



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**KELI CRISTINA MAROCCO**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE  
TECNOLOGIAS LEVES DE CUIDADO**

**CHAPECÓ  
2014**

**KELI CRISTINA MAROCCO**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE  
TECNOLOGIAS LEVES DE CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito  
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira  
Schmalfuss

**CHAPECÓ**

**2014**

Marocco, Keli Cristina

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O  
USO DE TECNOLOGIAS LEVES DE CUIDADO/ Keli Cristina  
Marocco. -- 2014.

84 f.

Orientador: Joice Moreira Schmalfuss.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de  
ENFERMAGEM , Chapecó, SC, 2014.

1. Assistência pré-natal. 2. Relações  
enfermeiro-paciente. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.  
Cuidados de Enfermagem. I. Schmalfuss, Joice Moreira,  
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III.  
Título.

**KELI CRISTINA MAROCCO**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE  
TECNOLOGIAS DE CUIDADO**

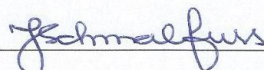
Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título  
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

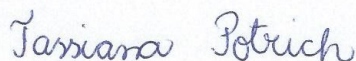
12/12/2014

BANCA EXAMINADORA



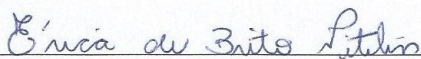
---

Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss – UFFS



---

Professora Mestre Tassiana Potrich - UFFS



---

Professora Mestre Érica de Brito Pitilin - UFFS

*Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, a minha mãe e heroína Ivonete, meus dois amores, meu filho Jhuan Victor e meu companheiro e amigo Gonzalys, meus melhores e maiores presentes.*

## AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer todas as pessoas que, de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso agradeço a todos de coração...

Agradeço, primeiramente a Deus, pela vida, pela sabedoria, por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais, e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais, que não mediram esforços em me ajudar durante a realização da graduação, por me guiar e me permitir encontrar a Enfermagem, pela realização pessoal que esta escolha me traz, e permitir que tudo isso acontecesse...

À minha família, meus avós, meus pais, irmãos, tios, primos, sobrinhos, enfim, a todos por estarem sempre ao meu lado, mesmo que ou quando distantes, por torcerem por mim, por entenderem minha ausência em vários momentos nestes cinco anos.

Agradeço em especial a você, *Gonzalys*, a pessoa com quem amo partilhar a vida, os sonhos... Obrigada pelo carinho, pela paciência, pelo amor, por me apoiar nos momentos de dificuldades, de incertezas, não me deixando desistir dos meus sonhos... Por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre, pelos sacrifícios diários para que hoje tudo isso tenha valido a pena. *NEOQAV!!!*

A você meu filho, *Jhuan Victor*, minha vida, meu maior tesouro... Embora não tivesse conhecimento disto, você me iluminou e me inspirou de maneira especial todos os dias, todos os meus pensamentos, meus objetivos e minhas conquistas. Apesar de muitas vezes estar ausente, meu amor e meus pensamentos sempre estiveram com você. *TE AMO!!!*

À minha mãe *Ivonete*, minha heroína, meu exemplo de dedicação, de luta e amor... A pessoa com que posso contar sempre, que dispensou de tudo que estava ao seu alcance pelo meu bem, pelo bem da minha irmã, do meu filho... Em todas as circunstâncias... Por quem tenho um orgulho imenso e a maior gratidão. Por todos os momentos de luta, dificuldades e enfrentamento, por cuidar de mim até hoje. *AMO VOCÊ MINHA MÃE!!!*

À vocês, *Elza e Antonio*, pessoas que além de muita admiração, tenho muito a agradecer. Em especial pelo carinho, pelo incentivo diário, pela disponibilidade, paciência e pelo tempo dedicado durante toda minha caminhada acadêmica.

À você, *Aline*, minha irmã querida, a *Gabrielly*, minha sobrinha e afilhada linda e *Josinei*, meu cunhado, pelo carinho e acolhida sempre que precisei. *AMO VOCÊS!!!*

À amiga *Greici Capellari Fabrizzio*, *minha dupla querida*, um dos presentes que ganhei nesse ano, com quem durante o ano todo dividi muitos momentos e experiências durante os estágios, que acompanhou todas as dificuldades e conquistas na elaboração deste

trabalho. Pela amizade, pelo carinho, pela paciência, os risos (que foram muitos), por me ouvir nos momentos de angústia, enfim... Obrigada por tudo, *adoro você!!!*

A todos que me deram a esperança para seguir e a certeza de que não estou sozinha nessa caminhada, por acreditarem em mim, sem medirem esforços para que eu chegasse até aqui, me dando carinho, apoio e amor incondicional, e que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu MUITO OBRIGADA!

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aproveito para reiterar o meu sincero agradecimento àqueles que me incentivaram, encorajaram e apoiaram para que esse momento se consolidasse.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha querida professora e orientadora, Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss, pelo acolhimento, carinho e dedicação, não apenas na construção deste trabalho, mas também nos momentos difíceis que enfrentei durante todo esse processo, por compreender as minhas dificuldades e tornar esse período mais leve e tranquilo. Obrigada pela paciência, incentivo, pelo tempo dedicado e ensinamentos ao longo de toda essa jornada.

À professora Adriana Remião Luzardo com quem compartilhei o início do que veio a ser esse trabalho, e por quem tenho imensa admiração e carinho.

Às professoras Tassiana Potrich, Érica de Brito Pitilin e Crhis Netto de Brum, pelo aceite em participar da banca de qualificação e examinadora e pelas valiosas considerações e reflexões.

A todos os professores que me acompanharam durante a graduação, pois foram tão importantes na minha vida acadêmica, seus ensinamentos formaram a profissional que sou.

À Universidade Federal da Fronteira Sul, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Aos sujeitos deste estudo, pela disponibilidade com a realização da pesquisa, solicitude, e atenção concedida.

À Secretária Municipal de Saúde do município de Xaxim/SC, Joseane Sampaio, pelo atendimento às minhas solicitações durante a realização deste trabalho.

Aos amigos e colegas que colaboraram em mais essa etapa da minha vida... Minhas congratulações!



A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes (Florence Nightingale, 1871, p.6).

## RESUMO

A gravidez é um momento especial e único na vida da mulher e da família, e traz consigo, além das mudanças fisiológicas e emocionais, diversos fatores que influenciam no desenvolvimento do processo gestacional e na interação do núcleo familiar. Dessa forma, a assistência pré-natal de qualidade, quando realizada de forma integral e individualizada, além de garantir o direito de acesso ao serviço de saúde, proporciona uma atenção mais segura, eficaz e humanizada. Nesse sentido, o uso das tecnologias de cuidado, em especial as tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo, a escuta qualificada, a responsabilização e o empoderamento, são estratégias que possibilitam aproximar a relação entre o enfermeiro e a mulher. Assim, este estudo teve como questão de pesquisa, “quais as ações realizadas pelo enfermeiro e como se dá o uso das tecnologias leves de cuidado no acompanhamento pré-natal, na atenção primária à saúde (APS) no município de Xaxim/SC”. O objetivo do presente trabalho foi identificar as ações realizadas pelo enfermeiro na assistência pré-natal, na APS, e identificar o uso de tecnologias leves de cuidado, nesse acompanhamento, nos serviços de APS do município de Xaxim/SC. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, realizada na atenção primária à saúde, no município de Xaxim/SC. Participaram do estudo oito enfermeiras que realizam a assistência pré-natal na Estratégia de Saúde da Família e Unidades de Saúde da Família do município de Xaxim/SC. Os dados do estudo foram coletados em setembro e outubro de 2014, por meio de entrevista semi-estruturada realizada no local de atuação de cada enfermeira, em data e horário indicado pelas mesmas. As entrevistas foram registradas com um gravador digital do tipo mp3 player e transcritas posteriormente. Também foi utilizado um diário de campo para a complementação da coleta de dados. Os dados foram desdobrados segundo análise de conteúdo proposta por Bardin. A análise empregada revelou três temas: (RE) conhecendo o pré-natal, no qual se identificou que a assistência de qualidade ainda é um desafio, visto o conhecimento limitado dos profissionais sobre as políticas de saúde relacionadas ao pré-natal; o enfermeiro na assistência pré-natal, observando-se a necessidade de sensibilização dos enfermeiros frente à importância da atuação efetiva e das competências legais da profissão, já que neste estudo este profissional teve suas ações voltadas, basicamente, para as questões burocráticas e menos para a prática assistencial. O tema tecnologias de cuidado no contexto do pré-natal apontou que estas são pouco exploradas pelo enfermeiro, uma vez que este profissional atua de forma intermitente e sucinta na assistência pré-natal. Percebeu-se que há muito para se avançar em relação à atuação e autonomia do enfermeiro, principalmente no que diz respeito ao cuidado pré-natal na atenção primária. Assim, espera-se que o presente estudo contribua para a sensibilização deste profissional frente à importância da sua atuação efetiva e das competências legais da profissão. Almeja-se, também, instigar o uso das tecnologias leves, a fim de oferecer um atendimento humanizado e integral à mulher e sua família na assistência pré-natal.

**Palavras-chave:** Assistência pré-natal. Relações enfermeiro-paciente. Atenção Primária à Saúde. Cuidados de Enfermagem.

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABO</b>	Tipagem Sanguínea
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BCF</b>	Batimentos Cardíacos Fetais
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNPQ</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ESF</b>	Estratégias de Saúde da Família
<b>HB/HT</b>	Hemoglobina/Hematócrito
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HBsAG</b>	Antígeno de superfície para Hepatite
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IG</b>	Idade Gestacional
<b>IgG</b>	Imunoglobulina
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher
<b>PNAON</b>	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIH/SUS</b>	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade

<b>SINASC</b>	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
<b>SISPRENATAL</b>	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFFS</b>	Universidade Federal da Fronteira Sul
<b>VDRL</b>	Sorologia para Sífilis

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1	EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE DA MULHER.....	18
2.2	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE....	20
2.3	TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	24
2.4	A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	27
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	32
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	33
3.4	COLETA DE DADOS.....	33
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	34
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>37</b>
4.1	(RE) CONHECENDO O PRÉ-NATAL.....	38
4.2	O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	48
4.3	TECNOLOGIAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DO PRÉ-NATAL.....	57
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIA, FILMAGEM E GRAVAÇÃO.....</b>	<b>78</b>
	<b>APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....</b>	<b>80</b>
	<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (APROVAÇÃO).....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento especial e desejado por muitas mulheres e suas famílias. A confirmação da gravidez, o processo gestacional e o parto, são momentos especiais e únicos na vida da mulher, sendo marcado por sentimentos diversos como a ansiedade, o medo, as mudanças no corpo e na vida social, as preocupações com o desenvolvimento e nascimento do bebê, as questões financeiras, entre outros (ZIEGEL, 2011). Sendo assim, o contexto que envolve a mulher, sua cultura, o nível de escolaridade, suas crenças, o relacionamento com a família, com o esposo e/ou filhos, a comunidade em que está inserida e as experiências familiares anteriores com a maternidade, são fatores que interferem diretamente no desenvolvimento da gravidez, bem como na adaptação da mulher e da sua família a este aumento do núcleo familiar (MURRAY et al., 2008).

Desta maneira, pensar na assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal requer muito mais que do que saber orientar e conhecer a família. Conforme afirma Murray et al. (2008, p. 11), a “melhor assistência não será efetiva se não estiver disponível para aqueles que necessitam dela”. Por isso a importância de considerar além das condições da mulher, os costumes culturais ou familiares, as questões econômicas, bem como garantir o acesso e a qualidade nos serviços de saúde.

Também é fundamental considerar que a gestação encontra-se entre os primeiros motivos de consulta em Atenção Primária à Saúde (APS), sendo fundamental a reflexão sobre a necessidade de acesso e acompanhamento dos serviços de saúde da mulher (LENZ; TAKIMI, 2012).

Dessa maneira, o acompanhamento dos profissionais de saúde durante esse período, além de acolher a mulher e a sua família, tem como o papel de garantir a assistência necessária desde o pré-natal até o puerpério, identificando possíveis alterações que possa acometer a saúde da mulher e/ou bebê (BRASIL, 2012a). Por meio do acompanhamento pré-natal, busca-se fornecer informações para que este momento seja tranquilo, monitorar o andamento da gestação e identificar adequadamente e precocemente qualquer evolução desfavorável, bem como preparar a mulher e a família para um parto e puerpério seguro e saudável (ESPÍRITO-SANTO; BERNI; CÓRDOVA, 2011).

Segundo Araujo (2012, p. 41) a assistência pré-natal trata-se de um “conjunto de medidas e protocolos de condutas preventivas, educativas e curativas para proporcionar a gestante e sua família condições de bem-estar físico, psíquico e social, além do acompanhamento materno-fetal”. O objetivo é monitorar o bom andamento das gestações de

baixo risco, bem como preparar a gestante e seu companheiro para o momento do nascimento, além de possibilitar a identificação precoce de qualquer evolução desfavorável (BUCHABQUI; ABEICHE; NICKEL, 2011).

Logo, para prestar uma assistência pré-natal qualificada e humanizada, faz se necessário à incorporação de “condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, ressaltando o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção dos profissionais da saúde como aspectos básicos e fundamentais para criação de vínculos entre a mulher e o profissional”, assim como a adesão e compreensão de recomendações que sejam efetivas (BRASIL, 2005b, p. 13).

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal vem sendo discutida desde o século XIX e vem sendo aperfeiçoada ao longo dos anos. No Brasil, o primeiro programa elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), foi o Programa de Saúde da Mulher em 1974, seguido pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no ano de 2000, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) em 2005, e recentemente, a Rede Cegonha em 2011.

No entanto, mesmo com a implantação dessas e de outras políticas, em todo o território nacional, estudos apontam que ainda persiste o baixo cumprimento de todo o conjunto de metas propostas (ANDREUCCI; CECATTI, 2011) e que envolvem, basicamente, ações que considerem a humanização nos processos de gestação e nascimento.

Apesar dos esforços do governo brasileiro com Leis e Políticas, a taxa de mortalidade materna no Brasil ainda é considerada alta. Ciente dessa realidade, foram assinados acordos e tratados internacionais, durante a reunião da Cúpula do Milênio, no 2000, em que estiveram presentes líderes de 191 países. Na ocasião, estes líderes assinaram um compromisso para diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo até o ano de 2015, por meio de oito iniciativas que foram chamadas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre as quais se destaca a redução da mortalidade materna.

De acordo com os dados do 5º relatório dos ODM, a taxa de mortalidade materna, no Brasil, assim como em outros países, teve uma redução menor do que a esperada. Ainda acordo com o relatório, em 2011, cerca de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais, enquanto a razão de mortalidade materna ficou em menos de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos (ODM, 2014).

Outro fator importante, destacado no relatório e que dificulta a redução da mortalidade materna no Brasil é o elevado número de partos cesáreos (53,9% dos nascimentos),

contrariando a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que o percentual desta cirurgia não ultrapasse a faixa entre 5% e 15% do total de partos (ODM, 2014).

No Brasil, a redução da mortalidade materna permanece como um desafio para os serviços de saúde. A alta taxa encontrada representa um grave problema de saúde pública, atingindo todas as regiões brasileiras. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em 2012 foram 1.583 óbitos maternos no País, destes, 193 foram na região Norte, 546 na região Nordeste, 529 na Sudeste, 183 na Sul e 132 óbitos na região Centro-oeste. Só no estado de Santa Catarina foram 32 óbitos maternos no mesmo período (DATASUS, 2014).

No entanto, apesar do aumento da porcentagem de cobertura do pré-natal, a qualidade da assistência ainda é discutida em algumas regiões do país. Em um estudo realizado por Peixoto et al. (2011), avaliou a assistência pré-natal recebida pelas gestantes na APS no município de Fortaleza/CE, os pesquisadores identificaram que as orientações realizadas à mulher foram pouco efetivas e que, em grande parte da assistência, nenhuma orientação ocorreu. Segundo dados desta pesquisa realizada com 310 gestantes, 178 (57,4%) não recebeu qualquer tipo de orientação relacionada ao parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido ou amamentação, mesmo realizando o acompanhamento com médico e enfermeiro. Além da falta de orientações sobre os aspectos já mencionados, a avaliação odontológica e o exame ginecológico também não foram abordados (PEIXOTO, et al., 2011).

De maneira semelhante, Rios e Vieira (2007) também apontam para a existência de falhas nas ações educativas durante a gravidez, principalmente pela limitação na comunicação entre os profissionais e as usuárias, o que compromete o entendimento e, assim, a qualidade e efetividade da assistência.

Desse modo, o enfermeiro tem uma atuação especial e importante na promoção e educação em saúde, contribuindo para a autonomia da mulher e dos seus familiares, tanto em relação ao processo de nascimento, na adoção de medidas de promoção de hábitos saudáveis, como na participação ativa em todo o processo gestacional (ZAMPIERI, 2009).

Nessa perspectiva, a utilização de tecnologias leves, juntamente com as estratégias educativas e a consulta de Enfermagem, são instrumentos que permitem ao enfermeiro estabelecer uma relação de confiança com a mulher. Ainda, possibilita realizar ações de promoção, proteção, apoio, educação, incentivo e assistência, de acordo com os objetivos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo os direitos humanos da mulher e reduzindo a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).



Assim, o uso de tecnologias de cuidado, em especial as tecnologias leves, são estratégias que possibilitam aproximar a relação entre o enfermeiro e a mulher. Por meio do acolhimento, do vínculo, da escuta qualificada, da responsabilização e do empoderamento da mulher para a autonomia e o auto-cuidado, torna-se possível contribuir para uma assistência pré-natal individualizada e integral, bem como operacionalizar a APS e contribuir para que o enfermeiro exerça de fato o seu papel no cotidiano do cuidado nos serviços de saúde (MERHY; ONOKO, 1997).

Para Merhy e Onoko (1997), o uso das tecnologias de cuidado torna possível a abertura para novas possibilidades de se trabalhar, permite investigar o processo de gestão do trabalho e, a partir disso, repensar os processos de trabalho nos serviços de saúde.

De acordo com Nietsche et al. (2012), as tecnologias no serviço de Enfermagem cooperam para o aperfeiçoamento da prática no cuidado, tanto em relação às atividades técnico-assistenciais, às burocrático-administrativas, como nas relações interpessoais existentes entre todas as pessoas envolvidas. Dessa forma, para os autores, a tecnologia pode ser compreendida como “mediadora da racionalidade e da subjetividade, da intuição, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade instrumentos para fortalecer e qualificar o cuidado de Enfermagem” (NIETSCHE et al., 2012, p. 183).

Assim, as tecnologias leves, quando utilizadas pela Enfermagem durante o acompanhamento gravídico-puerperal, se configuram em uma estratégia que permite o estabelecimento de uma relação de confiança, em que o usuário é parte dos processos de trabalho em saúde, da construção de sujeitos, da humanização do cuidado, da autonomia de todos os sujeitos e do acolhimento nos estabelecimentos de saúde (MERHY; ONOKO, 1997).

Vale destacar que a literatura vigente aponta diversos trabalhos que avaliam o pré-natal quanto à sua qualidade, eficiência e eficácia, mas as questões tecnológicas, especialmente as leves, são pouco discutidas. Por isso, espera-se colaborar com este estudo visando aproximar os profissionais à temática desenvolvida. Com base nos resultados encontrados acredita-se que o mesmo poderá contribuir para a qualificação da assistência pré-natal prestada pelos enfermeiros no município de Xaxim/SC.

Assim, o interesse pelo tema emergiu a partir da experiência profissional como técnica de Enfermagem, no qual foi possível observar a fragilidade e deficiência de informações fundamentais que muitas gestantes desconheciam no momento do parto e puerpério. Ainda, no decorrer da graduação em Enfermagem, em especial, a partir de contato com o Componente Curricular “O Cuidado no Processo de Viver Humano II”, no sétimo semestre, a

admiração pela área aumentou visto a importância e as possibilidades de uma atuação diferenciada do enfermeiro no cuidado relacionado às mulheres.

A fim de responder a questão norteadora, quais as ações realizadas pelo enfermeiro e como se dá o uso das tecnologias leves de cuidado no acompanhamento pré-natal, na atenção primária à saúde (APS) no município de Xaxim/SC, o objetivo desse estudo consistiu em identificar as ações realizadas pelo enfermeiro na assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, e identificar o uso de tecnologias leves de cuidado, nesse acompanhamento, no município de Xaxim/SC.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, serão abordados os seguintes temas: evolução das políticas públicas no âmbito da saúde da mulher, assistência pré-natal e a APS, tecnologias de cuidado na assistência pré-natal e a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal.

### 2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE DA MULHER

Historicamente, até a década de 50, a mulher era vista basicamente como mãe e dona de casa, e o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social. Nas décadas seguintes, os movimentos sociais e feministas começaram a exigir mudanças no cenário nacional, entre elas, a participação e a valorização da figura da mulher.

Assim, impulsionado desde 1980 pelas lutas dos movimentos sociais, o Estado teve que assumir um compromisso crescente objetivando desenvolver uma série de políticas no âmbito da saúde da mulher. Pensando nisso e considerando as elevadas taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil, no qual a predominância dos óbitos era decorrente de causas evitáveis, em 1974 foi formulado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Saúde da Mulher. Tal programa tinha como objetivo contribuir para a redução da morbimortalidade do grupo materno, por meio de atividades como consultas médicas, atendimento de Enfermagem, consulta odontológica, visita domiciliar e imunização (BRASIL, 1975). Em 1984, considerando que o cuidado à saúde da mulher, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal, o MS lançou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi marco desse conquista, onde considerava uma assistência além dos aspectos reprodutivos, por meio de uma proposta de atendimento integral e da autonomia da mulher (BRASIL, 1984).

Já em 2000, para aprimorar o PAISM, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este buscava ampliar as ações já adotadas pelo MS em relação à assistência direcionada às gestantes, por meio do incentivo à assistência pré-natal, do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), da organização, da regulação, de investimento na assistência obstétrica e neonatal, além do pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2000).

Quatro anos mais tarde, em 2004, foi instituída pelo MS, a Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), visando à assistência as mulheres durante todo o ciclo vital, considerando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais que constituem o universo feminino brasileiro, entre elas (BRASIL, 2004).

A Portaria de número 1.067, de 4 de julho de 2005, lançou a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), com o intuito de desenvolver ações de prevenção e assistência à saúde de gestantes, parturientes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS, além de incrementar várias questões já levantadas pelo PHPN (BRASIL, 2005a).

No contexto atual, foi lançada a Portaria de número 1459 que instituiu uma proposta de reorganização da assistência, a Rede Cegonha. Trata-se de um pacote de ações que visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, buscando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e o atendimento à criança até os dois anos de vida, garantindo o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável, além de organizar uma rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha é organizada a partir de quatro componentes, sendo eles: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Por meio do componente pré-natal, planeja-se uma série de ações de atenção à saúde, tais como: captação precoce das gestantes, acolhimento e acesso, exames, vinculação ao local de parto, parto e nascimento, tendo em vista disponibilizar leitos, melhorar a ambiência, garantir o acompanhante, dispor de acolhimento com classificação de risco, entre outros; puerpério e atenção integral à saúde da criança, por meio do incentivo ao aleitamento materno e alimentação, garantia de acompanhamento na rede básica, visita domiciliar, busca ativa, prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), métodos contraceptivos, além do sistema logístico, o qual visa garantir a assistência e o transporte seguro, por meio do transporte SAMU Cegonha, “Vaga Sempre”- local do parto, regulação de leitos obstétricos e neonatais (BRASIL, 2011a).

Com as políticas de atenção à mulher implementadas no Brasil nos últimos anos, ocorreu uma redução importante da mortalidade materno-infantil, porém, muitas mortes ainda

ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Observa-se que a cobertura do acompanhamento pré-natal tem aumentado, mas por outro lado mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, ambos problemas que podem ser detectados e preveníveis com a realização adequada do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012a).

Em face dessa realidade, acredita-se na necessidade de avaliar de forma mais atenta os aspectos recomendados pelo MS que, por algum motivo, não correspondem ao esperado, considerando a realidade de cada região do País, além de voltar à atenção para a formação dos profissionais de saúde e da educação permanente dos mesmos.

## 2.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde o momento em que existe uma suspeita de uma possível gravidez, muitas mudanças costumam ocorrer na vida da mulher e da sua família. Com o início da gestação a mulher sofre profundas alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas, que continuam no decorrer de toda a gravidez, exigindo uma série de adaptações, tanto do próprio organismo como dos hábitos de vida (ZIEGEL, 2011).

A gravidez provoca inúmeras alterações fisiológicas no organismo, ocasionadas principalmente pelas alterações hormonais e mecânicas necessárias para o desenvolvimento da gestação, ocorrendo em nível sistêmico e nos órgãos sexuais (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

Muitas destas alterações costumam causar sintomas desagradáveis e desconfortos como a náusea, vômito, pirose, edema, entre outros, o que leva a mulher a modificar seu estilo de vida, bem como sua rotina diária (ZIEGEL, 2011).

É importante salientar que as alterações emocionais e psicológicas que acompanham a mulher durante o período gravídico-puerperal, provocam sentimentos de alegria, incerteza, medo, dúvida e insegurança, e estas podem, ainda, serem exacerbadas durante esse momento da vida (REZENDE; MONTENEGRO, 2008; ZIEGEL, 2011). Da mesma forma, as relações familiares e as condições financeiras e econômicas da família, são aspectos que interferem diretamente na adaptação e na aceitação da gestação, bem como no desenvolvimento saudável da gravidez (ZIEGEL, 2011). Dessa forma, “inteirar-se dos conflitos emocionais, [...], ouvir,

explicar, aconselhar e apoiar” é papel fundamental dos profissionais da área da saúde. (REZENDE; MONTENEGRO, 2008, p.138).

Assim, é importante ressaltar que o contexto de cada gestação tem papel:

determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2005b, p. 13).

Para Ziegel (2011), a gestação acarreta mudanças que requerem uma adaptação de toda a família, uma vez que desencadeia alterações na dinâmica familiar, aumenta as relações familiares, leva ao realinhamento das funções e da estrutura social, além de trazer modificações no modo como o tempo é gasto, na relação do próprio casal e no aumento das despesas financeiras.

Ao mesmo tempo em que a gravidez se configura um momento especial e único na vida da mulher e da família, torna-se um momento de maior vulnerabilidade e, sendo assim, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde a serem realizadas por profissionais de serviços da APS (BRASIL, 2011b, p. 9).

Além disso, as condições da gravidez, do parto e do puerpério, bem como as condições de saúde materno-fetal, são influenciadas pelas políticas sociais e pela organização da atenção à saúde, da mesma forma que suas circunstâncias sociais próprias afetam a adesão à assistência pré-natal e às orientações realizadas (MURRAY et al., 2008). Dessa forma, de acordo com mesmo autor, a assistência real e efetiva deve considerar as condições da mulher, costumes culturais ou familiares, questões econômicas e o acesso aos serviços de saúde.

Para Tedesco (1999), a assistência pré-natal é o ponto alto do atendimento obstétrico e um dos principais responsáveis por contribuir com a redução dos níveis de mortalidade materna e perinatal no Brasil, quando realizado inadequadamente. Segundo o mesmo autor, “deve-se dispensar a ele todos os cuidados e conhecimentos técnicos e científicos disponíveis, pois de nada adiantaria ser o pré-natal realizado à perfeição se não se conduzi-lo adequadamente” (TEDESCO, 1999, p.2).

Nesse contexto a APS, considerada o centro do cuidado, de acordo com a reorganização dos serviços de saúde, tem papel fundamental, visto que se trata do:

nível de sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção para a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções, que combinadas, as exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde;

responsabilidade pelo acesso; qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e a reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p. 28).

A APS trata-se de um espaço privilegiado, que permite identificar as reais necessidades da população e, assim garantir o planejamento de uma assistência efetiva. Outro ponto importante refere-se à relação entre os profissionais e os usuários, baseada na horizontalidade e no diálogo aberto e sincero, bem como na integralidade e humanização da assistência (ACIOLI et al., 2013).

Desta maneira, de acordo com os princípios básicos de integralidade do cuidado, coordenação das diversas necessidades de saúde, continuidade da atenção, facilidade no acesso, equidade, qualidade e efetividade da APS é que se evidencia a importância do papel do profissional de saúde ser treinado e organizado no contexto da atenção obstétrica para atender e garantir a assistência à gestante visto este momento ser especial para a formação e fortalecimento de vínculos entre a equipe e a família (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, o papel da APS, consiste em orientar e capacitar a mulher em todo o ciclo de vida, bem como na criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos seus direitos, oferecendo ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde e, ainda, realizar o atendimento a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade feminina por causas evitáveis (BRASIL, 2004).

Por isso, cabe aos serviços e profissionais de saúde acolher a mulher, a família e o recém-nascido com dignidade, enfocando-os como sujeitos de direitos, oferecendo atenção humanizada e de qualidade, além de proporcionar condições de integralidade e que integrem todos os níveis da atenção desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar para o alto risco (BRASIL, 2005b).

Por meio da assistência pré-natal, os profissionais de saúde, principalmente o médico e o enfermeiro, realizam consultas e visitas programadas à gestante com o objetivo de acompanhar a gestação e, assim, prepará-la adequadamente para o parto e puerpério, acompanhando, orientando, sensibilizando e rastreando possíveis situações de risco, além de tratar intercorrências que possam interferir no bem estar do bebê, da gestante e de sua família (LENZ et al., 2012).

De acordo com as recomendações do MS, o adequado acompanhamento pré-natal deve garantir o atendimento programado, de acordo com o período gestacional, uma vez que este determina o risco materno e perinatal, iniciando precocemente, preferencialmente ainda no primeiro trimestre. Quanto ao número de consultas, recomenda-se que sejam realizadas no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, sendo estas

mensais até a 28ª semana da gestação, quinzenais da 28ª até a 36ª semana, e semanais a partir da 36ª semana. O acompanhamento pré-natal também deve incluir a realização de exames laboratoriais de acordo com a idade gestacional, dentre eles a tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto (se a gestante for Rh negativo), glicemia em jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido para o diagnóstico anti-HIV, anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), urocultura e urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU), hemograma, além da solicitação de uma ultrassonografia obstétrica, do citopatológico de colo de útero (se for necessário), do exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) e parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) (BRASIL, 2012a).

Para garantir a qualidade e a efetividade desse acompanhamento, o MS considera dez passos:

- Iniciar o pré-natal na APS até a 12ª semana de gestação (captação precoce);
- Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
- Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes";
- Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;
- É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)";
- Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
- Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto";
- Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação);
- As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012a, p. 38).

Sendo o contexto de cada gestação determinante para o seu desenvolvimento e que, a atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, é importante ressaltar que o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção dos profissionais da saúde são aspectos básicos e fundamentais para criação de vínculos entre a mulher e o profissional (BRASIL, 2005b).

O acompanhamento da mulher no período gravídico-puerperal, na Atenção Básica (AB), deve ser multiprofissional, sendo que os profissionais médico e enfermeiro são os principais responsáveis pela avaliação e monitoramento em todo o período, bem como pela realização da consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada (BRASIL, 2012b).

Para Araújo e Okasaki (2007), além dos equipamentos e instrumentos necessários para a realização das consultas e exames, é importante a capacitação adequada de todas as pessoas



que atendem a mulher no seu percurso pela unidade de saúde, a fim de oferecer um pré-natal de qualidade.

Para Duarte e Mamede (2013, p.119), a assistência pré-natal efetiva deve incluir um conjunto de ações que visem a “promoção da saúde, por meio da educação em saúde, do acolhimento, do vínculo de confiança, entre outras tecnologias de forma a desenvolver a autonomia da mulher para o seu auto-cuidado”.

Em relação às ações fundamentais a serem abordadas durante o acompanhamento pré-natal, cabe aos profissionais envolvidos:

aconselhar o casal durante o período pré-concepcional; diagnosticar a gestação; procurar estabelecer vínculos, escutar, orientar e esclarecer dúvidas; orientar uma alimentação saudável e controlar o ganho de peso; atentar para o uso de medicamentos e drogas na gestação; realizar exame físico; solicitar e avaliar exames complementares; prescrever suplementação e orientar vacinação; diagnosticar e manejar intercorrências clínicas mais frequentes; encaminhar a gestante para atendimento odontológico; orientar recursos sociais e de apoio à gestante; identificar fatores de risco e referenciar ao pré-natal de alto-risco, quando necessário; conhecer os diferentes recursos disponíveis de atenção à gestante; realizar uma abordagem familiar adequada; realizar atividades de educação e saúde e visitas domiciliares; realizar abordagem adequada das situações que envolvem abortamento e prover cuidados de puerpério (LENZ; FLORES, 2011, p. 16).

No entanto, grande parte das consultas de pré-natal é realizada de forma rotineira e tecnicista, no qual são priorizados os protocolos institucionais, dificultando o diálogo aberto, o compartilhamento de conhecimento e informações e a criação de vínculos (ZAMPIERI, 2009).

Para Fescina et al. (2010, p.32), “ainda que as evidências sejam favoráveis, diversos fatores têm contribuído ao desprestígio do controle pré-natal. Isto se deve aos padrões mínimos de qualidade não observados, existindo uma pobre interação entre a usuária, sua família e os profissionais da saúde”.

Sendo assim, é importante ressaltar que o uso de novas tecnologias de cuidado no acompanhamento com as gestantes durante o pré-natal, parto e puerpério, além de garantir os direitos da mulher, possibilita que o papel do enfermeiro na APS seja realizado de acordo com os princípios da profissão, de forma a contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

### 2.3 TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

No contexto atual, mesmo com as discussões sobre a qualidade dos serviços de saúde e a criação de políticas a fim de melhorar a assistência e o acesso aos serviços, infelizmente o

atendimento e a assistência prestada nos estabelecimentos de saúde ainda apresenta dificuldades. De acordo com Franco e Merhy (s/d), ainda nos dias de hoje, os serviços de saúde atuam centrados, muitas vezes, apenas nos objetivos institucionais do estabelecimento, sendo estes determinados:

por um lado, pelas questões relacionadas à macro estrutura sociais, da divisão técnica e social do trabalho, de ordem mercadológica e das políticas de saúde. Por outro lado, são determinantes do modelo de atenção à saúde, a forma como os trabalhadores operam os serviços, o modo de fazer a assistência, as relações que estabelecem e os processos decisórios implícitos no processo de trabalho cotidiano (FRANCO; MERHY, s/d, p.2).

Nesse contexto, a atuação dos profissionais de saúde se dá de maneira fragmentada e incompleta. Para Merhy e Onoko (1997), é importante modificar a forma de atuação dos profissionais, e assim:

superar a visão simplista de que há um despreparo das equipes de saúde para trabalhar com a informação, pois esta só é vista sob a ótica restrita da lógica da montagem dos sistemas de informações em saúde, no qual o conjunto dos problemas tem sido: como montar indicadores, como coletá-los, como processá-los e como devolvê-los aos dirigentes. Pois, no dia a dia, o conjunto dos diferentes profissionais na área de saúde, seja nos serviços públicos ou privados, hospitalares ou não, operam constantemente com a produção de dados e informações, dentro de suas lógicas “particulares” de exercerem seus autogovernos, e sem serem coletiva e publicamente interrogados sobre o sentido deste modo de operar, e em torno de uma busca de processos mais públicos e compromissados com o usuário final das ações de saúde (MERHY; ONOKO, 1997, p. 44).

Dessa maneira, a utilização de tecnologias no serviço de Enfermagem, como afirma Nietzsche et al. (2012, p.183), contribui para otimizar a prática no cuidado, “tanto em atividades técnico-assistenciais e burocrático-administrativas, como nas relações interpessoais estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos”.

Para Merhy e Onoko (1997), o uso das tecnologias torna possível a abertura para novas alternativas de se trabalhar, assim como permite investigar o processo de gestão do trabalho e, a partir disso, repensar os processos de trabalho nos serviços de saúde.

De acordo com Oliveira et al. (2012), a tecnologia na área de saúde deve abranger as diferentes dimensões que incluem o saber técnico-científico e os processos de trabalho, além dos equipamentos. Ainda de acordo com o autor, para que se possa combinar as tecnologias de uma maneira sistemática, adequada e exequível no núcleo tecnológico do cuidado:

faz-se necessário melhorar a compreensão das diferentes realidades de saúde, da gravidade dos problemas que afetam a saúde e suas relações de interdependência com a economia, o contexto social e o meio ambiente. [...] repensar o modo de produzir saúde dentro das organizações que esteja centrado no cuidado humano e nos resultados a serem obtidos junto aos usuários nas resoluções dos problemas e, também, na melhoria do fluxo de trabalho, desempenho e satisfação profissional (OLIVEIRA et al., 2012, p.2).

Desta forma, segundo Merhy e Onoko (1997, p. 41) as tecnologias podem ser classificadas em três categorias:

- “*tecnologia do tipo leve*”: refere-se à relação entre o trabalhador e o usuário (tecnologias do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho, o acolhimento, a escuta, a consulta de Enfermagem, etc.);

- “*tecnologia do tipo levedura*”: relacionada aos saberes estruturados (operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e

- “*tecnologia do tipo dura*”: são os equipamentos e/ou instrumentos (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

A utilização das tecnologias leves supõe a existência de um objeto de “trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico”, que requer dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, uma capacidade diferenciada, um olhar holístico e a compreensão dessa dinamicidade e pluralidade, que instiga os sujeitos “à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível” (ROSSI; LIMA, 2005, p.306).

Nesse contexto, as tecnologias de cuidado durante o pré-natal podem ser entendidas como “aquelas atitudes que permitem à mulher viver o seu processo de forma natural, sem a invasão de fatores estressantes ou pensamentos racionais ou sentimentos ruins”, na qual a mulher consegue entender e participar ativamente de todas as modificações do seu corpo e o profissional apenas auxilia durante esse processo (MACEDO et al., 2008, p.343).

No entanto, o uso de uma tecnologia não necessariamente garante a efetividade do cuidado. De acordo com Martins e Dal Sasso (2008, p.12):

o que determina se uma tecnologia desumaniza ou despersonaliza ou objetifica o cuidado de Enfermagem não é a tecnologia por si só, mas principalmente como as tecnologias operam nos contextos das pessoas; quais são os significados a elas atribuídos; como um indivíduo ou um grupo cultural define o que é humano; e o que o potencial da técnica enfatiza, a ordem racional ou a eficiência.

Para Pereira et al. (2012), a prática do enfermeiro é essencialmente influenciada pelas tecnologias, sejam elas as duras, em seguida pelas leve-duras, enquanto que as tecnologias leves ainda são pouco valorizadas e realizadas pelos enfermeiros para o cuidado.

Cabe observar que o cuidado de Enfermagem, assim como afirma Schwonke et al. (2011, p. 191) “está intimamente interligado à tecnologia, tendo em vista que os profissionais

da Enfermagem estão comprometidos com princípios, leis e teorias e a tecnologia representa esse conhecimento científico e sua própria transformação”.

Assim, as tecnologias, em especial as leves, durante a assistência de Enfermagem, permitem fortalecer e qualificar o cuidado, além de permitir a tomada de decisão mediante o raciocínio clínico, levando em consideração a individualização da pessoa e, dessa forma, proporcionando um cuidado mais eficaz e seguro (PEREIRA et al., 2012).

Logo, o uso das tecnologias leves na assistência pré-natal se configura em estratégia que pode contribuir para a qualidade da assistência, considerando a integralidade e a individualidade da mulher e de sua família, possibilitando a atuação diferenciada do enfermeiro.

#### 2.4 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A gravidez é um período de transição que provoca mudanças no papel social, reajustamentos pessoais e variadas adaptações físicas e emocionais. Prestar assistência de Enfermagem à mulher, ao casal e a família durante esse momento especial, visa atender às necessidades destes de forma individualizada e humanizada, estabelecendo um relacionamento interpessoal de confiança e respeito mútuos (ESPÍRITO-SANTO; BERNI; CÓRDOVA, 2011).

Ainda de acordo com o autor, é de responsabilidade do enfermeiro:

atuar na assistência, no ensino, a pesquisa e na administração, dando ênfase à promoção da saúde da mulher e da criança no seu contexto social e familiar, além da prevenção de doenças incidentes no ciclo gravídico-puerperal e de atuar como multiplicador (ESPÍRITO-SANTO; BERNI; CÓRDOVA, 2011, p. 262).

De acordo com a Lei de número 7.498, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem, é de competência do enfermeiro, como membro da equipe de saúde, prestar assistência à gestante, à parturiente e à puérpera, além de acompanhar a evolução do parto e a execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia<sup>1</sup>. Sobre os profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades já mencionadas, estes tem como competência a prestação de assistência a parturiente e ao parto normal, identificando possíveis distocias

---

<sup>1</sup> Complicação que pode ocorrer durante o trabalho de parto e que pode acarretar riscos à vida da mulher e do bebê.

obstétricas e a tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia<sup>2</sup> e episiorrafia<sup>3</sup> com aplicação de anestesia local, quando necessária [...] (BRASIL, 1986; 1987).

A Resolução de número 223, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de 3 de dezembro de 1999, que estabelece sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, além das competências anteriores, define como competência do Enfermeiro Obstetra, Obstetrix, Especialistas em Enfermagem Obstétrica, a assistência a saúde da mulher e a emissão do laudo de Enfermagem para autorização de internação hospitalar, além do acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta hospitalar [...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999).

Cabe ressaltar, ainda, que a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal, regulamentada pelo Decreto de número 94.406 de 1987, estabelece como privativo do enfermeiro a consulta de Enfermagem, o que inclui o acompanhamento do pré-natal de baixo risco, podendo este solicitar exames de rotina e complementares, assim como prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e aprovados pela instituição de saúde.

Além disso, a Portaria de número 163 do MS regulamenta a realização do parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra, afirmando que a enfermeira obstétrica desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para a assistência à gestação e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Dessa forma, a consulta de Enfermagem no pré-natal busca prestar assistência progressiva e integral as gestantes sadias por meio da identificação e do atendimento das necessidades básicas da mulher e sua família, incentivando o autocuidado e a promoção de um parto e puerpério sem intercorrências (ARAÚJO, 2012).

De acordo com o MS, o enfermeiro, assim como os demais membros da equipe de AB:

deve realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo, bem como a realização de busca ativa e a notificação de doenças e agravos, quando estes se fizerem necessários (BRASIL, 2012a, p. 45).

---

<sup>2</sup> Ampliação cirúrgica do canal do parto mediante uma incisão perineal realizada durante a fase final ° período do parto, para facilitar a passagem do bebê.

<sup>3</sup> Sutura da incisão efetuada na região do períneo.

A consulta de Enfermagem, além de cuidar do binômio mãe-filho, de propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, visa promover o preparo físico e psicológico para o parto e nascimento. Dessa forma, é importante que a mulher e sua família planejem o parto e o pós-parto por meio de um plano de parto, mediante suas preferências pessoais (ESPÍRITO-SANTO; BERNI; CÓRDOVA, 2011).

Segundo o MS, durante a consulta de Enfermagem, além da competência técnica:

o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL, 2012a, p. 49).

Ainda, no decorrer da consulta de Enfermagem, cabe ao enfermeiro conhecer a história clínica (identificação completa, dados socioeconômicos, antecedentes familiares e pessoais, antecedentes ginecológicos e obstétricos e dados referentes à gestação atual), e realizar o exame físico da mulher (geral e específico e/ou gineco-obstétrico), contribuir para auxiliar na avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação, realizar o cálculo da idade gestacional (IG), medida da altura uterina, palpação obstétrica, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), verificação da presença de edema e solicitação de exames, e prescrição de medicamentos estabelecidos nos protocolos municipais (GOMES, 2010).

No que se refere às atribuições do enfermeiro, é importante destacar ainda, o planejamento das atividades, a avaliação das ações desenvolvidas pela equipe, a promoção da mobilização e a participação da comunidade, bem como nas atividades de educação permanente. Quanto à assistência pré-natal, é de responsabilidade do enfermeiro a orientação das mulheres e sua família sobre o pré-natal, a amamentação e a vacinação; o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecimento do Cartão da Gestante; realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a); solicitar os exames complementares de acordo com o protocolo de pré-natal do município; realizar os testes rápidos; realizar prescrição de medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST); orientar para a vacinação, de acordo com a situação vacinal da mulher (contra tétano e hepatite B); classificar a gestante de acordo o grau de risco a cada consulta; e realizar os devidos encaminhamentos, quando necessário; realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; realizar atividades educativas, individuais e em grupos; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal; acompanhar o

processo de aleitamento, além de orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012a).

A visita domiciliária à mulher grávida é outro instrumento de intervenção que pode ser utilizado para conhecer as condições de vida e saúde da família, o qual possibilita identificar suas características sociais e epidemiológicas, seus problemas de saúde e suscetibilidade aos agravos de saúde e, dessa forma, reconhecer os recursos que a família dispõe (FELICIANO; PRADEBON; LIMA, 2013).

Outras estratégias utilizadas no pré-natal são as ações educativas, no qual possibilitam trabalhar com a promoção da saúde e a prevenção de problemas, sejam elas ações individuais e/ou coletivas. A adoção dessas atividades torna possível que gestantes e familiares compartilhem diferentes vivências, constituindo-se como uma das melhores formas de promover a compreensão das características e das mudanças provocadas durante a gestação (ESPÍRITO-SANTO; BERNI; CÓRDOVA, 2011).

A estruturação das atividades educativas varia de acordo com as características e as necessidades da população e do contexto social que se está inserido, bem como das condições oferecidas pelo serviço, sendo possível realizar atividades em grupo de gestantes, curso de preparo para o parto, sala de espera, visita domiciliar ou mesmo em uma única vez, para uma grande quantidade de pessoas (ESPÍRITO-SANTO; BERNI; CÓRDOVA, 2011; ARAÚJO, 2012).

Outra forma de trabalhar a educação em saúde é utilizar as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo, no qual o profissional de saúde atua como facilitador, seja em espaços formais e não formais (BRASIL, 2012a).

Para Espírito-Santo, Berni e Córdova (2011) a sistematização da assistência, por meio do processo de Enfermagem, desde a primeira consulta de pré-natal, possibilita realizar o planejamento das ações e condutas da Enfermagem de acordo com as necessidades atuais e as que poderão surgir com a evolução da gravidez. Com isso, o enfermeiro conseguirá realizar os encaminhamentos que julgar necessários e adaptar as intervenções de acordo com os possíveis problemas que porventura possam surgir.

Uma pesquisa realizada por Araujo e Okasaki (2007) sobre a prática profissional da Enfermagem na consulta pré-natal, identificou que a consulta de Enfermagem proporciona orientação de forma apropriada e condizente com as necessidades específicas das mulheres, bem como um melhor monitoramento do bem-estar materno, do desenvolvimento fetal e da detecção precoce de anormalidades. O estudo concluiu, ainda, que a consulta de Enfermagem,

além de ser eficiente para a mulher, traz grandes benefícios para a população em geral e para as instituições de saúde, visto que as gestantes de baixo risco podem ser atendidas por enfermeiras.

Em outro estudo realizado por Barbosa, Gomes e Dias (2011), no município de Montes Claros/MG, buscando analisar a satisfação das gestantes sobre a consulta de Enfermagem pré-natal realizada em uma USF, identificou-se que enfermeiro apresenta-se como elemento ativo da equipe de saúde e que por meio da assistência prestada exerce um papel educativo e contribui positivamente para a ocorrência de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes das gestantes, dos familiares e da comunidade. Além disso, constatou-se que a satisfação das usuárias deu-se principalmente devido à escuta e ao vínculo estabelecido, à busca pela resolutividade dos problemas, à responsabilidade e confiança no enfermeiro.

Dessa maneira, acredita-se, assim como Feliciano, Pradebon e Lima (2013, p. 266) que é possível “ser-saber-fazer Enfermagem de um modo diverso do tradicional, ou seja, centrado nas necessidades dos usuários e não nas das equipes de saúde”. A assistência integral e individualizada, realizada pelo enfermeiro por meio da consulta de Enfermagem, das ações educativas e pelo uso de tecnologias de cuidado durante o pré-natal permitem, além da qualidade e satisfação das mulheres, o aperfeiçoamento e reconhecimento do profissional.



### **3 METODOLOGIA**

A seguir, será apresentada a metodologia utilizada no estudo, incluindo informações sobre o tipo de estudo, o local do estudo, os sujeitos do estudo, a coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório.

Optou-se pelo delineamento qualitativo, pois este permite que o pesquisador compreenda o problema no seu próprio contexto, não havendo a criação de situações que possam mascarar a realidade ou levar a interpretações errôneas (POLIT, 2004).

Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de certa população, estabelecendo possíveis relações entre as variáveis. O estudo exploratório, por sua vez, objetiva oportunizar uma maior aproximação com o problema estudado, possibilitando assim, explicitar ou construir hipóteses acerca do mesmo (GIL, 2010).

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no âmbito da APS de Xaxim/SC, localizado na região oeste do estado de Santa Catarina. O município tem uma população de 25.713 mil habitantes, sendo 12.937 mil mulheres (IBGE, 2010), sendo que destas, 8.330 estavam em idade fértil (DATASUS, 2014).

Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com 12 estabelecimentos, sendo eles: um Centro de Especialidades, uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e oito Unidades de Saúde da Família (USF) (CNES, 2014).

De acordo com os indicadores divulgados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) sobre a cobertura de consultas de pré-natal, o município atingiu 93% de cobertura no ano de 2010 (SIAB, 2010).

Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) de SC, no ano de 2013 foram registrados no município 357 nascimentos. Sobre o número de consultas de pré-natal realizadas 0,28% não realizou nenhuma consulta, 1,96% mulheres realizou entre

uma e três consultas, 49,01% realizou de quatro a seis consultas, e 48,73% realizou sete ou mais consultas durante a gestação (SINASC, 2014).

Em relação ao tipo de nascimento, 83,47% foram via cesárea, enquanto apenas 16,52% das mulheres tiveram parto vaginal (SINASC, 2014). Em relação à mortalidade, de acordo com SIM, referente aos Indicadores de Mortalidade Perinatal de Santa Catarina, o município apresentou uma taxa de 16,57% de morte perinatal em 2013 (DATASUS, 2014). Já em 2014, entre os meses de janeiro a junho foram registrados 135 nascidos vivos, dos quais 85,92% foram decorrentes de cesárea e 14,07% foram por parto vaginal. Em relação à consulta de pré-natal, 2,22% não realizou nenhuma consulta, 1,48% fez entre uma e três consultas, 41,48% entre quatro a seis, e 54,81% das gestantes realizaram sete ou mais consultas (DATASUS, 2014).

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram participantes do estudo oito enfermeiras atuantes na APS do município que realizam a assistência pré-natal. Utilizaram-se como critérios de inclusão no estudo os enfermeiros que realizavam assistência pré-natal nos estabelecimentos de saúde do município. Foram critérios de exclusão os enfermeiros que estivessem gozando de férias, licença ou que estavam afastados das suas atividades laborais por algum outro motivo não mencionado.

Inicialmente, foi estimada a participação de nove enfermeiros, em função de o município contar com um profissional para cada estabelecimento, sendo que um foi excluído por não aceitar participar da pesquisa.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2014, após contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Xaxim-SC para autorização do estudo, sendo realizado contato prévio com a coordenação de Enfermagem, a fim de organizar um cronograma para as entrevistas. Em seguida foi estabelecido um contato por meio eletrônico com os possíveis sujeitos do estudo para identificar o interesse em participar da pesquisa e, logo após, foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada enfermeiro.

Os dados do estudo foram coletados por meio da realização de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). A entrevista trata-se de uma técnica que possibilita o

“encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”, sendo realizada “face a face, de maneira metódica”, assegurando ao pesquisador a coleta das informações necessárias (LAKATOS, 2003, p.195).

De acordo com Triviños (1987, p. 146) entende-se a entrevista semi-estruturada como:

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Ainda de acordo com Triviños (1987), o uso dessa estratégia para coleta de dados valoriza a presença do investigador, permitindo que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Para Flick (2004,) o uso da entrevista semiestruturada serve com um guia que aumenta a comparabilidade dos dados. Nela, o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido, com perguntas predeterminadas, o que evita alterar a ordem dos tópicos ou fazer outras perguntas que não estejam relacionadas ao interesse da pesquisa (LAKATOS, 2003).

As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos e foram realizadas nas unidades de saúde, especificamente, no consultório de Enfermagem, lugar reservado e tranquilo, a fim de garantir a privacidade das entrevistas e a não interferência de outrem durante a entrevista, em data e horário definido pelos sujeitos do estudo. Todas as entrevistas foram registradas com um gravador digital do tipo MP3 player, e transcritas pela pesquisadora do estudo. As transcrições foram digitalizadas no programa Microsoft Office Word versão 2010. Ressalta-se que todas as transcrições foram revisadas detalhadamente pela pesquisadora e serão guardadas por cinco anos, sendo destruídas após este período.

Outra ferramenta utilizada para a coleta de dados foi o diário de campo, onde foram anotadas informações importantes e/ou acontecimentos úteis à pesquisa. Para Flick (2004), este se trata de uma alternativa que permite registrar as ações e interações entre os participantes, bem como as impressões do pesquisador.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do presente estudo foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009). De acordo com o autor, esta análise se trata de um conjunto de técnicas

utilizadas com o propósito de atingir por meio da “descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam à inferência de conhecimentos relativos” a circunstância estudada (BARDIN, 2009).

Dessa forma, os dados do presente estudo foram analisados conforme referencial de análise de conteúdo do tipo temática proposto por Bardin (2009). Este modelo de análise compreende três etapas, sendo as mesmas apresentadas conforme segue:

- pré-análise: fase em se realiza a organização do material coletado, para selecionar o que será analisado. Foi realizada leitura flutuante e escolha dos documentos a serem analisados, respeitando questões como a exaustividade, homogeneidade e pertinência dos dados. Posteriormente realizou-se a referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores, e finalmente, a preparação do material.

- exploração do material: consiste em operações de codificação, em virtude de regras previamente formuladas. A organização da codificação compreende o recorte (unidades de registro), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias).

- tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: permite classificar as informações obtidas. É a etapa em que se realizam as inferências e interpretações, relacionando-as mutuamente com a questão teórica do estudo.

A etapa de pré-análise constitui-se da transcrição integral das entrevistas, leitura da transcrição das oito entrevistas realizadas e organização dos dados em unidades de registro.

A etapa de exploração do material resultou na formação das categorias intermediárias e, a partir da composição das categorias com as suas devidas unidades de registro, partiu-se para a formação dos temas e seus respectivos subtemas.

Finalmente, seguiu-se para a última etapa preconizada por Bardin referente à interpretação dos dados.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dispositivos legais da Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados nessa pesquisa. A proposta do estudo foi apresentada e detalhada individualmente aos enfermeiros, que, ao optarem pela participação, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, sendo que uma das vias ficou com o participante e a outra com a pesquisadora. Também foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e

Gravação (APÊNDICE C) e a autora comprometeu-se a manter a confidencialidade das informações contidas no diário de campo, assim como, o anonimato das entrevistas (APÊNDICE D). A fim de não permitir a identificação dos sujeitos entrevistados, os mesmos foram nomeados com a letra E de entrevistado e números que contemplaram o total das entrevistas, exemplo: E1, E2, e assim por diante.

A Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas foi assinada pela responsável da instituição co-participante (ANEXO A).

Durante todo o processo de pesquisa foi observada e respeitada a resolução supracitada, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes e do pesquisador, à comunidade científica e ao estado, para assim atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. Dentre outros tópicos, foi dada atenção especial aos itens listados:

- submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa;
- obtenção do TCLE do participante da pesquisa;
- previsão de procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa;
- respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, bem como os hábitos e costumes dos participantes.

Os sujeitos do estudo receberam todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, a justificativa, os procedimentos que seriam utilizados para a coleta de dados. Além disso, foram informados que a participação era de forma voluntária, da liberdade em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarretasse prejuízos aos participantes. A garantia de confidencialidade foi reforçada, visando à privacidade dos sujeitos envolvidos, e feito o esclarecimento sobre a ausência de custos.

Apresentou-se também os riscos e desconfortos que poderiam ser gerados com a pesquisa, como o constrangimento e de que todos os participantes poderiam se negar a responder qualquer pergunta que lhes deixassem desconfortáveis, bem como os benefícios da participação no estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS sob número CAAE 33713914.0.0000.5564 (ANEXO B).

Todos os documentos gerados no estudo ficarão sob a responsabilidade da professora orientadora, Joice Moreira Schmalfluss, armazenados em seu armário pessoal, localizado na UFFS, durante um período de cinco anos, sendo destruídos após este período.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir, será apresentada a caracterização dos sujeitos do estudo, incluindo informações sobre o sexo, faixa etária, ano de formação, tipo de instituição de ensino, especializações cursadas e tempo de atuação no município.

Na realização do estudo foi possível observar que município de Xaxim-SC, 100% dos enfermeiros que atuam na APS são do sexo feminino. Esse fato corrobora com o observado no estudo realizado por Prates e Schmalfluss (2014) com o objetivo de descrever as características dos grupos de pesquisa em Enfermagem na área da saúde da mulher. Segundo os autores, o predomínio feminino na Enfermagem, pode estar relacionado ao processo histórico de feminização da profissão, visto que por muito tempo esta foi praticamente exercida pelas mulheres.

Quanto à faixa etária das entrevistadas observou-se que estas idades variam entre 27 e 35 anos. Em relação ao ano de conclusão do curso superior em Enfermagem, identificou-se que a formação profissional ocorreu entre os anos de 2006 e 2009. Das participantes, três concluíram a graduação em 2006, duas em 2007, uma em 2008 e duas em 2009.

Quanto à instituição de ensino, identificou-se que quatro das enfermeiras entrevistadas cursou a graduação em uma Universidade Estadual, três em Universidades Comunitárias e uma em uma Universidade privada.

Em relação à especialização relacionada a saúde da mulher, observou-se que das oito participantes, uma das enfermeiras cursou especialização em Saúde Coletiva e cinco em Saúde da Família.

No que concerne ao tempo de atuação na atenção primária no município de Xaxim, o tempo variou entre oito anos a oito meses, sendo que, uma atua há 8 meses, uma há 3 anos e as demais atuavam a mais de 4 anos como enfermeiras.

Ainda, observou-se que todas as enfermeiras entrevistadas são coordenadoras das unidades de saúde e trabalham 40 horas semanais. Salienta-se que desde o início deste ano os enfermeiros estão na mesma unidade.

A análise dos dados coletados resultou em três temas, sendo estes denominados: (re)conhecendo o pré-natal, o enfermeiro na assistência pré-natal e tecnologias de cuidado no contexto do pré-natal.

#### 4.1 (RE) CONHECENDO O PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal é uma importante conquista no âmbito da saúde da mulher, que visa assisti-la durante o período gravídico-puerperal, diminuir a morbi-mortalidade materna, além de buscar a melhora das condições de saúde perinatal.

Em razão disso, foram criadas e implementadas em todo o território nacional políticas, programas e portarias relacionadas à saúde da mulher como forma de garantir uma assistência de acordo com os princípios do SUS, de organizar os serviços prestados e a atuação dos profissionais de saúde, entre outros.

Nessa perspectiva, quando questionadas quanto aos programas, políticas e portarias relacionadas à assistência pré-natal, se identificou que as entrevistadas conheciam as políticas e programas vigentes, como apontam os relatos a seguir:

política nós temos o Rede Cegonha, que aborda a questão da realização do pré-natal em si, dos exames [...], a gente recebe os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que é do pré-natal de baixo e de alto risco [...]. (E1)

[...] tem os Cadernos de Atenção Básica de pré-natal de baixo risco e alto risco né, que é basicamente neles que a gente se baseia para o atendimento na unidade. (E5)

[...] eu sei que tem a política de assistência ao cuidado pré-natal, o parto humanizado [...]. (E7)

[...] também tem Saúde Sexual e Reprodutiva, também o Caderno de Atenção Básica que também trata de diversos assuntos, dentro dos quais a saúde reprodutiva, [...] e o município conta com o programa Bem Nascer, que o público alvo é as puérperas e os bebês. (E8)

Este achado vai ao encontro com o identificado em um estudo realizado por Melo et al. (2011), no estado do Rio Grande do Norte, que visou identificar o entendimento de enfermeiras acerca da integralidade das ações em saúde no pré-natal. O estudo realizado com enfermeiros de uma unidade de saúde apontou para o conhecimento limitado dos profissionais sobre os princípios norteadores do SUS, a dinâmica da ESF e as políticas que embasam o sistema de saúde, aspecto esse que favorece a assistência fragmentada e desumanizada.

Para Reis e Andrade (2008), a influência das políticas públicas implantadas desde o início do século XX contribuiu para a valorização e a importância da Enfermagem na sociedade. Ainda de acordo com os autores recém mencionados, os profissionais de saúde fazem parte das políticas por meio da execução das ações, mesmo que não tenham claro as necessidades de saúde que conduziram a sua formulação e quais são os objetivos destas políticas. Isso se deve, em grande parcela, à formação profissional que não acompanhou esse desenvolvimento e, ainda, atua bastante em nível assistencial e emergencial no atendimento à

saúde. Nesse sentido, a fragmentação das práticas de Enfermagem e das políticas públicas recai de modo especial à assistência que é prestada à mulher (REIS; ANDRADE, 2008).

Em uma revisão integrativa realizada com o objetivo de visualizar, na produção científica nacional, como está organizado o processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal e as dificuldades enfrentadas por elas no desenvolvimento da assistência apontou que o reconhecimento de portarias, programas e políticas, bem como a lei do exercício de Enfermagem e os protocolos que subsidiam a consulta de Enfermagem se configuram importantes, já que permitem aos enfermeiros reivindicarem por melhores condições, tanto no que se refere às questões profissionais como aos aspectos relacionados aos usuários (OLIVEIRA et al., 2012).

Quando indagadas sobre o que entendiam por pré-natal, as entrevistadas responderam:

pré-natal é o acompanhamento da mulher gestante, durante todo o período de gestação, além disso, é que abrange também o período de puerpério, que é até os 42 dias após o parto. (E1)

Para mim é o cuidado da mãe [...] o acompanhamento que vai ser realizado nesse período com o intuito de prevenir situações de doenças tanto para a mãe quanto para o bebê. (E5)

Entendo que, na verdade, o pré-natal é a assistência integral da mãe preparando para o bebê nascer, dando toda a assistência, os cuidados que a mãe deve ter e que ela tenha um pré-natal decorrente, sem alterações, que a gente possa prepará-la para ela receber o bebê. (E8)

De acordo com as recomendações da OMS, durante o pré-natal, parto e puerpério devem ser realizadas apenas as intervenções necessárias, com assistência de forma integral, levando-se em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, do casal, dos seus filhos e de suas famílias (BRASIL, 2005b). No entanto, apenas uma das entrevistadas citou a família no contexto de cuidado, como se observa:

[...] abrange para a família também, aí todo o contexto, desde a assistencial, domiciliar, se ela é casada ou não, psicológica e tal. (E5)

É importante enfatizar que a participação da família durante o pré-natal é uma das recomendações da OMS, no qual os cuidados devem estar centrados nas necessidades do casal, de forma global (BRASIL, 2005b).

Em um estudo realizado nas Estratégias Saúde da Família, no estado de Mato Grosso, sobre a importância da participação paterna durante o período pré-natal, identificou-se que a não participação dos pais se dá pela jornada de serviço deste ser durante a consulta pré-natal. Para os autores, é necessário buscar estratégias de inclusão que possibilitem a participação



paterna nas consultas pré-natais, visto que se trata de uma estratégia que visa fortalecer o vínculo de paternidade e do próprio casal (FERREIRA et al., 2014).

Em estudo semelhante realizado em Pernambuco e que objetivou identificar os fatores que influenciaram a participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal, na perspectiva dele, identificou-se que apoio emocional e financeiro foram considerados de maior importância, seguido da participação nas consultas pré-natais. O estudo também apontou para a importância da atuação do enfermeiro como membro da equipe de saúde e responsável pelo atendimento das consultas pré-natais. O estudo ainda destacou a necessidade de favorecer o acolhimento desse homem/pai na unidade de saúde, e incluí-lo na assistência pré-natal (OLIVEIRA et al., 2009).

Outro fator importante desse acompanhamento ocorre com o início do pré-natal, que está diretamente relacionado à efetividade e qualidade da assistência. Apesar do acompanhamento, na maioria dos casos, iniciar precocemente, vale destacar que este deveria começar quando o casal passa a desejar o aumento da família, conforme relata uma das participantes entrevistadas:

pelo certo eles deveriam iniciar antes mesmo da concepção, até com uma consulta com a mulher de orientação, de fazer exames de pré-natal, dos exames de pré-concepção. (E4)

Cabe observar que a realização da avaliação pré-concepcional contribui significativamente para a melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil, visto que esta possibilita a identificação de fatores de risco ou doenças, principalmente as doenças crônicas como o Diabetes *Mellitus*, hipertensão arterial, epilepsia, entre outras, que possam alterar a evolução de uma futura gestação (BRASIL, 2005b).

O acesso aos serviços de saúde é um fator que influencia na adesão da assistência pré-natal. Na realidade estudada, o atendimento as gestantes é diferenciado e a marcação das consultas ocorre a cada consulta realizada, diferentemente do atendimento a outras parcelas da população.

A organização dos atendimentos variou conforme as características e as necessidades de cada ESF. Em alguns dos serviços de saúde os atendimentos pré-natais foram realizados em dias e turnos específicos. Em outros, os atendimentos foram diários, de acordo com a procura e disponibilidade das gestantes, conforme relatos a seguir:

assim, a demanda aqui é muito grande, todos os dias é muita consulta, então a gente não tem um dia específico para a consulta de gestante, elas consultam todos os dias [...], se você impuser um dia para elas virem, na minha concepção elas viriam menos. (E3)

Eu não tenho um dia para gestantes, é difícil manter, fazer um dia para as gestantes nessa nossa unidade por que eu tenho o interior. Então o transporte né, nem sempre tem transporte [...] umas trabalham e não podem no mesmo horário [...] é complicado. (E8)

Vale ressaltar que cabe aos serviços de saúde da AB “integrar a demanda espontânea e a demanda programada, [...] e respeitar a demanda imediata da população”, já que se trata de um “componente essencial para a legitimação dessas equipes” (BRASIL, 2012a, p.37). De acordo com o exposto, observou-se que parte dos serviços de saúde do município não trabalha como preconiza as diretrizes da AB, já que para ser ESF e funcionar como tal, se faz necessário trabalhar com demanda agendada e demanda espontânea.

Quanto ao calendário das consultas, estas são realizadas mensalmente até o oitavo mês da gravidez e quinzenalmente a partir da oitava semana de gestação, ou quando for identificada alguma necessidade.

No entanto, é importante destacar que de acordo com as recomendações atuais do MS, a assistência pré-natal deve ser planejada e organizada em função do período gestacional, sendo acompanhada pelo médico e pelo enfermeiro, intercaladamente. A periodicidade das consultas deve ser mensal até a 28ª semana, quinzenal entre a 28ª até a 36ª semana, e semanal da 36ª até a 41ª semana. Ressalta-se, ainda, que quando a gestação tem duração superior a 41 semanas, é importante encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal (BRASIL, 2012a).

Em relação às consultas subsequentes, o agendamento é realizado buscando facilitar a continuidade da assistência pré-natal, tanto nas situações em que há a necessidade de alguma intervenção imediata, quanto nas questões de risco habitual. As falas relacionadas a estas afirmações seguem:

se tiver alguma intercorrência qualquer dia elas podem estar ligando, podem estar vindo buscar uma ficha de emergência ou elas veem e conversam com a gente e a gente sempre dá uma prioridade para elas. (E5)

A gestante não precisa vir na rotina do posto [...] ela faz a consulta e eu já agendo para 30 dias, chegando no oitavo mês ela já agenda para 15 dias, fazendo quinzenal. (E8)

No que tange a este aspecto, observou-se que a APS do município vem desempenhando suas ações de saúde seguindo as recomendações do MS. De acordo com o preconizado, as gestantes, a partir da avaliação da necessidade individual e seguindo as orientações do protocolo local, devem ter acesso garantido aos serviços de saúde, considerando as necessidades de intervenções, mediante um atendimento humanizado em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2012a).

Ainda de acordo com os relatos das participantes do estudo, o acompanhamento pré-natal realizado no município de Xaxim-SC envolve diversos profissionais, entre eles os ACS, pessoal do setor administrativo, enfermeiros, médico clínico geral, ginecologista, dentista e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com um nutricionista, uma psicóloga e, por vezes, um preparador físico. Percebeu-se que o cuidado multiprofissional é considerado fator importante para a qualidade da assistência pré-natal, como manifestado nas falas de algumas entrevistadas:

[...] como equipe de saúde da família nós devemos todos trabalhar juntos e trabalhar como uma equipe multidisciplinar. (E1)

A gente tenta fazer uma atividade bem multiprofissional, com médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, dentista, fisio [fisioterapeuta], educador físico e assim vai né. (E2)

Em se tratando dos atendimentos ressalta-se a importância do trabalho multiprofissional, considerando que a gravidez é um momento de grandes mudanças na vida da mulher e de sua família, e que este período torna-se propício para uma aproximação e para o estabelecimento de uma relação entre estes e os profissionais de saúde.

Para o MS, cabe aos profissionais de saúde a realização de uma assistência integral, que vise à promoção da saúde, a prevenção de agravos, por meio da escuta qualificada e do atendimento humanizado, bem como do estabelecimento do vínculo com todos os usuários (BRASIL, 2012a).

Ainda de acordo com o MS, os profissionais devem participar de todas as atividades, desde o planejamento das ações da equipe até as atividades relacionadas ao controle social, atividades de educação permanente, além de exercer as funções específicas de cada membro da equipe, seja ele o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o auxiliar/técnico de Enfermagem, o enfermeiro, o médico, o cirurgião-dentista, ou qualquer outro profissional que venha a compor a equipe de saúde (BRASIL, 2012a).

De acordo com o estudo realizado por Lanzoni e Meirelles (2012), identificou-se que o trabalho em equipe ainda é um desafio para os profissionais de saúde, principalmente devido à comunicação, às condutas individuais de cada membro e à inserção de trabalhadores. Os autores concluem que a “atuação integrada e interdisciplinar” é uma prática que deve ser cultivada nos serviços de saúde, pois se trata de uma forma de articular os saberes e setores, visando uma prática colaborativa e solidária.

Estes aspectos também foram identificados no presente estudo. Mesmo o cuidado prestado tendo configuração multiprofissional, muitas vezes, existem dificuldades que

interferem na qualidade da assistência pré-natal, principalmente em relação ao papel e atuação do enfermeiro. Comprova-se isso pelo depoimento que segue:

muitas vezes é falta de interesse, falta de orientação do profissional que atendeu, e eu acho que não precisa ser só do profissional que atende, só o enfermeiro especializado, pode partir de qualquer pessoa que está dentro da unidade, todo pessoal da Enfermagem pode estar se dedicando, não somente o enfermeiro. (E8)

Nessa perspectiva, é importante observar e refletir sobre a atuação dos profissionais e da equipe, a fim de evitar a fragmentação da assistência. Para Cunha e Campos (2011), a APS necessita limitar a fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada que ocorrem, em partes, devido a problemas no modo de organização do trabalho e dos processos de decisão nas organizações, implicando na responsabilidade clínica dos profissionais e procedimentos, doenças ou partes do corpo, ao invés de uma visão do todo.

Ainda convém lembrar que, para uma assistência integral à gestante e a sua família, cabe a todos os profissionais da equipe de saúde, de forma imprescindível, buscar desenvolver cotidianamente o acolhimento e a humanização, a escuta qualificada, o diálogo, o cuidado individualizado, uma atenção resolutiva, a fim de garantir a integralidade e a continuidade da assistência (BRASIL, 2012a). Tudo isso é de grande importância, não apenas para garantir a qualidade da assistência, mas também para possibilitar a captação precoce das mesmas.

Após a confirmação do diagnóstico da gravidez, tem-se início o acompanhamento pré-natal. De acordo com as recomendações do MS, doravante ao cadastramento, devem ser realizadas todas as orientações necessárias, em especial as relacionadas ao acompanhamento pré-natal, como a frequência das consultas, as visitas domiciliares e os grupos educativos (BRASIL, 2012a).

No presente estudo, após o cadastramento, realizado pelo profissional enfermeiro, a mulher passa para consulta com o clínico geral da ESF a fim de receber avaliação médica, solicitação de ultrassonografia, prescrição de medicações, entre outros, conforme depoimentos de algumas participantes do estudo:

depois da minha primeira avaliação do cadastro da solicitação dos exames ela já agenda a sua consulta com a médica, depois ela vai fazer o encaminhamento para o ginecologista da rede para ele fazer uma avaliação de alto ou baixo risco [...] a médica vai solicitar a ultrassom também no primeiro atendimento médico. (E1)

[...] a doutora já para prescrever o ácido fólico já na primeira consulta [...]. (E8)

Quanto às atribuições do médico, como profissional da equipe de AB no pré-natal, é importante destacar que assim como os demais profissionais de saúde, cabe a este orientar as mulheres e familiares sobre a importância do pré-natal, a amamentação e a vacinação, além de

outros aspectos da sua avaliação clínica. Outra atribuição que merece destaque refere-se às consultas de pré-natal de gestação de baixo risco, que podem e devem ser intercaladas com a presença do profissional enfermeiro (BRASIL, 2012a).

Outra preocupação constante refere-se à avaliação de risco da gestação, ou seja, na identificação dos possíveis riscos que a mulher e o bebê estão expostos. De acordo com o MS, os fatores de riscos podem estar relacionados a diversos aspectos, como às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis (idade, ocupação, situação familiar e conjugal, entre outros), à história reprodutiva anterior à gestação atual (abortamentos, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, cirurgia uterina), a intercorrências clínicas crônicas (cardiopatias, pneumopatias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças infecciosas, entre outras) e à doença obstétrica na gravidez atual (trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, ocorrência de hemorragias da gestação, isoimunização, entre outras). É importante destacar, ainda, que de acordo com os fatores de risco identificados, as gestantes deverão ser encaminhadas para a atenção especializada para uma avaliação (BRASIL, 2005b).

No presente estudo, a avaliação de risco é centralizada, sendo realizada por um profissional ginecologista e obstetra, conforme observado nas falas das entrevistadas:

[...] sendo alto risco ela permanece com a ginecologista e obstetra fazendo o acompanhamento lá nas especialidades da secretaria de saúde, baixo risco volta para a unidade de saúde. (E1)

Nós não temos ginecologista na unidade de saúde, é centralizado, então a gente encaminha para uma primeira avaliação, para avaliação de risco mesmo né, para ver qual o risco. (E3)

Com base nos relatos anteriores, observa-se que a classificação de risco gestacional mencionada no estudo não está consonante com as diretrizes do MS. É importante destacar que se recomenda que a avaliação do risco gestacional seja realizada de forma permanente, mediante o acolhimento com classificação de risco em cada atendimento prestado à mulher, tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, uma vez que a identificação precoce dos fatores de risco implica na redução da morbimortalidade materno-infantil e na ampliação do acesso e da qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2012a).

Ainda pensando em acompanhar o desenvolvimento da gestação e identificar precocemente qualquer alteração, no município em que foi realizado o presente estudo, foi instituído que durante o pré-natal toda gestante deve ser encaminhada para uma avaliação com um nutricionista, um psicólogo e um dentista. A gestante, por sua vez, pode ou não realizar

estas avaliações, considerando sua necessidade, bem como desejo. Estes acompanhamentos são relatados nas falas de duas entrevistadas:

a gente decidiu por fim pra realizar também avaliações com a nutricionista e com a psicóloga, para verificar como é que está a questão emocional dessa mulher, o desejo dela em manter essa gravidez. (E1)

Faz acompanhamento também com a odontologia né, com o dentista. (E6)

É importante ressaltar que este é um diferencial em relação ao preconizado pelo MS, já que para ele, a gestante pode ser acompanhada simultaneamente por outros profissionais de saúde da rede, sempre que a avaliação realizada pelo médico ou pelo enfermeiro identificar a necessidade, usando como meios a referência e a contra-referência para as equipes especializadas e/ou encaminhamento para serviços ou profissionais específicos (BRASIL, 2012a).

Em relação à continuidade desses acompanhamentos, estes se dão de acordo com a avaliação de cada profissional e a necessidade de cada mulher, conforme afirmação de uma enfermeira entrevistada:

[...] os profissionais já fazem avaliação, no momento que elas vêm para essa primeira avaliação, e se necessário os profissionais já prolongam o agendamento e assim sucessivamente. (E8)

Durante a gestação, além do acompanhamento profissional, a realização de exames é fundamental para identificar precocemente qualquer alteração. Dessa forma, no decorrer da gravidez os exames preconizados pelo MS são solicitados pelas próprias enfermeiras, conforme se visualiza nos recortes a seguir:

a gente solicita aqui o hemograma completo, grupo sanguíneo, fator RH, a glicemia de jejum, VDRL, EQU, urocultura, toxoplasmose IgG e IgM, HbsAg, anti-HIV. (E3)

[...] os exames de rotina de pré-natal que são exames do protocolo do Caderno de Atenção Básica. (E7)

[...] o exame de fezes, sei que no primeiro trimestre não dá para tratar, mas, porém é bom a gente pedir para ver se não tem nenhuma interferência que esteja também fazendo com que a paciente tenha uma anemia ou que tenha uma diarreia e que venha a desidratar [...]. (E8)

Em se tratando dos exames laboratoriais de rotina, é recomendado a solicitação de diversos exames, dentre eles o hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto (se a gestante for Rh negativo), glicemia em jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia

para hepatite B (HbsAg), urocultura e urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU), além de um exame de ultrassonografia obstétrica, citopatológico de colo de útero (se for necessário), exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica), e parasitológico de fezes (se houver indicação clínica), ainda na primeira consulta pré-natal ou no primeiro trimestre de gestação. No segundo trimestre devem ser solicitados o teste de tolerância para glicose com 75g e o coombs indireto (se gestante for Rh negativo). Já no terceiro trimestre recomenda-se a realização do hemograma, glicemia em jejum, coombs indireto (se gestante for Rh negativo), VDRL, anti-HIV, HbsAg, repetir o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente, urocultura e urina tipo I e bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) (BRASIL, 2012a, p. 109).

Vale ressaltar que o exame parasitológico de fezes deve ser solicitado para todas as mulheres, especialmente para as gestantes de baixa renda. A realização do exame deve ser o mais breve possível, como forma de identificar parasitoses que possam desencadear ou agravar um quadro já instalado de anemia e, assim, iniciar o tratamento, o mais precoce possível, logo após as 16-20 semanas, para evitar eventuais riscos dos medicamentos e a somatória de seu efeito emético à emese da gravidez (BRASIL, 2005b).

Quanto a solicitação dos exames, um estudo realizado por Martinelli et al. (2014), no estado do Espírito Santo, identificou que o número de exames laboratoriais de rotina solicitados no início da gestação são altos, porém os exames de repetição apresentaram proporções em torno de 30%, além da baixa frequência da imunização antitetânica (em apenas 60% das participantes do estudo).

Já no estudo realizado por Bonilha et al. (2012) nos anos de 2007 e 2009 observou o aumento na frequência de solicitação dos exames, bem como no número de consultas, quando comparado a prevalência entre os dois anos. De acordo com o estudo citado, a capacitação dos profissionais pré-natalistas são estratégias importantes que podem ser utilizadas pelos municípios a fim de melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal.

Quanto à periodicidade dos exames, estes são realizados no primeiro e no terceiro trimestre da gestação ou quando se fizer necessário:

[...] se vir com alguma alteração a gente repete, ou uma glicemia alterada a gente faz, repete esses exames, se não, no terceiro trimestre você repete todos os exames novamente. (E6)

É importante considerar que a frequência da solicitação dos exames se dá de acordo com a idade gestacional e com o roteiro de exames no pré-natal de baixo risco, já citados anteriormente.

No que concerne o teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR) e o teste rápido para HIV e sorologia para HIV I e HIV II, percebeu-se que estes ainda não são realizados pelas enfermeiras entrevistadas:

ainda não faço os testes rápidos porque nós não recebemos da regional de saúde, mas fui numa capacitação [...] para como realizar os testes rápidos e assim que vierem nós, eu vou fazer os testes rápidos já no primeiro atendimento dessa mulher. (E1)

É importante ressaltar que o diagnóstico da infecção pelo HIV, quando detectado no início da gestação, possibilita melhorar o controle da infecção materna, além de permitir a profilaxia da transmissão vertical e por esse motivo, o teste deve ser oferecido para todas as gestantes, mesmo para as que não apresentam situação de risco aparente, na primeira consulta do pré-natal, juntamente com aconselhamento pré e pós-teste (BRASIL, 2005b). Além disso, a prevenção e o tratamento do HIV/Aids, bem como para as DST e hepatites, são ações que devem ser implementadas com a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

Ainda no que se refere aos exames, também é realizado o acompanhamento do desenvolvimento gestacional por meio da ultrassonografia, conforme fala de uma das entrevistadas:

tem durante os trimestres também a questão das ultrassonografias que são feitas, a primeira, depois a morfológica e uma mais para o fim. (E2)

A ultrassonografia na gestação, apesar de não diminuir a qualidade da assistência pré-natal e não ser obrigatória é um exame que possibilita a confirmação da gravidez, determina com maior precisão a idade gestacional (IG), e detecta de forma precoce as gestações múltiplas e possíveis malformações fetais (BRASIL, 2005b). Assim, recomenda-se a realização de um exame entre a 11<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> semanas, a fim de identificar o número de fetos, a medida da translucência nucal e a IG, e outro exame após a 20<sup>a</sup> semana, para avaliar a morfologia e o desenvolvimento fetal (BUCHABQUI; 2011).

Tendo em vista o exposto, foi possível observar a importância da realização de um pré-natal de qualidade. Ainda, notou-se que a assistência de qualidade ainda é um desafio, visto que é necessário explorar aspectos que perpassam pelo comprometimento das equipes de saúde, pela formação profissional, pela capacitação constante, pela própria estrutura de organização dos serviços de saúde no município, sendo fundamental que estes aspectos estejam presentes no cotidiano dos serviços de saúde, principalmente por parte dos profissionais que assistem à mulher na gestação.



Nota-se, ainda, que apesar dos esforços em realizar o pré-natal em conformidade com as recomendações do MS, ter boa cobertura e captação precoce da gestante, é necessário pensar no conteúdo, na resolutividade e no contexto em que se está inserido. Para Anversa et al. (2012), avaliar a assistência pré-natal é uma forma de contribuir com a melhoria da assistência às gestantes, além de reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal, sendo que a “avaliação dos sistemas de saúde constitui-se em uma potente ferramenta norteadora” para que os gestores e profissionais de saúde repensem a forma de organizar os serviços, os processos de trabalho e as ações desenvolvidas.

Por tudo isso, acredita-se que para uma assistência pré-natal de qualidade, no qual se espera ter impacto positivo na saúde da mulher e do bebê, nos índices de morbidade e mortalidade materno-infantil, bem como nos indicadores municipais, é imprescindível repensar o processo de trabalho e de gestão, incluindo todos os atores envolvidos, a fim de buscar contemplar todas as recomendações propostas pelo MS.

#### 4.2 O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal é considerada um passo importante para o parto e nascimento humanizado, e a qualidade desse acompanhamento contribui para a redução dos índices de mortalidade. Nessa perspectiva, considerando o enfermeiro como o profissional que atua diretamente frente ao serviço de saúde, principalmente na APS, a assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro é de suma importância.

A atuação do enfermeiro se dá em todo o período gravídico-puerperal, por meio de diferentes ações, dentre elas a consulta de Enfermagem. Esta é um instrumento muito importante, pois têm como propósito assegurar o aumento da cobertura e a melhoria da qualidade pré-natal, mediante ações preventivas e de promoção da saúde das gestantes (SHIMIZU; LIMA, 2009).

No estudo em questão, se identificou que as enfermeiras entrevistadas realizam, em geral, uma consulta de Enfermagem na assistência pré-natal, sendo esta feita no início do acompanhamento, como pode ser observado nos relatos que seguem:

sempre a primeira consulta é feita com o enfermeiro, no nosso município. (E1)

Eu realizo mais a primeira consulta, que seria quando a gestante chega com, relatando um atraso menstrual ou às vezes já com o BHCG positivo. (E2)

Então é basicamente uma que eu faço, as demais só são se tiver alguma intercorrência [...] diria que é uma da enfermeira, as demais ficam bem concentradas para a área médica. (E5)

Um estudo realizado no estado de Minas Gerais investigou a satisfação das gestantes sobre a consulta de Enfermagem pré-natal. De acordo com os resultados encontrados, a consulta realizada pelo enfermeiro contribui para a autonomia e satisfação das gestantes, já que o bom atendimento, a escuta ativa e o desempenho profissional asseguram o vínculo do binômio usuária-serviço de saúde. Para as participantes do referido estudo, o ato de examinar e o esclarecimento de dúvidas apresentaram-se como fatores que demonstram o bom desempenho profissional e a responsabilização. O estudo ainda apontou que as usuárias manifestaram alto grau de satisfação, considerando todas as singularidades, como o respeito, a consideração, a escuta, a compreensão, a acolhida e a gentileza por parte do profissional enfermeiro (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

É importante destacar que de acordo com a Portaria número 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, é de competência do enfermeiro implementar ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano, realizar consulta de Enfermagem, procedimentos e atividades em grupo (BRASIL, 2012b).

Quanto aos fatores que influenciam na não realização das consultas pelas enfermeiras do estudo, destaca-se as questões culturais e o acúmulo de funções gerenciais e administrativas como os fatores mais relevantes, conforme observado nos relatos que seguem:

realizo algumas consultas, muito menos que o médico, por que a cultura na nossa região é que a consulta seja médica [...] o que às vezes acontece, não só da gestante, de todos os outros pacientes, buscarem e acreditarem muito mais na orientação do médico [...]. Nós já tentamos realizar como o Ministério da Saúde preconiza fazendo uma consulta com o enfermeiro, posterior a do médico e assim sucessivamente [...] mas as mulheres quando é o mês de fazer a consulta com a enfermeira ele acabam não vindo. (E1)

É um pouco essa cultura que tem aqui na nossa região de que tem que ser o médico mesmo pra fazer o pré-natal, a gente vê que elas até desconfiam quando a gente fala que é o médico da família e não o ginecologista ou obstetra [...] na nossa região elas não tem muito essa confiança de fazer o pré-natal com a enfermeira, então é mais direcionada para o médico [...]. (E2)

[...] as outras atividades do enfermeiro ocupam bastante o tempo da gente [...], a gente é coordenadora da unidade [...], falta mesmo tempo, tem PMAQ, tem preventivo, tem um monte de coisa, tem sala de vacina, que o dia que não tem sala de vacina [...]. (E4)

A gente tem muita burocracia no posto, muito papel para preencher o que desgasta a gente [...], muita informação que tem que ser digitada e acaba de lado, deixando de lado o paciente, você tem, fica mais preocupado em preencher todos os dados para mandar para o Ministério e esquece o paciente. (E8)

Estes aspectos também foram evidenciados em outros estudos. Quanto à percepção das gestantes em relação à consulta de Enfermagem, o estudo realizado por Shimizu e Lima (2009), identificou que estas demonstraram que conheceram a consulta de Enfermagem durante o pré-natal e que, inicialmente, elas tinham a percepção de que era um procedimento complementar ao trabalho do médico. Ainda, o mesmo estudo revelou que à medida que as gestantes se submeteram à consulta com o enfermeiro, passaram a avaliá-la de forma positiva, principalmente por permitir a obtenção de informações, do auto-conhecimento e da redução de alguns medos que envolvem o processo gestacional, entre outros.

Segundo o estudo realizado por Rios e Vieira (2007), o desconhecimento da consulta de Enfermagem como direito, além de se configurar um problema de organização interna do serviço, também está relacionado ao modelo assistencial centrado nas queixas físicas, ainda presentes nos dias de hoje.

Em relação ao desenvolvimento prático da consulta de Enfermagem, esta segue, na maioria das vezes, conforme as diretrizes do MS, conforme relato das participantes:

na primeira consulta é essa forma de fazer cadastro, solicitar os exames, depois conforme essa mulher necessitar faz avaliação da altura uterina, avaliação da posição do bebê, dos batimentos fetais, também da pressão arterial dessa gestante, do controle dessa vacinação [...]. (E1)

Já faço a carteirinha dela, já verifico a questão vacinal, já vejo o último preventivo, se ela não fez o preventivo recentemente eu já agendo o preventivo, solicito todos os exames. (E2)

Evoluo tudo no prontuário, faço toda uma anamnese, desde a menarca, cesarca, último preventivo, quantos filhos, quantos partos, quantas cesáreas, pergunto tudo, vacinas, se mora com quem que às vezes mora com a mãe e com o namorado ou com o namorado e o cunhado né muitas vezes [...] faço o cadastro do SISVAN, cadastro do SISPRENATAL, preencho a carteirinha de gestante [...] faço o índice de massa corporal, verifico as vacinas, dou as orientações sobre o reforço de vacinas se precisarem. (E7)

Nessa consulta de Enfermagem, além dos aspectos burocráticos, algumas das participantes verbalizaram o exame físico como parte dos procedimentos realizados, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

o procedimento que é de rotina, avaliar a queixa, avaliar os exames, avaliar a questão de vacinação, que mais, os BCFs, a altura uterina, se está condizendo, se ela tá fazendo os exames de rotinas ou se não está, se ela tá usando os medicamentos que já foram prescritos pelo médico anteriormente. (E1)

Já vou fazer toda a consulta, avaliação, avaliação da mama, avaliação do corpo, vou orientar elas sobre as mudanças que vão ocorrer, e solicito os exames, em seguida eu passo para o médico, assim que os exames ficarem prontos ela vai para o médico daí. (E6)

Em um estudo realizado por Cunha et al. (2009), ao analisar as competências essenciais desenvolvidas, na prática, pelos enfermeiros que atuam na atenção pré-natal, no estado do Acre, constatou que as competências preconizadas pelo Manual de Normas Técnicas para Assistência Pré-Natal foram desenvolvidas, entretanto algumas não foram realizadas em todas as consultas. Dentre as ações e procedimentos que são realizados frequentemente, está a anamnese, no qual é investigada a data da última menstruação e data provável do parto e idade gestacional. Já em relação ao exame físico é verificada a medida da altura uterina, ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), realizado o exame de membros inferiores e a pesquisa de edema e, por fim, a solicitação de exames laboratoriais. Por outro lado, a palpação da tireoide, a inspeção de pele e mucosas, o exame clínico de mamas, a palpação abdominal para verificação da posição e apresentação fetal, além da avaliação do estado nutricional, foram pouco evidenciadas.

No presente estudo também foi possível tal constatação, sendo que alguns procedimentos e orientações nem sequer foram mencionados. Outros procedimentos realizados pelo enfermeiro dizem respeito à solicitação dos exames laboratoriais do primeiro trimestre e o encaminhamento aos demais profissionais da equipe de saúde. Isto pôde ser observado na fala de duas participantes:

a gente solicita os primeiros exames conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, e dá os encaminhamentos necessários. (E1)

Já marcamos avaliação com o ginecologista, pede sobre vacinação, sobre preventivo, se está tudo em dia ou não, agenda psicóloga, dentista. (E5)

Quanto à solicitação de exames, vale lembrar que de acordo com as recomendações do MS, estes são solicitados considerando o período gestacional, uma vez que determinam o risco materno e perinatal, além de que o acompanhamento pré-natal deve ser realizado pelo médico e pelo enfermeiro. Assim, ressalta-se que o enfermeiro pode solicitar exames, não apenas no primeiro trimestre ou na primeira consulta pré-natal, mas sempre que julgar necessário.

Durante as entrevistas, foi possível observar que grande parte das enfermeiras entrevistadas sentia falta de realizar o acompanhamento e, principalmente, a consulta de Enfermagem de forma mais ativa, relatando experiências exitosas durante a atuação profissional nesse contexto. Constata-se isso no relato:

assim, até em outra unidade antigamente, aqui nesse mesmo município eu fazia outras consultas [...] nós tínhamos combinado, até era o Dr. Fulano, nós tínhamos combinado que se fosse um pré-natal de baixo risco eu iria fazer uma consulta em um mês, nós iríamos intercalar, e no outro mês ele fazia, [...]se não ele dizia ele

mesmo explicava, era bem legal, “próximo mês você vem fazer a consulta com a enfermeira” [...] eu adorava [empolgação]. (E7)

É importante ressaltar que a consulta de Enfermagem é um meio de estabelecer uma relação mais próxima entre o profissional e o usuário e, assim, buscar desenvolver uma assistência individualizada.

Outro aspecto importante em relação à consulta de Enfermagem deve-se ao fato de que esta implica diretamente em benefícios para a população, bem como para os serviços de saúde, uma vez que as gestantes de baixo risco se configuram um público que demanda atenção especial do serviço de saúde. Dessa forma, as consultas médicas podem ser direcionadas para as gestantes de alto risco e para os demais usuários do serviço (ARAÚJO; OKASAKI, 2007).

Outra atividade que pode ser desenvolvida pelo enfermeiro como forma de garantir uma assistência pré-natal de qualidade são as ações educativas. Mediante a realização de assistência educativa durante todo o período gravídico-puerperal, é possível amparar a mulher e sua família conforme as suas necessidades.

No contexto estudado, grande parte das orientações fornecidas pelas enfermeiras ocorrem, basicamente, no momento da consulta de Enfermagem e buscam enfatizar os aspectos de maior importância, conforme pode ser observado nos relatos a seguir:

então eu vou dar todas essas orientações para ela, do fluxo que ela vai ter que seguir da rotina da unidade de saúde, da forma de agendamento do atendimento dela, de quais são os exames que ela tem que fazer e por quê ela tem que fazer esses exames [...] orientação sobre o trabalho de parto, orientação sobre os primeiros cuidados com a criança, vacinação dessa mulher e, além disso, também as avaliações odontológicas, psicológicas, nutricionais e todo o acompanhamento que a Enfermagem pode dar. (E1)

Orienta os sinais e os riscos né, o sangramento, se tiver dor, se tiver perda de líquido tá procurando a unidade de saúde sempre. (E3)

O cuidado com a mama, para ela já se preparar para a amamentação, e orientações medicamentosas e alimentares também, o uso de medicamentos que não podem mais, é, da carteirinha, que elas têm que consultar uma vez por mês. (E5)

A gente explica mais sobre o trabalho de parto, a cesárea, o parto em si né, e também a gente explica sobre o teste do pezinho, as vacinas [...] (E6)

Outra estratégia utilizada para desenvolver as ações educativas são os grupos de gestantes. Estes espaços são realizados em cada ESF, tendo planejamento e cronograma desenvolvido pelas equipes, a fim de possibilitar atender as necessidades da população. É o que diz uma entrevistada:

então como a gente tem grupo de gestante, muitas coisas são trabalhadas e deixadas mais claras nessas oportunidades através da Enfermagem né, então eu acho que é um

trabalho conjunto [...] funcionam uma vez por mês aqui na Secretaria de Saúde mesmo [...] a gente tenta fazer uma atividade bem multiprofissional, com médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, dentista, fisio, educador físico e assim vai né. Esses dias tinham também uma voluntária que vinha fazer yoga e ensinou alguns alongamentos. (E2)

É importante resgatar que as ações educativas são oportunidades de trocar experiências e conhecimentos, sendo considerada a forma mais eficaz de ajudar no entendimento do processo de gestação, tendo como eixo principal a gestante, porém, sem esquecer de incluir o companheiro e a família (BRASIL, 2005b).

No entanto, foi possível identificar que apenas parte dos serviços consegue dar andamento aos grupos. Mesmo com o envolvimento de toda a equipe, a realização e prosseguimento dos grupos voltados à assistência pré-natal é impraticável, principalmente devido à baixa adesão das gestantes. Os depoimentos apresentados a seguir são ilustrativos desta justificativa:

agora, esse ano, a gente não trabalha muito com grupo de gestante, mas nos outros anos sim. (E4)

A gente não tem grupo de gestante mais, o último foi realizado no ano passado e em virtude do horário, porque como a maioria delas trabalha, elas não conseguem a liberação para estar participando. (E5)

Grupos é difícil porque são poucas e elas trabalham, e muitas vezes elas trabalham em horário comercial e elas mesmas, por falta de interesse e nem tem ou aquele hábito de vir na unidade. (E6)

E o grupo, o grupo eu tentei fazer logo que eu cheguei nessa unidade, porém foi um fracasso total. De 35 gestantes não apareceu nenhuma [...] no próximo mês eu fiz um dia de gestante, montamos toda a sala, preparamos o profissional, não apareceu ninguém, é frustrante né. (E8)

Ainda em relação às orientações, algumas participantes verbalizaram desenvolver estas em momentos e espaços diferentes, de modo a atender as especificidades dos serviços, da disponibilidade dos profissionais, na relação estabelecida entre o profissional e a mulher, bem como no interesse e envolvimento das gestantes, como relata uma participante:

conforme elas vão vindo às consultas, porque como eu tenho poucas gestantes e muitas fazem no particular, então assim, quando elas vêm para a unidade eu acabo orientando conforme o decorrer dos meses [...] a gente faz, quando duas ou três estão na unidade a gente faz uma troca de experiência, rápida né, isso envolvendo 10 ou 15 minutos só, então são trocas de experiência. (E6)

Segundo o MS, o trabalho educativo pode ser realizado por meio das discussões em grupo, das dramatizações, do uso de dinâmicas que facilitem a fala e a troca de experiências, em que o profissional de saúde atue apenas como um facilitador, sendo realizado tanto dentro como fora da unidade de saúde (BRASIL, 2005b).

Igualmente, para Acioli (2008), a ação educativa é a representação do cuidado de Enfermagem, e pode acontecer em momentos formais e planejados e em momentos informais como em conversas com os usuários ou durante as visitas domiciliares.

Embora a adesão das gestantes seja um fator que interfere diretamente no desenvolvimento dos grupos, várias são as experiências vivenciadas pelas participantes que apontam para a sua efetividade, conforme evidenciados nos recortes que seguem:

as que participavam, as que vinham assim nunca faltavam sabe, e tinham assim sabe bem religiosamente, mas tem algumas também que é por causa do trabalho, elas faltam, não participam tanto. (E4)

Com relação ao grupo eu acho que é bem importante, as gestantes que participaram [...] mais efetivamente, elas tiveram muito menos intercorrências, então apesar de ser difícil de conseguir fazer, isso é uma prova de que funciona [...] (E5)

quando o município tinha a clínica da mulher [...] desenvolvia dois grupos de gestantes, um grupo à noite [...] onde era voltado para a gestante e para o parceiro [...] vinha o enfermeiro, a fonoaudióloga, o médico pediatra, a psicóloga, a enfermeira obstetra [...] e todas as sextas-feiras à tarde [...] que era só com a psicóloga, esse grupo era fantástico [...] um momento assim de troca de experiências sabe, era fantástico [...]. (E8)

Para Ceolin et al. (2008), a relação efetiva entre a equipe de Enfermagem e a mulher é considerada essencial para a uma assistência qualificada e humanizada, visto que possibilita a discussão e elaboração de estratégias em conjunto, a fim de dar condições para que a mulher tenha autonomia para fazer suas escolhas.

Ainda no que se refere às orientações, percebeu-se que a família é discretamente incluída nesse processo. Isso foi observado na fala de apenas uma das participantes:

algumas vezes acontece dos pais virem junto com suas esposas com algumas dúvidas, então nós é que temos mais acessibilidade com essas pessoas. (E1)

Em uma revisão de literatura realizada por Cardoso et al. (2007) que buscou realizar uma reflexão sobre as ações educativas implementadas no pré-natal, identificou-se que existe um distanciamento entre as recomendações do MS e as ações realizadas na prática assistencial. Os achados do estudo apontaram para a falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde, que as práticas educativas são inadequadas e dão ênfase no fornecimento de informações, e que os assuntos abordados no pré-natal são tratados de forma superficial e raramente há uma participação da gestante.

No presente estudo, foi possível observar achados semelhantes, principalmente no que se refere às atividades educativas e às orientações fornecidas à gestante e sua família.

Nessa mesma perspectiva, o estudo realizado por Guerreiro et al. (2012), com 11 enfermeiros e 18 gestantes no estado do Ceará, identificou que existe insatisfação por parte

das mulheres, principalmente em relação à educação. O estudo apontou que diante do encontrado é necessário a atuação do enfermeiro frente à criação e como facilitador de grupos de gestantes para que, por meio desses, seja possível trocar experiências, esclarecer dúvidas e, desta forma, atender as necessidades das gestantes.

Outra forma de acompanhamento durante a assistência pré-natal incluem os sistemas de informação. Em geral, este se dá por meio do sistema de informação utilizado pelo município, do SIAB e do SISPRENATAL, como afirma o relato a seguir:

faço o acompanhamento do SISPRENATAL , então eu procuro fazer mais do que uma vez [...] o relatório do SIAB, que outro sistema de informação que essa mulher também tem que constar no mapa das gestantes [...] faço uma busca e olho no nosso sistema também, de informação, eletrônico aqui da rede, que um sistema chamado RKM, e visualizo ali então a questão das consultas dela e se ela tá fazendo em dia ou não, sobre as vacinas [...]. (E1)

O SISPRENATAL é um sistema informatizado, disponibilizado pelo MS para monitorar a atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, sendo de uso obrigatório nas unidades de saúde, pois possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento da gestante (BRASIL, 2005b).

Além do enfermeiro atuar no pré-natal por meio da consulta de Enfermagem e de atividades educativas, também foram utilizadas outras estratégias que oportunizaram o acompanhamento da mulher durante todo o período gravídico-puerperal. De acordo com as participantes do estudo, além das consultas médicas e de Enfermagem, também foram realizadas ações como a busca ativa e a visita domiciliar, principalmente quando a gestante não compareceu aos atendimentos. Os depoimentos a seguir confirmam a afirmação

então, através da consulta médica, a consulta de Enfermagem, consulta médica mensal né, se não ocorre essa consulta a gente faz a busca ativa. (E3)

Se acontecer de elas não virem, faltarem ou de acontecer alguma coisa assim, a gente vai atrás com a agente de saúde, ou eu mesmo faço visita domiciliar [...] e quando elas têm o bebê fazer uma visita domiciliar de puerpério [...] (E4)

No que se refere à visita domiciliar, vale lembrar que de acordo com as recomendações do MS, estas devem ser realizadas, preferencialmente, pelos ACS. Quanto à frequência, indica-se pelo menos duas visitas durante a gestação, como forma de reforçar o vínculo entre a gestante e a unidade e identificar possíveis alterações ou fatores de risco, tanto para a gestante como para qualquer integrante da família (BRASIL, 2000). Ainda, considerando as ações propostas pela Rede Cegonha, a visita domiciliar deve ser realizada também no puerpério, logo após o parto e nascimento, a fim de acompanhar a puérpera e a criança (BRASIL, 2011a).



A realização da visita domiciliar tem repercussão positiva na assistência pré-natal. De acordo com o estudo do tipo intervenção comunitária realizado por Cesar et al. (2008), no extremo Sul do Brasil, as gestantes visitadas pelos ACS iniciaram o pré-natal mais cedo que as demais, realizaram um maior número de consultas de pré-natal, e ainda tiveram acesso a um número maior de exames laboratoriais e clínicos.

Quanto à busca ativa, ressalta-se que esta se trata de uma estratégia recomendada pela Rede Cegonha, a fim de buscar as gestantes sem pré-natal ou as faltosas, por meio do papel do ACS (BRASIL, 2011), além de ser uma das atribuições comuns a todos os profissionais, membros da equipe da AB (BRASIL, 2012b).

Tendo em vista os aspectos mencionados, é importante destacar que o papel do enfermeiro na assistência pré-natal é de grande importância, mesmo que a atuação não esteja voltada exclusiva ou integralmente para esta assistência. O enfermeiro é parte integrante do serviço de saúde, e a assistência de qualidade só ocorre quando existe a inserção do serviço de saúde na comunidade, por meio da formação de vínculo, responsabilização, aproximação das pessoas com consequente valorização de sua autonomia e acolhimento, sendo este praticado não só pelo recepcionista da unidade, mas por toda a equipe de saúde (FELICIANO; PRADEBON; LIMA, 2013).

Em vista disso, acredita-se que cabe ao enfermeiro explorar novas estratégias de cuidado, como as tecnologias leves, pois acredita-se que estas sejam uma forma de ofertar assistência de qualidade, integral e individualizada. Ainda, este profissional pode buscar, por meio da aplicação destas tecnologias, a sua satisfação, tanto profissional quanto pessoal, facilitando exercer a sua autonomia nas decisões e colaborando para o reconhecimento profissional.

Logo, acredita-se que o papel do profissional enfermeiro e da gestão na assistência pré-natal é de suma importância, devido a sua formação, além de ser esta a categoria que costuma ter a relação mais próxima com os usuários, famílias e comunidade. Além disso, costumeiramente nas ESF e UBS, o enfermeiro assume as funções gerenciais destes serviços, o que os responsabiliza com a organização das atividades de toda a equipe.

Sendo assim, cabe ao enfermeiro buscar desenvolver suas competências profissionais, sua autonomia e atuar de forma efetiva a fim de qualificar a assistência prestada à mulher durante o período gravídico-puerperal, bem como de contribuir para o fortalecimento e reconhecimento profissional.

### 4.3 TECNOLOGIAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DO PRÉ-NATAL

A busca pela humanização e pela qualidade nos serviços de saúde vem exigindo a utilização de novos fazeres e práticas, a fim de contribuir para uma assistência pré-natal de qualidade.

Destaca-se que a humanização começou a ser discutida mais amplamente a partir de 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), visando à prática de estratégias que proporcionassem o contato humano entre profissionais da saúde e usuários, além da qualidade, resolutividade e eficácia na atenção. Nesse sentido, o acolhimento pode ser considerado uma “ferramenta tecnológica de intervenção, que possibilita a qualificação de escuta, a construção de vínculo, a garantia do acesso com responsabilização e a resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2010, p. 18).

É importante lembrar ainda que a AB tem como propósito prestar uma atenção integral por meio de práticas de cuidado, além de utilizar tecnologias como forma de auxiliar no manejo das demandas e das necessidades de saúde da população. Ressalta-se, ainda, que esta seja guiada pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012b, p.19).

Nesse contexto, as tecnologias voltadas à área da saúde podem ser compreendidas como um processo que envolve diferentes dimensões, incluindo o saber técnico-científico e os processos de trabalho, além dos equipamentos (OLIVEIRA, 2012). Sendo assim, o uso de tecnologias de cuidado podem ser estratégias efetivas para garantir a qualidade da assistência pré-natal, bem como para instrumentalizar o enfermeiro para a tomada de decisão e para o reconhecimento profissional.

Quando questionadas sobre as tecnologias de cuidado, observou-se que todas as participantes do presente estudo desconheciam o termo na íntegra e que associavam este, basicamente, às tecnologias duras, ou seja, aos equipamentos, como pode ser observado nas falas que seguem:

esse nome é novo, tecnologia de cuidado [...] no meu tempo não tinha isso. (E1)  
Olha, eu acredito, tecnologia o que vem primeiro a cabeça seria mais instrumentais né, que primeiro me vem na cabeça. (E2)

No meu entender acho que seriam isso, os equipamentos, não sei se eu estou certa, mas enfim, o sonar, o ultrassom, mais o que, o próprio, o esfigmo, não é uma tecnologia mas uma coisa comum, mas enfim. (E3)

Tecnologias de cuidado, eu acho que é relacionado ao cuidado humanizado, pelo que eu vejo ai né. (E4)

Não sei, tecnologia de cuidado, [...] me lembra questões tecnológicas, computador e tal, talvez as ultrassom, o próprio sonar para escutar os BCF, mas não sei te dizer exatamente na assistência pré-natal o que seriam consideradas. (E5)

Cabe lembrar que, para Merhy (1997), as tecnologias são classificadas em duras, leves e duras e/ou leves. No que tange ao papel do enfermeiro, pode-se destacar que as tecnologias leves (acolhimento, responsabilização e vínculo) se refletem como um imprescindível instrumento de trabalho em saúde.

Ainda quanto ao termo tecnologias de cuidado, mesmo as tecnologias duras sendo as primeiramente citadas, algumas participantes do estudo associaram as mesmas às questões de humanização, ou seja, às tecnologias leves, conforme evidenciado nos recortes a seguir:

tecnologia de cuidado eu acredito que seja todas as formas, as estratégias que a gente tem que adotar para fazer o acompanhamento da gestante e os sistemas de informação que a gente trabalha, acredito que seja isso, mas não tenho certeza. (E1)

Para mim, tecnologias de cuidado seriam as estratégias de saúde que nós temos vinculadas nos ESF, seria a atenção toda, do pré-natal dessa gestante [...] é você acompanhar a puérpera e também o bebê, fazendo tudo, as triagens a puericultura da criança até os dois anos, no meu entender [...]. (E6)

Eu imagino que deve ser assistências, qualificadas, diferenciadas, mas eu não sei, é só o achômetro mesmo. (E7)

É importante ressaltar que para o MS, o acolhimento é considerado um “aspecto essencial da Política de Humanização”, e que este se trata de uma ação que pressupõe a mudança da relação entre o profissional e usuário, de uma postura ética e solidária, mediante o diálogo franco e a escuta atenta e qualificada. Desse modo, o acolhimento não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL, 2005b, p.13).

Quando questionadas sobre as tecnologias de cuidado utilizadas durante a assistência pré-natal, foram referidas as tecnologias duras, sem reportar-se ao termo, ou seja, as participantes demonstraram não saber que eram assim utilizadas, como pode ser evidenciado nos recortes a seguir:

o sonar que a gente tem, fita métrica para fazer a medida, balança, aparelho de pressão, ultrassom, otoscópio. (E2)

Os equipamentos, enfim, o sonar, o ultrassom, o próprio esfigmomanômetro [...] o aparelho de HGT quando é necessário [...] o computador, também não sei [...].(E3)

O sonar, a fita métrica, o ultrassom, o Pinard não usa mais, mas a gente ainda tem, acho que isso então de tecnologia [...]. (E8)

É importante destacar que, muitas vezes, os profissionais não conseguem definir o que são tais tecnologias de forma a reconhecê-las como recursos tecnológicos, mesmo que por vezes estas estejam diariamente presentes nas rotinas do serviço (PEREIRA et al., 2012).

No presente estudo, o acolhimento foi citado como forma de atendimento à gestante, sendo relacionada à tecnologia de cuidado, por apenas uma das participantes entrevistadas:

então, primeiramente é feito um acolhimento para essa pessoa né, para essa gestante [...] depende de como ela chega, a abordagem é diferente [...] então da forma que ela se apresenta para mim é que eu vou começar o assunto [...] eu não vou chegar “ah, parabéns” se ela está ali em prantos [...] então é um acolhimento que a gente faz. (E8)

Dessa maneira, acredita-se que a assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro necessita ser planejada e qualificada, de forma a garantir à mulher e sua família um cuidado humanizado, integral e acolhedor, já que a gestação é um período especial e que leva a modificações, em todos os âmbitos, na vida da gestante e do círculo familiar. Para algumas das entrevistadas, participar desse momento da vida da mulher é gratificante, como pode ser observado na fala de uma delas:

para a maioria das gestantes é um momento assim único e especial que elas estão vivendo, acho que a gente tem, o bom da gente fazer é fazer parte disso mesmo, a gente estar incluído nisso. (E4)

É nessa perspectiva que o diálogo franco, a escuta aberta, livre de julgamentos e preconceitos, juntamente com a sensibilidade e a capacidade de percepção do profissional, possibilita acolher de forma humanizada a mulher e criar vínculos entre estes, estabelecendo uma relação de confiança.

Ainda sobre esse ponto de vista, a comunicação representa outra forma de interação entre o enfermeiro-cliente, caracterizando uma prática de humanização do cuidado de Enfermagem, na sua totalidade. Para tanto, ouvir atentamente e sem julgamentos, respeitar as necessidades da mulher, bem como preservar sua identidade, propicia a troca de experiências, empatia e confiança, aspectos fundamentais para uma assistência eficaz (RODRIGUES et al., 2006).

Posto isto, é importante que os enfermeiros reconheçam a importância do seu papel, bem como as competências legais do exercício de Enfermagem, já que isso lhes garante maior autonomia para planejar as ações e condutas de acordo com as necessidades de cada mulher. Sobre o papel do enfermeiro na assistência pré-natal, notou-se que as participantes do estudo consideram este muito importante, e atribuem a sua atuação, principalmente as ações educativas, conforme se percebe nos trechos a seguir:

eu acredito que o papel do enfermeiro no pré-natal é muito importante pelo fato de que muitas vezes o enfermeiro é o profissional que mais tem acessibilidade para o paciente, para essa paciente, para essa família. (E1)

Mas eu vejo que é muito importante porque às vezes, é, alguns detalhes de prevenção que não são abordados na consulta médica elas relatam para gente nos grupos. (E2)

Quanto à relação entre as enfermeiras e as gestantes, foi possível observar que existe uma proximidade entre estas, e que o relacionamento não se dá apenas durante a gestação, conforme pode ser observado no relato de duas participantes:

aqui, eu percebo muito, [...] que principalmente as gestantes, elas chegam elas já “eu quero falar com a fulana”, já chegam chamando pelo apelido [...] nós temos uma relação muito boa com os pacientes que vem até aqui, a gente tem um acesso muito bom com eles, então eles se sentem à vontade para vir buscar orientações no momento que eles desejarem [...]. (E1)

No meu caso elas sempre chegam primeiro para mim, é, aham, “Ah fulana, eu tô com isso, tô com aquele outro, será que eu preciso consultar?” [...] e a gente acompanha elas. Então chega um ponto que a gente tem vínculo bem legal assim, bem próximo com elas [...] A gente tem muita gestante que os filhos já estão grandes e tal e que tu conhece e acompanhou desde que, quando soube que estava grávida [...] tem umas crianças por aí que às vezes é meio que teu de tanto que você já correu atrás e tal, mas acho que é gratificante, é bom, e tu faz porque tu gosta. (E4)

Em relação à satisfação profissional frente ao pré-natal, é possível observar que quando se estabelece vínculo, concomitantemente, prevalece o reconhecimento e a valorização da assistência por parte da mulher, repercutindo positivamente na atuação do enfermeiro, conforme evidenciado no recorte a seguir:

[...] elas vêm também e a gente considera como uma coisa, eu considero como uma coisa boa por que elas te procuram então te valorizam para te mostrar uma manchinha vermelha, o olho que está saindo um pouco de pus do bebê. É bem gostoso. (E7)

Por outro lado, manter um acompanhamento de qualidade e, conseqüentemente, o vínculo entre o enfermeiro e a mulher, muitas vezes torna-se algo difícil, já que a falta de continuidade da assistência direta prestada pelo enfermeiro é reduzida. Isso por ser observado na fala das entrevistadas a seguir:

então alguns casos a gente não tem mais muito contato com ela ali no final da gravidez, e com as de alto risco também, que daí ela faz o pré-natal lá embaixo. (E4)

A gente perde o contato, eu só sei quando elas vem para a consulta, na triagem, aí a gente troca às vezes algumas palavras [frustração], chega na hora do nascimento às vezes eu nem fico sabendo que nasceu porque tem bastante e é muita correria [...] eu não tenho mais esse acompanhamento, e às vezes a gente deixa muito a desejar por que tem mulheres que precisam [...] você cadastra ela no início, depois você vê ela vindo para a consulta com a médica, troca algumas palavras com ela no corredor, e no final você fica sabendo que ela ganhou neném porque ela veio fazer o cartão SUS e marca a primeira consulta e às vezes a gente nem vê [...] (E7)

Uma das causas da falta de vínculo entre as profissionais entrevistadas e as gestantes pode estar relacionada à participação do enfermeiro durante a assistência pré-natal, já que a atuação nesse momento está voltada, principalmente, para as questões burocráticas. Ressalta-se, também, que além de prejudicar o vínculo entre o profissional e a gestante, esse fato leva à insatisfação de muitos profissionais. Os relatos que seguem retratam essa realidade:

[...] então eu acho que, deixa a desejar quando já não tem o grupo, e nós deixamos a desejar quando a gente não faz essas consultas intercaladas com o médico, não tem vínculo com a gestante [...] o certo seria fazer a visita, uma vez também eu, nós fazíamos a visita puerperal, às vezes por falta de tempo, de ânimo também [emoção], ou de falta de carro, aí a gente acabou desistindo [...]. (E7)

Eu acho que a gente deixa a desejar na atuação de enfermeiro mesmo, de estar, de ver o paciente como um todo, porque você tem que prestar, tem que coletar os dados, porque o teu gestor te cobra os dados. (E8)

Outra causa que pode estar associada à dificuldade em estabelecer o vínculo refere-se às atividades educativas, uma vez que boa parte das participantes do presente estudo, atualmente, só realiza orientações à mulher no momento da primeira consulta de Enfermagem. O pouco contato entre esses profissionais e as gestantes acaba por comprometer a relação paciente-usuário e, muitas vezes, a qualidade das orientações fornecidas. Comprova-se isso pelo depoimento de uma das participantes:

então eu acho que falta aquele contato do enfermeiro para ele orientar mais sobre as dúvidas que elas tem [...] acho que deveria ter mais, mas a parte de orientação eu acho que ela cabe ao enfermeiro estar fazendo [...] se a gente tivesse essa organização talvez eu diria assim, de conseguir colocar em prática as orientações com certeza elas não chegariam aqui talvez com situações de rachadura de mama, ou com situação talvez de deixar passar a data do exame do pezinho [...] acabam acontecendo situações de ter que fazer busca ativa depois por que elas não estavam talvez, o suficientemente orientadas né. (E5).

Nesse contexto, é importante destacar que as tecnologias leves podem ser compreendidas como “mediadoras da racionalidade e da subjetividade, da intuição, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade, instrumentos para fortalecer e qualificar o cuidado de Enfermagem” (Nietsche et al., 2012, p. 183). Assim, trata-se de uma estratégia que, quando utilizada, pode reduzir ou evitar que aspectos como os já narrados sejam frequentemente presentes nos serviços de saúde.

Como mencionado anteriormente, a educação em saúde é uma importante ferramenta na busca da qualidade da assistência pré-natal, já que contribui para o entendimento do processo gestacional, considerando os valores, as crenças, os medos e as dúvidas das

gestantes, ao mesmo tempo em que proporciona que as mulheres se tornem protagonistas na vivência de sua gestação (STUMM; SANTOS; RESSEL, 2012).

Também é importante destacar que as ações educativas são de competência de todos os profissionais de saúde, e que além da atuação destes profissionais, a qualidade das orientações, assim como da assistência pré-natal como um todo, depende da adesão e do interesse da gestante. Vários aspectos dessa afirmação se confirmaram na fala de algumas participantes:

a gente sabe que é superimportante elas estarem participando do grupo de gestante onde são vários profissionais [...] um leque enorme de informações que elas poderiam estar recebendo, mas não surge o interesse [...] falta interesse da gestante em estar participando das atividades que a gente desenvolve e que a gente oferta para elas. (E3)

Então assim, é a falta de interesse dessa gestante, ela muitas vezes acha que não é importante. (E6)

Muitas vezes é falta de interesse, falta de orientação do profissional que atendeu, e eu acho que não precisa ser só do profissional que atende, só o enfermeiro especializado, pode partir de qualquer pessoa que está dentro da unidade, todo pessoal da Enfermagem [...] o agente de saúde [...]. (E8)

Para algumas participantes, muitas das dúvidas, dificuldades e intercorrências que ocorrem durante todo o período gravídico-puerperal poderia ser evitável mediante a atuação mais efetiva do enfermeiro, por meio da consulta de Enfermagem e das ações educativas:

eu acho que se cada, nem que fosse a cada 60 dias tivesse a consulta com o enfermeiro, a gente podia tirar muito mais dúvidas de preparação dela, até para o parto ou para a cesárea, como que funciona isso, essas questões de orientações mesmo. (E5)

[...] aparece uma coisinha no neném elas vêm mostrar para a enfermeira e às vezes se tivesse sido mais detalhado, tido um acompanhamento melhor elas não precisavam ter vindo. (E7).

Aspectos semelhantes podem ser frequentemente observados nos serviços de saúde e exigem do profissional competência e preparo para o bom desempenho, já que a mulher e a sua família devem ser consideradas sob o contexto em que estão inseridos, ou seja, bio-psico-socialmente, requerendo assim, uma atenção individualizada. Merhy (2007) lembra que cabe ao enfermeiro, além de acolher, garantir a retaguarda do atendimento realizado pelos demais profissionais da Enfermagem por meio de orientação sobre as condutas e do uso de protocolos, elaborados para guiar as ações desenvolvidas.

Nesse contexto, a atualização profissional é um fator importante, já que muitas vezes a formação acadêmica não abrange todos os aspectos necessários para a prática assistencial, como pode ser observado nos relatos que seguem:

às vezes é tudo muito bonito no papel, na prática é tudo bem diferente, é uma persistência. (E5)

Na faculdade você tem uma outra visão, é tudo lindo, tudo maravilhoso, parece que você vai revolucionar a vida de todo o mundo. E chega durante, você chega ao posto, às vezes você cai de para-quedas em um posto novo [...] com bastante dificuldade de materiais, tem que improvisar muita coisa, dificuldade com colega de trabalho e com o passar dos anos você fica muito frustrado. (E7)

Isso vem ao encontro do estudo realizado por Moretti-Pires e Bueno (2009), o qual aponta para a transformação dos serviços de saúde frente ao SUS, a abordagem da APS e da valorização do usuário como parte desse sistema, e a mudança no papel dos profissionais diante dessas transformações. Com base nessa nova política de saúde exige-se um “profissional adequado à consecução dos princípios do SUS na prática diária” (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009, p.440).

No entanto, mesmo com essas mudanças que visam à integralidade e à humanização, na prática isso não acontece, já que a formação acadêmica dos profissionais de saúde não sofre transformações no mesmo passo, tanto no que se refere aos aspectos da ação clínica como no desenvolvimento de habilidades para o vínculo e humanização do atendimento. Ainda de acordo com os mesmos autores, a formação universitária permanece centrada no modelo tecnicista, em que a formação universitária é desarticulada das necessidades dos SUS (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Diante do exposto, torna-se imprescindível que o enfermeiro analise constantemente a sua prática, suas habilidades e suas limitações, a fim de buscar formas de tornar a assistência de Enfermagem mais humanizada, mais efetiva e autônoma, de acordo com as responsabilidades legais da profissão.

Para Chernicharo, Silva e Ferreira (2011) a humanização deve abranger as questões objetivas como a gestão, o aperfeiçoamento e a qualidade profissional, bem como as questões subjetivas, relacionada ao autoconhecimento, à empatia e às relações interpessoais. O autor ainda aponta que a empatia é um instrumento valioso para a assistência, pois passa a ajustar-se em valores pessoais, na compreensão do verdadeiro significado do cuidado, permitindo ao profissional escolher a melhor maneira de cuidar.

Para Souza (2011, p.29), considerando o “ponto de vista da gestão do processo de trabalho, dentro de um conjunto de lemas estratégicos definidos na política de saúde local e das unidades de saúde”, o uso das tecnologias leves pelos profissionais de Enfermagem traria a garantia de: acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade, no intuito de alterar a estrutura de necessidades no processo de relação entre paciente/cliente e os profissionais de Enfermagem.



É nessa perspectiva que o uso das tecnologias de cuidado, em especial as tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo e a escuta, tornam-se instrumentos capazes de contribuir para a qualidade, o reconhecimento profissional e a satisfação pessoal do enfermeiro, além de colocar em prática a humanização, como recomendado pelo MS.

Tendo em vista os dados apresentados, foi possível perceber que o enfermeiro tem um papel de intermediador entre a assistência e o serviço de saúde, uma vez que este profissional, além das competências relacionadas à Enfermagem, também exerce, em grande escala, funções administrativas e gerenciais nos serviços de saúde. Logo, a qualidade da assistência prestada requer o desenvolvimento de habilidades e competências pessoais e profissionais, bem como de uma formação acadêmica que possibilite relacionar de forma mais efetiva o conhecimento científico e a atuação na prática, de acordo com a realidade e as necessidades apresentadas por cada região.

Frente a isso, é necessário que o enfermeiro, como coordenador do serviço de saúde, juntamente com os gestores municipais, busque estabelecer e implementar um processo contínuo de avaliação da assistência. Quanto ao papel assistencial do enfermeiro, cabe a estes organizar as atividades diárias do serviço de saúde e as necessidades do serviço, a fim de realizar com autonomia as funções legais de sua profissão.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar as ações realizadas pelo enfermeiro na assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, e identificar o uso de tecnologias de cuidado, nesse acompanhamento, no município de Xaxim/SC.

A análise do conteúdo decorrente das entrevistas realizadas sugeriu que a assistência pré-natal é centrada fortemente na figura médica. Nesse contexto, o enfermeiro vem desempenhando suas ações voltadas mais para as questões burocráticas e menos para a prática assistencial, propriamente dita.

O estudo possibilitou reconhecer que dos enfermeiros que estão atuando na APS no município de Xaxim-SC, apenas um atua há menos de um ano, enquanto os demais desempenham suas atividades profissionais há mais de três anos neste local. Quanto ao aperfeiçoamento profissional relacionada à saúde da mulher, observou-se que uma das enfermeiras cursou pós-graduação em Saúde Coletiva e cinco em Saúde da Família. No entanto, nenhuma das participantes possui pós-graduação em saúde materno infantil, o que interfere nas ações realizadas, visto o desconhecimento dos protocolos específicos e preconizados pelo MS relacionados ao atendimento à mulher em todo o seu ciclo vital. Associado a isso, também observou-se que, ainda nos dias de hoje, a formação universitária permanece desarticulada das necessidades do SUS, estando centrada no modelo tecnicista e burocrático. Assim, acredita-se na necessidade dos profissionais e dos gestores, juntamente com as instituições de ensino, analisar a formação profissional, as necessidades atuais dos serviços de saúde, refletir sobre os conhecimentos teóricos e a prática assistencial e, dessa forma, traçar caminhos para superar os percalços existentes, visto que o conhecimento científico é uma ferramenta essencial para melhorar a qualidade e efetividade da assistência.

Quanto às ações realizadas pelas enfermeiras na assistência pré-natal, observou-se que as mesmas desenvolvem, basicamente, todas as atividades recomendadas pelo MS, embora essa assistência seja intermitente e sucinta. Nesse sentido, como forma de modificar este cenário, é importante a sensibilização dos profissionais frente às possibilidades de atuação, o apoio do poder público municipal mediante instrumentos e protocolos que empoderem legalmente a assistência de Enfermagem, bem como um processo contínuo e permanente de atualização profissional.

Ainda, outra forma de melhorar a assistência refere-se à implementação de um processo contínuo de avaliação da assistência. Quanto ao papel assistencial do enfermeiro, cabe a este organizar as atividades diárias do serviço de saúde e as necessidades do serviço, a

fim de realizar com maior autonomia as funções legais de sua profissão, participando ativamente e realizando as consultas de Enfermagem durante todo o ciclo gravídico-puerperal vivenciado pela mulher.

Um dado que chamou a atenção foi que as enfermeiras atuam muito pouco e de forma descontínua na assistência pré-natal. É rotina estabelecida no município que o enfermeiro realize a primeira consulta pré-natal, sendo responsável pelas questões burocráticas, como o cadastro da gestante no SISPRENATAL e solicitação dos exames laboratoriais preconizados. Em relação às consultas subsequentes, estas são realizadas pelo médico, enquanto que o enfermeiro realiza nova assistência somente na presença de alguma intercorrência e quando o atendimento médico não está disponível. No que concerne às atividades educativas, identificou-se que alguns dos serviços de saúde do município desenvolvem, atualmente, grupos de gestantes como forma de orientar e preparar a mulher para o processo gravídico-puerperal. Outra parte, por sua vez, o enfermeiro realiza as orientações durante a consulta de Enfermagem ou, ainda, de acordo com a demanda ou procura no serviço de saúde. Essa descontinuidade da assistência implica na criação de vínculo entre estes profissionais e as mulheres, além de acarretar na insatisfação profissional.

Assim, entende-se que a gestação de baixo risco deve ser acompanhada pelo enfermeiro, já que a consulta de Enfermagem é uma estratégia que, juntamente com as tecnologias leves, possibilita garantir uma assistência pré-natal de qualidade e que permite a satisfação, tanto do profissional quanto do usuário.

Ainda foi possível observar que, como forma de acompanhar a adesão ao pré-natal, as enfermeiras fazem uso da busca ativa e da visita domiciliar, principalmente por intermédio do ACS. Salienta-se que a visita domiciliar é de competência de todos os membros da AB, e que a busca ativa deve ser realizada para todos os faltosos, principalmente durante a gestação.

Outro achado importante refere-se ao uso das tecnologias leves na assistência pré-natal. Neste estudo, foi possível identificar que as enfermeiras desconheciam o termo tecnologias de cuidado, porém associavam este às tecnologias duras, ou seja, aos equipamentos ou materiais utilizados na assistência. Observou-se, também, que mesmo quando associadas às questões de humanização, ou seja, às tecnologias leves, estas foram referidas sem reportar-se ao termo, ao passo que as enfermeiras não sabiam que assim eram utilizadas.

Nessa perspectiva, é importante destacar que as tecnologias leves estão diretamente relacionadas com o cuidado de Enfermagem, visto que este se configura na essência da profissão. Além disso, a adoção das tecnologias leves de cuidado se configura em estratégias

que vem sendo preconizadas pelo MS ao longo dos últimos, por meio da humanização nos serviços de saúde, a fim de prestar uma assistência resolutiva, de qualidade, garantindo a satisfação dos usuários, dos profissionais, bem como do serviço.

Em razão disso e do limitado número de publicações relacionadas às tecnologias leves, acredita-se na importância de aproximar os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, com a temática, e impulsionar o uso destas na assistência de Enfermagem, visto que além do já exposto, as tecnologias leves podem contribuir para que a profissão se firme enquanto ciência e corpo de conhecimentos técnicos e científicos.

Diante dos dados apresentados, percebe-se que há muito para se avançar em relação à atuação e autonomia do enfermeiro, principalmente no que diz respeito ao cuidado pré-natal na APS, além do reconhecimento e valorização por parte do próprio profissional, que muitas vezes não reconhece sua inserção e conquista profissional adquirida ao longo dos anos frente à assistência pré-natal.

Assim, espera-se que o presente estudo contribua para a sensibilização deste profissional frente à importância da sua atuação efetiva e das competências legais da profissão. Almeja-se, também, instigar o uso das tecnologias leves, a fim de oferecer um atendimento humanizado e integral à mulher e sua família na assistência pré-natal.

Ainda, por meio desse estudo, enseja-se instigar o poder público municipal a corroborar com a atuação do profissional enfermeiro e que este atue de maneira condizente ao preconizado, tanto na organização dos serviços quanto nas ações realizadas.

Por fim, espera-se que este estudo venha a contribuir para que a atuação do enfermeiro na assistência pré-natal e o uso das tecnologias leves de cuidado sejam temas trabalhados de forma mais explícita no ensino das graduações em Enfermagem, e que estes sejam incluídos em projetos de pesquisa e extensão universitária, de forma a enfatizar a importância deste assunto e a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia et al. Práticas de cuidado de Enfermeiros na Atenção Básica à Saúde. In: KALINOWSKI, Carmen Elizabeth; OLIVEIRA, Adriano de; FERREIRA, Darlison Sousa (Org.). **PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM (PROENF)**: Atenção Primária e Saúde da Família. Porto Alegre: Artmed / Panamericana, 2012. p. 47-66.

ACIOLI, Sonia. A Prática Educativa Como Expressão do Cuidado em Saúde Pública. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.61, n.1, pp. 117-121, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>>. Acesso em 16 de novembro de 2014.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, jun. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2014.

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti; et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789-800, 2012. Disponível em [www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf). Acesso em 15 de dezembro de 2014.

ARAUJO, Luciane de Almeida. A Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. In: ARAUJO, Luciane de Almeida; REIS, Adriana Teixeira. **ENFERMAGEM NA PRÁTICA MATERNO-INFANTIL**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 5. p. 41-48.

ARAÚJO, Michele Dias Santoro; OKASAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim. A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal. **Rev. Enferm. UNISA**. v. 8, 2007. Disponível em <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-10.pdf>>. Acesso em 27 de junho de 2014.

BARBOSA, Thiago Luis de Andrade; GOMES, Ludmila Mourão Xavier, DIAS, Orlene Veloso. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm.** v.16, n. 1, 2011. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21108>>. Acesso em 23 de junho de 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Lisboa, Portugal, 2009.

BRASIL. Constituição (1975). Ministério da Saúde. **V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_5.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf)>. Acesso em 12 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Constituição (2000). **Portaria n.º 569/GM**. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: plano de ação 2004-2007. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição (2005). **Portaria nº 1.067/GM**. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Constituição (2011). **Portaria nº 1.459**. Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. **Departamento de Informática do SUS - DATASUS**. Disponível em <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=42&VCodMunicipio=421970&NomeEstado=](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=42&VCodMunicipio=421970&NomeEstado=)>. Acesso em 3 de abril de 2014.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 7498. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1986. Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em 08 de abril de 2014.

BRASIL. Constituição (1986). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Regulamenta o Exercício da Enfermagem e da Outras Providências**. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em 08 de abril de 2014.

BRASIL. Constituição (2012). Resolução nº 466. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 02 de abril de 2014.

BRASIL. Constituição (2013). **Portaria nº 752 de 6 de Maio 2013**. Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Municípios, referente ao incentivo de qualificação do Componente Pré- Natal, por gestante inscrita e captada precocemente no SISPRENATAL WEB. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2013/iels.mai.13/Iels85/U\\_PT-MS-GM-752\\_060513.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.mai.13/Iels85/U_PT-MS-GM-752_060513.pdf)>. Acesso em 10 de abril de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_santa\\_catarina.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_santa_catarina.pdf)>. Acesso em 19 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Disponível em <[http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind\\_Mortalidade\\_Perinatal/Ind\\_Mortalidade\\_Perinatal\\_graf.def](http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_Mortalidade_Perinatal/Ind_Mortalidade_Perinatal_graf.def)>. Acesso em 05 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc.def>> Acesso em 01 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BONILLHA, Ana Lucia de Lourenzi; et al. Avaliação da atenção pré-natal após capacitação participativa de pré-natalistas: pesquisa tipo antes e depois. **Online Brazilian Journal Nursing** [periodic online]. vol. 11, n.3, 2012. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3764>>. Acesso em 18 de novembro de 2014.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; ABEICHE, Alberto Mantovani; NICKEL, Célia. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. In: FREITAS, Fernando et al. (Org.). **ROTINAS EM OBSTETRÍCIA**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 1. p. 23-43.

CARDOSO, Ângela et al. **O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação**, 2007. Disponível em <<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>>. Acesso em 12 de novembro de 2014.

CEOLIN, Rejane; et al. Educação em Saúde como Ferramenta para uma atenção integral à saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Revista de Enfermagem**. v. 4, n. 4 e 5, 2008. Disponível em <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1141>>. Acesso em 24 de novembro de 2014.

CESAR, Juraci A. et al. Diferentes Estratégias de visita domiciliar e SEUS efeitos Sobre a Assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil . **Cad. Saúde Pública [online]**. vol.24, n.11, pp.2614-2622, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/16.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2014.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery [online]**. vol.15, n.4, pp. 686-693, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a05v15n4.pdf>>. Acesso em 24 de novembro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 223 de 03 de**

**dezembro de 1999.** Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Disponível em <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen-2231999\\_4266.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluocofen-2231999_4266.html)>. Acesso em 24 de maio de 2014..

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de Enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Cienc. enferm., Concepción**, v. 19, n. 1, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n1/art\\_11.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n1/art_11.pdf)>. Acesso em 15 de maio de 2014.

ESPÍRITO-SANTO, Lilian Córdova do; BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. Enfermagem em Obstetrícia. In: FREITAS, F. et al.. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 262-273.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP)**, (s/d). Disponível em <<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-13.pdf>>. Acesso em 18 de maio de 2014.

FELICIANO, Neusa FELICIANO; PRADEBON;LIMA; PRADEBON, Vania Marta; LIMA, Suzinara Soares de. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. Aquichan [On-line] 2013, 13 (Mayo-Agosto). Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128688002>> ISSN 1657-5997. Acesso em 30 de julho de 2014.

FESCINA, Ricardo H; et al. **Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS**. Montevideu. Centro Latino-americano de Perinatologia / Saúde da Mulher e Reprodutiva - CLAP/SMR; 2010.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Boockman, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Maysa Luduvise. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino; et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros . **Reme : Rev. Min. Enferm.** vol.16 no.3 Belo Horizonte jul./set. 2012. Disponível em <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/remef/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso em 14 de novembro de 2014.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. MARCONI, M.; LAKATOS, E.M. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta paul. enferm.** [online]. vol.25, n.3, pp. 464-470, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a23.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2014.



LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui (Org.). **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; TAKIMI, Lúcia Naomi. Pré-natal de baixo risco. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Cerrati.(org). **Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 987-98.

MACEDO, Priscila de Oliveira; et al. Tecnologias de cuidado fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.2 n. 12, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a22.pdf>>. Acesso em 16 de agosto de 2014.

MARTINS, Cleusa Rios; DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e Enfermagem. **Texto contexto - enferm**. vol.17 no.1 Florianópolis, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>>. Acesso em 16 de agosto de 2014.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias ; ONOKO, Rosana. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 1997.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; BUENO, Sonia Maria Villela. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 22, n.4. pp. 439-444, 2009. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023838015>>. Acesso em 26 de novembro de 2014.

MURRAY, Enkin; et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em Enfermagem. **Rev. Enferm UFSM**. v. 2, n.1, 2012. Disponível em <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3591/3144>>. Acesso em 12 de maio de 2014.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO. **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea : MP, SPI, 2014

OLIVEIRA, Clotilde Assis; et al. **Tecnologias em saúde**: impactos e desafios. XIII Congresso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS 2012. Disponível em <<http://www.sbis.org.br/cbis2012/arquivos/791.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**: atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PEIXOTO, Catharina Rocha; et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2011. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>>. Acesso em 23 de maio de 2014.

PEREIRA, Camila Dannyelle Fernandes Dutra; et al. Tecnologias em Enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**. v. 2, n. 4, 2012. Disponível em <http://ufrn.emnuvens.com.br/reb/article/view/3331>. Acesso em 20 de agosto de 2014.

POLIT, Denise.F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernardete Polit. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira. Grupos de pesquisa em enfermagem na área da saúde da mulher. **Arq. Ciênc. Saúde**. v.21, n.2, 2014. Disponível em <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-21-2/v21-2.htm](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-21-2/v21-2.htm)>. Acesso em 17 de novembro de 2014.

REZENDE, Jorge Filho; MONTENEGRO, Carlos Barbosa. Modificações do organismo materno. In: **Obstetrícia fundamental**. 11<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008, p. 69-81.

REZENDE, Jorge Filho; MONTENEGRO, Carlos Barbosa. Assistência pré-natal. In: **Obstetrícia fundamental**. 11<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008, p. 130-139.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a Consulta de Enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2014.

RODRIGUES, Dafne Paiva; et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: Binômio mãe-filho. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 277-286, abr./jun., 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a11v15n2.pdf>>. Acesso em 16 de novembro de 2014.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm**. v. 58, n. 3, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a10v58n3.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2014.

SCHWONKE, Camila Rose G. Barcelos; et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de Enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.64. n.1, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a28.pdf>> . Acesso em 12 de novembro de 2014.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado no pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.62, n.3, p. 387-92.2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300009&script=sci_arttext)>. Acesso em 16 de novembro de 2014.

SOUZA, Elisabete Costa de. **Tecnologias leves envolvidas no trabalho em enfermagem**: revisão bibliográfica. 2011. 41 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011souza-ec.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2014

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002.

STUMM, Karine Eliel; SANTOS, Carolina Carbonell dos; RESSEL, Lúcia Beatriz. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Rev Enferm UFSM**. v. 2, n. 1, 2012. Disponível em <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3060>>. Acesso em 20 de novembro de 2014.

TEDESCO, José Júlio de Azevedo. Pré-natal. In: Tedesco, José Júlio de Azevedo. **A grávida**: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Editora Atheneu, 1999. p. 2-26.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDOR, Ana Cristina. Cuidados no puerpério. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Cerrati. **Tratado de Medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 999-1008.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Cuidado humanizado no pré-natal: desafios e contribuições da Enfermagem. In: PROENF. Saúde materna e neonatal. SILVA, Isilia Aparecida (org). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009.

ZIEGEL, Erna.E. **Enfermagem Obstétrica**. Reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL CAMPUS CHAPECÓ CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO

##### Identificação e experiência profissional do sujeito

- a. Iniciais do nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )
- b. Qual o ano e local da conclusão do curso de graduação em Enfermagem?
- c. Tem alguma especialização na área?
- d. Há quanto tempo atua na atenção primária de saúde como enfermeiro?

##### Assistência pré-natal

- a) O que você entende por pré-natal?
- b) Você conhece alguma Política, Programa ou Portaria que trata da atenção pré-natal? Quais e sobre o que elas abordam?
- c) Você realiza consultas de Enfermagem? Se sim, como ela é realizada? Se não, porque ela não é realizada?
- d) Fale sobre o papel do enfermeiro no acompanhamento pré-natal.
- e) O que você considera que interfere, positiva ou negativamente, no acompanhamento do pré-natal e na qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro?
- f) Descreva as ações, de forma detalhada, realizadas por você durante a assistência pré-natal (recepção da mulher, condução da consulta, procedimentos realizados, exames solicitados, orientações fornecidas à mulher e acompanhantes).
- g) Quais são as estratégias e recursos que habitualmente são utilizados no acompanhamento pré-natal?
- h) Como é organizado e em que momentos são realizados os atendimentos à mulher?
- i) Existem diferenças na assistência prestada no decorrer das consultas de pré-natal? Se sim, quais?
- j) O que você considera por tecnologias de cuidado?
- k) Quais delas você utiliza durante a assistência pré-natal?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisadora:** Acadêmica Keli Cristina Marocco

**Orientadora:** Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa pré-intitulada “**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO**”. Este documento contém informações sobre o estudo que será realizado.

O presente projeto tem o objetivo de identificar as ações realizadas pelo enfermeiro na assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, e analisar o uso de tecnologias de cuidado, nesse acompanhamento, no município de Xaxim/SC.

Por isso, viemos convidá-lo(a) a participar de forma voluntária, na etapa de coleta de dados desta pesquisa. Ressaltamos que você poderá solicitar informações e esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa. Também, poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual você trabalha. Ainda, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por participar do presente estudo.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada (com roteiro previamente estabelecido e perguntas predeterminadas), que será realizada pela pesquisadora do estudo, em local e horário definido por você. Estima-se que a entrevista terá uma duração aproximada de 30 a 45 minutos, sendo registrada com um gravador digital do tipo MP3 *player*. As informações que serão gravadas permanecerão em posse e responsabilidade da pesquisadora responsável e professora orientadora, Joice Moreira Schmalfluss, sendo armazenadas em seu armário pessoal, localizado na UFFS, durante cinco anos e, posteriormente, serão destruídas.

Ainda, para a coleta de dados, será utilizado um diário de campo onde serão anotadas informações importantes e/ou acontecimentos que sejam úteis à pesquisa, permitindo à pesquisadora registrar as suas impressões.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesta pesquisa serão tratadas de forma anônima e confidencial e que a sua identidade será mantida em sigilo. Nos casos em que ocorrer a divulgação do estudo em publicações científicas, os seus dados pessoais não serão mencionados, sendo os mesmos nomeados com a letra E de entrevistado e números que contemplarão o total de entrevistas do estudo, exemplo: E1, E2 e assim por diante.

Sua participação nesta pesquisa poderá gerar riscos e desconfortos, tais como: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Desta forma, você não precisará responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista se sentir-se desconfortável ou achar que a resposta trata-se de algo muito pessoal. Como benefícios, sua participação neste estudo permitirá que você contribua na construção do conhecimento gerado para a área da Enfermagem e também auxiliará na qualificação da assistência pré-natal no município de Xaxim/SC.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam neste TCLE, e caso se considere prejudicado(a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a acadêmica Keli Cristina Marocco via telefone (49-88387971) ou pelo e-mail (keli\_marocco@hotmail.com); com a professora orientadora Joice Moreira Schmalfluss via telefone (49-85055592), e-mail (joice.schmalfluss@uffs.edu.br) ou pelo endereço institucional (Campus Chapecó/SC, SC-459, km 2, s/n, saída para Guatambu, Chapecó/ SC, telefone (49-20491501). Também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS via telefone (49-2049-1478), e-mail (cep.uffs@uffs.edu.br) ou pelo endereço (Avenida General Osório, 413-D, Jardim Itália, Edifício Mantelli, 3º andar, CEP 89802-210, Chapecó/SC).

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações mencionadas, coloque seu nome no local indicado.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pela pesquisadora e orientadora, em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da orientadora: \_\_\_\_\_

Xaxim/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIA,  
FILMAGEM E GRAVAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE  
TECNOLOGIAS DE CUIDADO**

**Pesquisadora:** Acadêmica Keli Cristina Marocco

**Orientadora:** Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

Eu, \_\_\_\_\_ permito que a pesquisadora relacionada acima obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicadas em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Xaxim/SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE  
TECNOLOGIAS DE CUIDADO**

**Pesquisadora:** Acadêmica Keli Cristina Marocco

**Orientadora:** Professora Mestre Joice Moreira Schmalfluss

A pesquisadora do presente projeto compromete-se a manter a confidencialidade das informações contidas nas anotações de campo, assim como o anonimato das entrevistas. Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto e que somente poderão ser divulgadas de forma anônima e para fins científicos.

Xaxim/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**Keli Cristina Marocco**



**ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS  
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES  
ENVOLVIDAS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFFS, o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Xaxim-SC declara ter sido informado sobre o projeto de pesquisa intitulado **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: AS AÇÕES DE ENFERMEIROS E O USO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO**, e concorda com o envolvimento da instituição na referida pesquisa, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Xaxim-SC, 08 de julho de 2014.

*Keli Cristina Marocco*

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

*Joehmal Fux*

\_\_\_\_\_  
Professora Orientadora

*Josiane Sampaio*

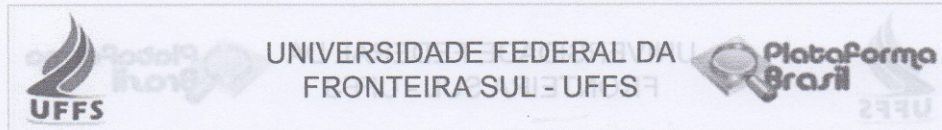
\_\_\_\_\_  
Josiane Sampaio

Cargo: Secretária Municipal de Saúde

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Xaxim

Número de telefone:

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (APROVAÇÃO)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Assistência pré-natal: as ações de enfermeiros e o uso de tecnologias de cuidado

**Pesquisador:** Joice Moreira Schmalfluss

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 33713914.0.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 791.949

**Data da Relatoria:** 22/09/2014

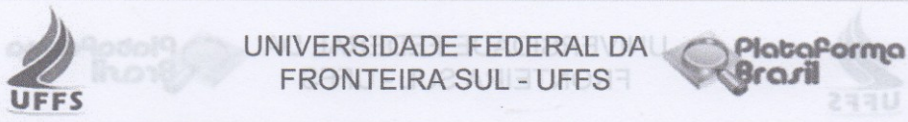
#### Apresentação do Projeto:

##### TRANSCRIÇÃO DO RESUMO:

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório. Será realizado na atenção primária à saúde, no município de Xaxim/SC. Serão participantes do estudo os enfermeiros atuantes na única Estratégia de Saúde da Família e nas oito Unidades de Saúde da Família do município de Xaxim/SC. Serão incluídos no estudo os enfermeiros que realizam a assistência pré-natal nos estabelecimentos de saúde citados. Serão

excluídos os enfermeiros que estiverem gozando de férias, licença ou que estejam afastados das suas atividades laborais por algum outro motivo não mencionado. O número estimado de participantes é nove, em função do município contar com um profissional para cada estabelecimento. Os dados do estudo serão coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada, realizada em horário e local indicado pelos enfermeiros. As entrevistas serão registradas com um gravador digital do tipo mp3 player para posterior transcrição. Também será utilizado um diário de campo para a complementação da coleta de dados. A finalização da coleta seguirá o critério de saturação dos dados. A análise dos dados coletados será feita de acordo com análise temática proposta por Bardin e dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. O estudo

**Endereço:** Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFPA  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 89.802-265  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)2049-1478 **E-mail:** joseane@uffpa.edu.br



Continuação do Parecer: 791.949

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

respeitará os aspectos éticos segundo a Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o qual envolve pesquisas com seres humanos.

**Objetivo da Pesquisa:**

TRANSCRIÇÃO DOS OBJETIVOS:

Objetivo Primário: Identificar as ações realizadas pelo enfermeiro na assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, e analisar o uso de tecnologias de cuidado, nesse acompanhamento, no município de Xaxim/SC.

Objetivo Secundário: Não se aplica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

TRANSCRIÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

**Riscos:**

Os riscos e desconfortos provenientes desta pesquisa, para os participantes, poderão ser decorrentes de: constrangimento durante a entrevista, incômodo em falar ou, ainda, mobilização emocional. Desta forma, os participantes não precisarão responder a qualquer pergunta ou fornecer quaisquer informações durante a entrevista se sentirem-se desconfortáveis ou acharem que a resposta trata-se de algo muito pessoal.

**Benefícios:** Como benefícios, a participação dos sujeitos neste estudo permitirá que os mesmos contribuam para a construção do conhecimento gerado para a área da Enfermagem e, também, auxiliarão na qualificação da assistência pré-natal no município de Xaxim/SC.

**AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS:**

Constam riscos e benefícios. A análise dos dados da pesquisa foi realizada em etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, interpretação e discussão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Adequação realizada.

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS CEP: 89.802-265  
 Bairro: CENTRO Município: CHAPECO UF: SC E-mail: joseane@uffs.edu.br  
 Telefone: (49)2049-1478



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 791.949

Continuação do Parecer: 791.949

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequações já atendidas anteriormente.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Adequação realizada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução 466 de 12/12/2012 principalmente, os artigos XI.1 e XI.2 itens c) ao h) , a Normativa 001/2013 e o Capítulo III da Resolução 251/1997.

A página do CEP-UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador” acessível no Link [http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres\\_do\\_pesquisador\\_CEP.pdf](http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres_do_pesquisador_CEP.pdf)

Atente:

1) No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, obedecidos os 20 dias antes da reunião do CEP do mês correspondente aos 6 meses, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra (exceto se a pesquisa estiver totalmente finalizada, pois, neste caso, deverá ser enviado o relatório final). Veja modelo na página do CEP, no item “6) Documentos a serem anexados à Plataforma Brasil” no subitem “ 6.1) Obrigatórios “. A cada 6 meses novo relatório parcial deverá ser enviado até que seja enviado o relatório final.

2) Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP para que possa ser avaliada e as medidas adequadas possam ser tomadas. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto. Após um projeto ter sido aprovado, alterações devem ser solicitadas na forma

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS  
Bairro: CENTRO CEP: 89.802-265  
UF: SC Município: CHAPECO  
Telefone: (49)2049-1478 E-mail: joseane@uffs.edu.br E-mail: joseane@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 791.949

Continuação do Parecer: 791.949

de EMENDA.

3) Além do relatório semestral, a qualquer momento o CEP poderá solicitar esclarecimentos sobre a sua pesquisa – vide artigos X.1.3.b), X.3.6 e XI.2.e)

4) Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final.

OBS: Os relatórios deverão ser enviados utilizando-se da opção "enviar notificação", na "Plataforma Brasil".  
Em caso de dúvida: (1) contate este CEP pelo telefone 20491478, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00  
(2) contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitar ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta, (3) Contate a "central de suporte" da plataforma Brasil no canto superior direito da plataforma e cujo atendimento é online.

Boa pesquisa!

CHAPECO, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:

**JOSEANE DE MENEZES STERNADT**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS  
Bairro: CENTRO CEP: 89.802-265  
UF: SC Município: CHAPECO  
Telefone: (49)2049-1478 E-mail: joseane@uffs.edu.br