiomas, hipoglicemia, hipotermia, desidratação, infecção.
7. Elementos da promoção de saúde e prevenção de doenças em recém-nascido e lactente.
8. Necessidade de imunização, riscos e benefícios para o lactente até 2 meses de idade.

Conhecimento adicional de:

9. Complicações específicas do recém-nascido, ex: icterícia, hematoma, amoldamento anormal do crânio fetal, irritação cerebral, danos não-acidentais, causas de morte súbita infantil.
10. Crescimento e desenvolvimento normal do recém-nascido pré-termo até 2 meses de idade.

Habilidades básicas:

1. Vias aéreas livres para manter a respiração.
2. Manter o calor corporal, evitando aquecer demais.
3. Avaliar a condição imediata do recém-nascido; ex: APGAR ou outros métodos de avaliação.
4. Executar um exame físico específico no recém-nascido para detectar condições incompatíveis com a vida.
5. Posicionamento da criança para amamentar.
6. Educar os pais sobre sinais de perigo e quando levar a criança para receber cuidado.
7. Iniciar medidas de emergência para dificuldade respiratória (reanimação de recém-nascido), hipotermia, hipoglicemia, parada cardíaca.
8. Transferir recém-nascido para receber cuidado de urgência, quando disponível.
9. Registrar os resultados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

Habilidades Adicionais:

10. Identificar a idade gestacional.
11. Educar os pais sobre crescimento e desenvolvimento normal, e cuidado da criança.
12. Ajudar os pais a terem acesso aos recursos disponíveis na comunidade para a família.
13. Apoiar pais que vivenciam um nascimento com malformação congênita, perda de gestação, ou morte neonatal.
14. Apoiar pais durante a transferência do recém-nascido.
15. Apoiar pais com nascimentos múltiplos.

Entre 1995 e 1999, a Técnica Delphi, modificada, foi realizada sete vezes consecutivas, para que se estabelecessem as Competências Essenciais Provisórias para a Prática Básica da Parteira. Como acordado pelo Conselho Internacional (órgão regulador da Confederação) em 1999, as competências foram testadas em campo por 17 associações-membro do ICM ao longo de 2001. Os abrangentes testes de campo foram realizados por 1.271 parteiras praticantes, 77 grupos docentes (total de 312 docentes) e 79 grupos discentes seniores de parteiras (total de 333 indivíduos) de 22 países diferentes; e 25 órgãos fiscalizadores desta prática de 20 países. Um total de 214 declarações individuais de competência, que englobaram seis áreas, foi apresentado para avaliação. A grande maioria dos indivíduos/grupos envolvidos na testagem corroborou as competências quase que em sua totalidade, muitas com unanimidade. Em abril de 2002, o Conselho Internacional do ICM discutiu e adotou oficialmente as Competências Essenciais para a Prática Básica da Parteira, tornando-as assim um documento oficial do ICM.

ANEXO II

FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 316A/2008

Rio de Janeiro, 08 de dezembro de 2008.

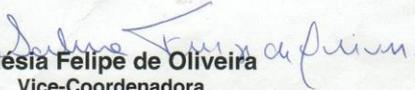
Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 255/08 CAAE: 0289.0.314.000-08</p> <p>TÍTULO: Atenção qualificada no serviço de pré-natal: a realidade do município do Rio de Janeiro e a participação da Enfermagem.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Juliana Ribeiro Manhães da Silva.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Centro Municipais de Saúde.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 08/12/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.ri.gov.br - Site: www.saude.rio.ri.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577