

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
COLEGIADO DE ENFERMAGEM**

LUANY MAGNA SANTIAGO SILVA

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO:
ANÁLISE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2015

CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE - CCS
COLEGIADO DE ENFERMAGEM

LUANY MAGNA SANTIAGO SILVA

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO: ANÁLISE
DA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como pré-requisito para obtenção do título em Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^o. Ms^o. Patrícia Figueiredo Marques

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2015

LUANY MAGNA SANTIAGO SILVA

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO: ANÁLISE DA
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em _____ de maio de 2015.

Banca Examinadora

Patrícia Figueiredo Marques (Orientadora)

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Lilian Conceição Guimarães Almeida

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia

Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Djanilson Barbosa dos Santos

Doutor em Saúde Pública - Epidemiologia pela Universidade Federal da Bahia

Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força espiritual para seguir essa longa caminhada.

À minha mãe, símbolo de mulher guerreira. És minha inspiração.

Ao meu amigo, marido, companheiro, cúmplice e meu porto seguro, por me dar apoio e incentivo para seguir em frente e por fazer dos meus sonhos os seus próprios sonhos. Seu valioso e incansável apoio foi definitivo em todos os momentos da minha trajetória. Palavras são poucas para ti agradecer.

À meu filho, Lucca, que teve que suportar minha ausência em diversos momentos. Sua espontaneidade, carinho e amor incondicional sempre me estimularam nos momentos difíceis.

As minhas tias, Ana, Lúcia e Fau, pelo carinho, compreensão e pela grande ajuda.

À professora Patrícia Figueiredo Marques, por ser mais que uma orientadora, pela escuta, conselhos e ensinamentos. Exemplo de profissional e pessoa, meu carinho e eterna gratidão.

Aos amigos de graduação, em especial, a Larissa, Cristiano e Guiomar pela parceria, incentivo e apoio nesse percurso acadêmico.

Aos meus companheiros de estágio, Eduardo e Juarez, que me acolheram quando tudo ficou difícil. Juarez sou muito grata, pelas risadas, foi ótimo me contagiar com sua força e ânimo. Eduardo, suas massagens me fizeram relaxar.

Às enfermeiras que aceitaram participar desse estudo, sem elas não seria possível a realização do mesmo.

À Coordenação de Atenção Básica do Município de Santo Antônio de Jesus, pela autorização concedida para a realização desse estudo.

Enfim, a todos que diretamente e indiretamente me apoiaram para a concretização dessa etapa, o meu muito obrigada. A jornada ainda continua!

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as
roupas usadas, que já tem a forma do nosso
corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos
levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da
travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos
ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.*

(Fernando Pessoa)

SILVA, Luany Magna Santiago. **Atenção pré-natal em município do Recôncavo Baiano: análise da consulta de enfermagem.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus, BA, 2015.

RESUMO

O acompanhamento ao pré-natal é fundamental para garantir uma gestação e parto saudáveis, visto que, os coeficientes de mortalidade materna e perinatal estão associados à qualidade da assistência prestada à mulher durante o período gestacional. O objetivo deste estudo: Descrever o conhecimento das enfermeiras sobre rotinas e procedimentos no atendimento pré-natal a gestantes de baixo risco estabelecidos no protocolo do Ministério da Saúde. Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em 21 Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus. Os sujeitos do estudo foram 14 enfermeiras com no mínimo seis meses de vínculo com a unidade na qual trabalha e realizar consultas pré-natal. Os dados foram coletados por meio da observação não participante das consultas e entrevista estruturada com as enfermeiras, as quais foram submetidas a análise estatística, a partir da sistematização dos dados pelo software SSPS (Statistical Package for the Social Sciences). Foram observados um total de 64 consultas, vinte consultas de primeira vez e quarenta e quatro consultas subseqüente, destas, respectivamente, 80% e 86,4% foram captadas precocemente. Os elementos investigados relacionado à gestação e os procedimentos técnicos que apresentaram maior frequência foram a data da última menstruação, idade gestacional, data provável do parto; a aferição da pressão arterial, peso e altura. Na primeira consulta, o exame das mamas foi o único procedimento com maior percentual quando comparado com a subseqüente. Nas consultas subseqüentes, os procedimentos mais realizados foram, a medição da altura uterina, palpação obstétrica, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e pesquisa de edemas. Todos os exames complementares solicitados apresentaram uma redução da primeira consulta para a subseqüente. A prescrição do ácido fólico e sulfato ferroso foram baixas e a solicitação do esquema vacinal foi realizada de forma satisfatória. Conclui-se que a atenção prestada no pré-natal de baixo risco não atende alguns princípios estabelecidos nos protocolos do Ministério da Saúde, necessitando as enfermeiras um treinamento para valorização das gestantes como sujeitos de direito.

PALAVRAS-CHAVE: pré-natal, enfermagem, unidade de saúde da família.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Ações de acolhimento da gestante observados na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

Tabela 02: Procedimentos técnicos observados na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

Tabela 03: Exames complementares solicitados na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

Tabela 04: Solicitação do esquema vacinal e prescrição de medicamentos na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORh	Tipagem sanguínea e fator Rh
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DHEG	Doença Específica da Gestação
DPP	Data Provável do Parto
DUM	Data da Última Menstruação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HB	Hepatite B
HBsAg	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HT/HB	Hematócrito/hemoglobina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade gestacional
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RC	Rede Cegonha
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal

SMS/SAJ	Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Política de Atenção Pré Natal no Brasil - Breve Retrospectiva Histórica	13
3. METODOLOGIA	18
3.1 Tipo de estudo	18
3.2 Local do estudo	18
3.3 Sujeitos do estudo	18
3.4 Coleta de dados	19
3.5 Variáveis do estudo	19
3.6 Análise dos dados	20
3.7 Comitê de ética	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4. 1 Ações que promovessem o acolhimento	22
4.2 História e avaliação gineco-obstétrica	26
4.3 Solicitação de exames complementares.....	31
4.4 Esquema vacinal.....	35
4.5 Orientações sobre medicamentos e prescrição	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	
ANEXO - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DAS CONSULTAS	
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS	

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto fazem parte de um momento importante para as mulheres, quando uma nova vida se desenvolve e vem ao mundo. Em um ambiente que respeite a mulher, a

gestação, o nascimento e a maternidade podem ser motivos importantes para assegurar os direitos e o status social da mulher sem que sua saúde seja ameaçada.

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2014) estimou que, todos os dias, cerca de 800 mulheres morrem de complicações relacionadas com a gravidez a cada ano em todo mundo. As principais complicações que respondem por quase 75% de todas as mortes maternas são hemorragias, distúrbios hipertensivos, infecções e as complicações do aborto inseguro; e, 15% das gestações e partos precisam de cuidados obstétricos de emergência por causa dos riscos que são difíceis de prever.

Como forma de melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (COSTA et al, 2013).

O estabelecimento de um protocolo com mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio, foi uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

A gestação é uma experiência complexa de aspectos diferentes para cada mulher, com alterações biológicas e emocionais que envolve a sociedade, os serviços de saúde e a família, em que a mulher está inserida. Logo, a assistência a mulher no pré-natal vem sendo adotada como uma política de saúde para redução dos coeficientes de morbimortalidade materna e infantil (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

Apesar dos avanços na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, a redução desses coeficientes permanece um desafio. Embora, o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória (MARTINELLI et al, 2014).

Um ponto importante que marcou o desenvolvimento da atenção ao pré-natal foi a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual propõe-se que a assistência pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde, caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema de saúde e também onde são firmados os vínculos entre a equipe e a comunidade (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

Tendo em vista a característica da ESF, a enfermeira ocupa uma posição de destaque na assistência pré-natal, pois é uma profissional qualificada para acolher à mulher, possuindo um papel muito importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias que implica no fácil acesso a serviços de saúde, na responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada, a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Buscando aperfeiçoar o modelo de atenção à saúde materno-infantil, recentemente, o programa Rede Cegonha, por meio da Portaria n°. 1459, em 2011, vem sendo implementado como forma de complementar o PHPN. Essa estratégia consiste em uma rede de cuidados que visa garantir às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINELLI et al, 2014).

Cabe ressaltar que na rede de atenção básica, o cuidado de enfermagem na assistência pré-natal ainda não está bem consolidado. Devido a limitações na ampliação e na cobertura da clientela, entre os quais sobressaem a falta de recursos humanos e materiais, a demora para agendamento de consultas e recebimento de exames, dentre outros (COELHO et al, 2012).

Situações estas, que têm comprometido o vínculo das usuárias e gerado o distanciamento do serviço de saúde causando sérios obstáculos à implantação de ações de enfermagem embasadas por princípios de qualidade, refletida em uma assistência à mulher que não corresponde às suas expectativas e necessidades (GUERREIRO et al, 2012).

As seguintes considerações permitem refletir acerca da assistência do enfermeiro durante a consulta de pré-natal, para que se possa aproximar o máximo possível de uma prática humanizada e de qualidade, por meio de um processo de cuidar sistemático, individual e contextualizado.

A aproximação e interesse pelo tema foram despertados a partir da oportunidade em participar do projeto de pesquisa multicêntrico, intitulado “Análise da assistência pré-natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi”, do qual este artigo é um produto.

Diante destes fatos, surge o seguinte questionamento: Qual o conhecimento das enfermeiras sobre as rotinas e procedimentos das consultas de pré-natal realizadas nas USF no município de Santo Antônio de Jesus?

Assim, o presente estudo teve como objetivo: Descrever o conhecimento das enfermeiras sobre rotinas e procedimentos no atendimento pré-natal a gestantes de baixo risco estabelecidos no protocolo do ministério da saúde.

O Caderno de Atenção Básica, Atenção ao pré-natal de baixo risco (Ministério da Saúde, 2012) estabelece as competências de médicos (as) e enfermeiras (os). A consulta de enfermagem pré-natal constitui-se em um instrumento fundamental ao objetivar garantir a ampla cobertura e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, especialmente, por meio de ações de preventivas e de promoção à saúde. Diante deste fato, acreditamos que as enfermeiras da ESF do município estudado conhecem parcialmente os procedimentos atuais estabelecidos no protocolo do Ministério da Saúde.

Espera-se que as conclusões, cientificamente embasadas, através de documentação sistematizada das informações em saúde, possam ser utilizadas pelos gestores de saúde locais, a fim de alcançar ações mais efetivas de qualidade e com isso contribuir para o contínuo processo de melhoria da qualidade. Ademais, contribuirá para o estabelecimento de prioridades por parte dos gestores municipais impactando diretamente nas políticas públicas do município, principalmente auxiliando no processo atual de implementação da Rede Cegonha.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Política de Atenção Pré Natal no Brasil - Breve Retrospectiva Histórica

Quando olhamos para o histórico das políticas públicas da mulher, no Brasil, podemos verificar que a maioria destas tinham como foco a gravidez e seu ciclo. Durante todos esses

anos, até o final da década de 70, os programas maternos-infantis, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (SOUZA; SILVA, 2010).

A assistência materno-infantil era inicialmente limitada aos problemas de saúde das mulheres grávidas, onde o principal interesse recaía na proteção da saúde do feto, e na melhoria dos indicadores da saúde infantil.

Por volta dos anos 80, a partir da convergência das propostas oriundas do movimento feminista juntamente com o movimento sanitário brasileiro, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) voltado aos principais problemas de morbidade e mortalidade que acometem a população feminina (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

Neste momento, houve uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. Concomitantemente ocorria o processo de redemocratização no país, bem como a aprovação da Constituição Federal de 1988, que entre outros avanços, criou o Sistema Único de Saúde amparado nos princípios da universalidade do acesso, integralidade e equidade nas ações de saúde, regionalização, participação social e autonomia dos sujeitos (RATTNER, 2014).

O PAISM enquanto programa, teve como objetivo ampliar o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina, no âmbito da atenção integral. Capacitando os serviços de saúde para atender a mulher em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas (FERRAZ et al, 2013).

O pré-natal, durante muitos anos, era realizado somente pelo profissional médico. Porém, com o PAISM ficou definido a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, as consultas de pré-natal de baixo risco e revisão de puerpério podem ser realizadas pelo profissional enfermeiro. (PAVANATTO; ALVES, 2014).

Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; acolher as gestantes; realizar a prescrição de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência a parturiente, puérpera e realizar educação em saúde para gestante e sua família, entre outras ações que contribuem com assistência prestada às mulheres grávidas (ARAUJO, 2011; DUARTE; MAMEDE, 2012).

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Diante dessa necessidade, o

Ministério da Saúde, em 2000, elaborou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Através da instituição de uma série de medidas, como estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos, o PHPN, tinha como meta, melhorar as condições da atenção pré-natal, promovendo um atendimento humanizado à gestante em um modelo de atenção integral à saúde (COSTA et al, 2013).

Desde então, os municípios brasileiros têm como desafio atender as recomendações mínimas, entre elas: favorecer e promover o início precoce da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a periodicidade das consultas, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e, três no terceiro trimestre de gestação; uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento. Além de solicitar procedimentos clínico-laboratoriais, bem como: ABO-Rh (classificação sanguínea) e hemoglobina/hematócrito (na primeira consulta); VDRL – triagem para sífilis, HBsAg – sorologia para hepatite B, IgM – sorologia para toxoplasmose, sumário de urina e glicemia de jejum (sendo um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação); testagem anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), na primeira consulta; aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional garantindo atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco e estabeleceu o pagamento de incentivos financeiros a partir do cadastramento da gestante e para conclusão do pré-natal, como estratégia de indução e auxílio aos municípios para a implementação das ações propostas pelo programa. (ROCHA; SILVA, 2011).

A criação de um Sistema de Informação e Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), foi considerada como medida fundamental do para a implementação das ações em saúde no âmbito municipal, estadual e federal, pois gera os indicadores de processo de assistência ao pré-natal e os disponibiliza por localidade e período (PAVANATTO; ALVES, 2014).

Mesmo após 14 anos de implantação do PHPN, diferentes estudos mostram que a sua abrangência ainda está muito aquém do desejado. Houve inicialmente grande adesão de municípios de todo o país ao programa; quanto ao cumprimento das metas, porém, há ainda muito a ser alcançado. De uma maneira geral, em todo o Brasil ainda persiste o baixo cumprimento de todo o conjunto das metas propostas, com grandes variações por região (ALMEIDA et al, 2010; MARTINELLI et al, 2014).

A OMS, relata que em 2013, 289 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e parto. Quase todas estas mortes ocorreram em ambiente de baixa renda, e a maioria poderia ter sido evitada. Sendo que taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é de 230 por 100 mil nascidos vivos contra 16 por 100 mil nascidos vivos nos países desenvolvidos. O risco de uma mulher em um país em desenvolvimento morrer de uma causa materna relacionada com a gravidez e o parto durante sua vida é de cerca de 23 vezes maior em comparação com uma mulher que vive em um país desenvolvido, ou seja, 99% de todas as mortes maternas ocorrem nesses países em desenvolvimento (OMS, 2014).

Direcionando para a realidade brasileira, as autoras Ferraz e Bordignonb (2012) identificaram em seu estudo que no Brasil, ocorreram 16.520 óbitos maternos no intervalo de 10 anos (2000-2009). Este valor fez com que o país apresentasse razão de mortalidade materna de 54,83 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos nesse período. Comparando o ano de 2000 com o ano de 2009, o Brasil apresentou um aumento de 11,92% no número absoluto de mortes maternas. Este aumento foi diferente para cada região, tendo o Norte apresentado um crescimento de 15,46%; o Nordeste, 18,53%; o Sudeste, 10,31%; e o Centro-Oeste, 50,54% no número absoluto de mortes maternas. Em contrapartida, o Sul apresentou uma redução, em números absolutos, correspondente a 15,76%.

Durante a reunião da Cúpula do Milênio, ainda em 2000, líderes de 191 países, assinaram um compromisso para diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo até 2015. As estratégias contemplam oito iniciativas que foram chamadas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre as quais destaca-se a redução da mortalidade materna em 75%. Um dos problemas para o adequado monitoramento desse objetivo é a baixa confiabilidade nas estatísticas de saúde nacionais (MORSE et al, 2011).

Tendo em vista a necessidade de mudanças no cenário nacional referente às políticas voltadas à saúde da mulher, que englobasse os pressupostos da integralidade, o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde, foi formulada em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM (BOGORNÍ; SEHNEM, 2011).

Esta política preenche antigas lacunas ao demonstrar a preocupação em adotar ações conforme às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na criação das políticas anteriores (RATTNER, 2014).

Além disso, a PNAISM procurou estabelecer áreas prioritárias, enfatizando mulheres negras, indígenas, lésbicas, trabalhadoras rurais e presidiárias, mas, ainda assim, o próprio

sistema de saúde enfrenta dificuldades em atender à mulher em tais especificidades (BOGORNI; SEHNEM, 2011).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a organização dos sistemas de atenção com o estabelecimento de compromisso e responsabilização pelo cuidado em todos os níveis da atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal (COSTA, et al, 2013).

No contexto atual, frente aos desafios citados, iniciativas regulatórias e normativas vêm sendo estabelecidas no campo da saúde materna, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, recentemente, instituiu a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (USF e maternidades); na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Devido a Rede Cegonha, a saúde da materna foi declarada prioritária pelo governo federal, e criou-se um programa com fundos muito superiores aos destinados programaticamente. Compreendendo que só é possível realizar mudanças se as condições objetivas estiverem garantidas, o estabelecimento de financiamento é muito significativo do ponto de vista das políticas a serem implementadas (SERRUYA, 2012).

O plano operacional do componente Pré-Natal da Rede Cegonha, definiu elementos-chaves da assistência à gestação e ao parto: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal de alto de risco, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação;

implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; CORRÊA et al, 2013).

As ações previstas no Componente Pré-Natal corroboram com a compreensão de Castro, Moura e Silva (2010), em relação à qualidade da atenção pré-natal tida como a existência de infraestrutura adequada, recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, assim como, condutas e procedimentos que atendam às necessidades de cada gestante que podem favorecer melhores resultados na assistência ao parto e nascimento.

Em muitas instituições de saúde, na rede básica de saúde e nos Programas de Saúde da Família, hoje denominados de Estratégia de Saúde da Família, que estão amplamente difundidos no país é esperado que os enfermeiros se responsabilizem pela assistência pré-natal (SANTOS; RESSES, 2013).

A atuação do profissional de enfermagem nos programas de pré-natal exige deste um preparo clínico e científico para que se obtenha de forma ampla a resolutividade da assistência à gestante, à família, à comunidade, conhecendo a situação socioeconômica e cultural as quais pertencem. Dessa forma, promovendo um manejo adequado às diversas situações identificadas (SANTOS; RESSES, 2013).

A realização de um pré-natal humanizado e de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal, uma vez que os níveis de saúde das mães e conceptos estão estreitamente interligados. Para tanto, é necessário acolher a gestante e a sua família de maneira integral, considerando o ambiente social, cultural e físico em que vive (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Assistência pré-natal: análise da estrutura e processo dos municípios de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi”. Trata-se de um estudo de corte transversal e descritivo, portanto, os dados

indicam um único momento, não mostrando as modificações da qualidade do pré-natal ao longo do tempo.

3.2 Local do estudo

No momento de realização da pesquisa, o município de Santo Antônio de Jesus dispunha de 21(vinte e uma) Unidades de Saúde da Família-USF (18 pertencentes à zona urbana e 3 à zona rural) e 2 (duas) unidades de referência (Unidades Básicas de Saúde), que abrange uma cobertura populacional de 79,34%. A atenção ao ciclo gravídico-puerperal dispõe do Hospital e Maternidade Luís Argolo da Santa Casa de Misericórdia, responsável pelos partos e nascimentos que ocorrem a nível hospitalar.

Comumente no município, a Atenção Pré-natal é realizada nas Unidade de Saúde da Família que atendem apenas as gestantes de baixo risco seguindo-se o Ministério da Saúde (2012) e o Protocolo Municipal de Atendimento Pré-natal. As gestantes que forem diagnosticadas como de alto risco são encaminhadas para o Programa de Pré-natal de Alto Risco na Policlínica, da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus.

O contexto investigativo foram 21 Unidades de Saúde da Família (USF), que oferecem serviços de pré-natal com adesão a Rede Cegonha, no município de Santo Antônio de Jesus. Este, localiza-se a 193 km da capital do Estado da Bahia (Salvador) na região do Recôncavo Sul. Sua população, segundo a contagem do IBGE, realizada no censo populacional de 2013 era de 99.407 habitantes com extensão territorial de 252 Km². (SOUZA; RIVEMALES; SOUZA, 2012).

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras que realizam assistência pré-natal a gestante de baixo risco nas Unidades de Saúde da Família do município. Os critérios de inclusão utilizados foram: a enfermeira deve ter no mínimo seis meses de vínculo com a unidade na qual trabalha e realizar consultas pré-natal. Tal critério foi utilizado, pois acredita-se que a (o) enfermeira (o) necessite de um tempo mínimo para conhecer a realidade da Unidade de Saúde em que trabalha, e a partir daí poder planejar ações e intervir nos problemas identificados.

No universo de vinte e uma enfermeiras, seis não atendiam ao critério de tempo mínimo de atuação, e uma não estava realizando consulta de pré-natal, devido a unidade está em reforma, assim, totalizando em 14 enfermeiras.

3.4 Coleta de dados

O processo de coleta dos dados ocorreu entre dezembro de 2013 e julho de 2014 e foi desenvolvido em duas etapas: observação não participante das consultas de enfermagem no pré-natal; e, entrevista estruturada com as enfermeiras das USF.

Inicialmente, foi averiguado, junto à Secretária Municipal de Saúde (SMS/SAJ), as Unidades de Saúde da Família em que eram desenvolvidas a assistência pré-natal e, a partir disso, foi realizada uma visita às unidades, solicitando autorização da enfermeira responsável para a observação das consultas de pré-natal e posteriormente, a aplicação do questionário.

O instrumento roteiro de observação e o questionário são uma adaptação de pesquisa realizada no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul (OLIVEIRA, 2012).

A primeira etapa da pesquisa consistiu na observação da consulta de pré-natal realizado pelas enfermeiras, foi utilizado como instrumento de coleta, um roteiro de observação estruturada, no qual continha informações recomendadas pelo Ministério da Saúde (2012), que foi aplicado tanto para primeira consulta quanto as consultas subsequentes, portanto não foi levado em conta a idade gestacional e o trimestre da gestação, a escolha da consulta foi aleatória.

A segunda etapa foi desenvolvida por meio da aplicação de um questionário estruturado com as enfermeiras, em que foram questionados os conhecimentos básicos da rotina de pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde (2012). As perguntas eram feitas sem fornecer as opções de resposta, de forma a obter resultados espontaneamente, sem indução.

Para operacionalizar a coleta dos dados, foram selecionados 12 colaboradores, entre os acadêmicos de enfermagem e bacharelado interdisciplinar em saúde coletiva, que demonstraram interesse em participar do estudo. Os colaboradores foram devidamente treinados, o qual consistiu da aplicação do questionário em duplas e perante grupo para familiarização com o conteúdo do instrumento de pesquisa.

A escolha das gestantes foi aleatória, sendo acompanhada a gestante que estivesse na unidade para consulta no dia em que o colaborador estivesse presente. A gestante também tinha que concordar que sua consulta fosse acompanhada pelo colaborador. A idade gestacional não foi critério de inclusão ou exclusão do acompanhamento da consulta da gestante.

3.5 Variáveis do estudo

Dentre as variáveis para a etapa da observação da consulta de enfermagem consistiu em: história e avaliação gineco-obstétrica (histórias da gestação atual, obstétrica e ginecológica; no exame físico – registrar peso habitual e atual / altura, aferição da pressão arterial, verificação de presença de edemas, exame clínico palpação obstétrica e ausculta dos batimentos cardíacos fetais, exame citopatológico e toque vaginal, exame das mamas, determinação da idade gestacional, data da última menstruação, data provável do parto); solicitação de exames e avaliação/intervenção na situação vacinal (hemograma, sorologia para sífilis, sorologia para hepatite B, sorologia anti HIV com aconselhamento pré-teste, toxoplasmose (IgG e IgM), tipagem sanguínea, fator Rh, glicemia de jejum, teste de urina, eletroforese de hemoglobina, ultrassonografia, dentre outros exames complementares, vacinação antitetânica, contra hepatite B, contra influenza); ações que promovessem o acolhimento (observação da reação da gestante e da enfermeira orientação quanto ao retorno para consulta); e a orientações sobre medicamentos e prescrição.

O questionário aplicado com as enfermeiras apresentou como além das variáveis verificadas na observação: tempo de formação; tempo de realização de consultas de pré-natal.

3.6 Análise dos dados

A análise estatística da observação da consulta de enfermagem e da entrevista com as enfermeiras, foi realizada a partir da sistematização dos dados pelo o software SSPS (Statistical Package for the Social Sciences), série 20.0, para Windows. Este possibilitou a descrição das variáveis determinadas para este estudo, segundo critérios mínimos estabelecidos Ministério da Saúde (2012). E embasada por referenciais teóricos (COELHO et al, 2012; GUERREIRO et al, 2012; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014; MARTINELLI et al, 2014) que abordem a assistência pré-natal a partir de uma perspectiva da integralidade.

3.7 Comitê de ética

Considerando os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CEP-UFRB), recebendo parecer favorável nº de 516.611 ao desenvolvimento da pesquisa.

Todos os sujeitos, antes do início da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual continha informações sobre os objetivos da pesquisa e sobre a garantia do anonimato/privacidade dos participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à identificação das entrevistadas, foi possível contextualizar o perfil das enfermeiras, sendo, todas do sexo feminino, com idades que variam entre os 20 e 49 anos, formadas entre 1 ano a 2 anos (42,6%); 3 a 5 anos (42,9%); 6 a 10 anos (7,1%), acima de 10 anos (7,1%), atuantes nas Unidades de Saúde da Família, realizando consultas de pré-natal há um período de menos de 1 ano (14,5%); 1 a 2 anos (64,3%); 3 a 5 anos (14,3%), 6 a 10 anos (7,1%).

As enfermeiras atuam em média com uma carga horária de 8 horas diária, período em que realizam diversas atividades, como: consulta de enfermagem; visitas domiciliares; coleta de material para exame cito patológico, planeja, gerencia, coordena, executa e avalia as ações, dentre outras.

Geralmente, as USF's funcionam no horário de 7:00h às 17:00, sendo que as consultas de pré-natal acontecem única vez na semana, mas em algumas unidades podem ocorrer duas vezes quando há separação do atendimento da primeira consulta da consulta subsequente. Isto advém, devido a primeira consulta do período pré-natal ser a mais demorada.

No que se refere a rotina das unidades localizadas na zona rural, a cada semana do mês ocorre um tipo de atendimento, sendo cada dia destinado para uma unidade satélite, chamado de "turnão". As unidades satélites são postos de saúde que servem de apoio às USF em áreas rurais, atendendo populações mais distantes ou isoladas. O horário de funcionamento depende da chegada dos profissionais nessas áreas e da demanda da população.

Foram observadas sessenta e quatro consultas, dentre essas, vinte consultas eram referentes a primeira consulta e quarenta e quatro a consulta subsequente. Na primeira consulta, 80% das gestantes foram captadas precocemente. Enquanto, na consulta subsequente 86,4% das gestantes foram captadas precocemente.

O estudo apontou que muitas gestantes chegam as Unidades de Saúde da Família no primeiro trimestre (até 120 dias). Embora, a consulta subsequente apresente dados mais satisfatórios que nas observações da primeira consulta. Esse fato pode ser explicado, devido a uma maior quantidade de observações de consultas subseqüentes quando comparado com as observações de consultas de primeira vez. Um percentual considerável de gestantes mais ou menos (20%) iniciou o pré-natal após o quarto mês de gestação contrapondo-se ao recomendado pelo Ministério da Saúde.

Estudo realizado com as gestantes nas Unidades Básicas de Saúde, em um município da região metropolitana de Fortaleza/CE, encontrou os mesmos achados dessa pesquisa. Houve um predomínio significativo de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre (80%) (VALENTE et al, 2013). Este é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de seus conceptos, pois possibilita a identificação antecipada das gestações de risco e previne complicações.

A assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre de gestação, com consultas agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo planejado, permitindo o acompanhamento efetivo (COSTA et al, 2013). O Ministério da Saúde (2012) preconiza a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro.

Com relação a orientação sobre as próximas consultas, na observação da primeira consulta, 75% das gestantes foram orientadas pelas enfermeiras sobre as próximas consultas. Enquanto, na observação das consultas subsequentes, 77,3% das gestantes foram orientadas sobre as próximas consultas, de acordo com o Ministério da Saúde (2012).

A quantidade de consultas realizadas está associada à idade do início do pré-natal, ou seja, quanto mais precoce o pré-natal, mais consultas realizadas (ALMEIDA et al, 2010). Há autores que afirmam que o fato de realizar o número de consultas pré-natais não garante a qualidade do cuidado (ROCHA; SILVA, 2012; DOMINGUES et al, 2012).

4.1 Ações que promovessem o acolhimento

Tabela 01 - Ações de acolhimento observados na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

Variáveis	Primeira consulta % n = 20	Consulta subsequente % n = 44
Reação das enfermeiras:		
Comprimeto as gestantes	90	90,9
Tratou pelo nome	95	88,6
Criaram ambiente agradável	95	97,7
Demonstrou confiança	90	100
Iniciaram o atendimento:		
Estado geral	95	88,6
Família	60	47,7
Outros assuntos	55	43,2
Reação das gestantes:		
Mostraram-se comunicativas	90	72,7

Sentiram-se à vontade	70	95,5
Fizeram pergunta	65	70,5
Tiveram dúvida	55	52,3
Demonstraram conhecimento	60	68,2
Apresentaram-se preocupada	35	27,3
Demonstraram confusa	30	13,6
Demonstraram satisfeita	95	93,2
Entendido orientação	95	95,5
Esclareceu sobre acompanhante	5	22,7

Na primeira consulta, quanto ao acolhimento, observou-se que ao receber a paciente na sala de pré-natal, 95% das enfermeiras criaram um ambiente agradável e trataram a gestante pelo nome, 90% cumprimentaram as pacientes e todas as enfermeiras demonstraram confiança. Apenas 5% das enfermeiras esclareceram a gestante que seu acompanhante poderia participar de seu atendimento se o desejar.

Na consulta subsequente, quando se trata do quesito acolhimento foi observado que ao receber a gestante na sala de pré-natal todas as enfermeiras demonstraram-se confiantes, 97,7% das enfermeiras criaram um ambiente agradável, 90,9% cumprimentou a gestante e 88,6% chamou a gestante pelo nome. Apenas 22,7% das enfermeiras esclareceram a gestante que o acompanhante poderia participar de seu atendimento se o desejar.

Quando observado na primeira consulta, como as enfermeiras iniciaram o atendimento, 95% perguntaram sobre o estado geral da mulher, 60% perguntaram sobre a família e 55% perguntaram sobre outras questões e assuntos. Na consulta subsequente, as enfermeiras iniciaram o atendimento, 88,6% perguntaram sobre o estado geral da mulher, 47,7% perguntaram sobre a família e 43,2% perguntaram sobre assuntos aleatórios.

Ainda se tratando do quesito acolhimento nas primeiras consultas, ao observar a reação da gestante durante a consulta, 90% das gestantes mostraram-se comunicativa, 70% das gestantes sentiram-se à vontade, 65% das gestantes fizeram algum tipo de pergunta, 60% das gestantes demonstraram ter conhecimento, 55% das gestantes tiveram alguma dúvida, 35% das gestantes apresentaram-se preocupada e 30% demonstraram estar confusa. Quase a totalidade das gestantes (95%), demonstraram estar satisfeita com a consulta e entendido tudo o que foi orientado.

Ao observar a reação da paciente durante a consulta subsequente, 95,5% das gestantes sentiram-se à vontade, 72,7% das gestantes mostraram-se comunicativas, 70,5% das gestantes fizeram algum tipo de pergunta, 68,2% das gestantes demonstraram ter conhecimento, 52,3% das gestantes tiveram alguma dúvida, 27,3% das gestantes demonstraram-se preocupada e

13,6% demonstraram estar confusa. Em relação a gestante ter entendido tudo que foi orientado durante a consulta, corresponderam a 95,5% das observações e 93,2% demonstraram estar satisfeita com a consulta.

Percebe-se através da observação de ambas consultas de pré-natal, que para as gestantes, o acolhimento tem sido realizado de forma empática, por parte das enfermeiras. Embora, chamar pelo nome e fazer uma série de perguntas sem a sensibilidade para ouvir é insuficiente no processo de acolhimento.

O manual técnico sobre Assistência Pré-Natal (2012), traz o acolhimento à gestante como um aspecto essencial da política de humanização. Implica a recepção da mulher desde a sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações e angústias. Garante atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde promovendo assim, a continuidade da assistência, quando necessário.

Para as gestantes desse estudo, o significado do acolhimento, é entendido somente como um processo que se estabelece com base em uma relação com a enfermeira. O fato de serem chamadas pelo nome cria uma percepção de atendimento humanístico e de qualidade. Entretanto, o acolhimento não se deve restringir ao relacionamento estabelecido entre profissional e usuária, ao contrário, deve compreender uma postura técnica ou atitude, procurando atendê-la nas suas reais necessidades e circunstâncias sociais, como observado nos resultados do estudo realizado em uma unidade de Saúde da Família de Montes Claros/MG (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2013).

No presente estudo, em relação a satisfação das mulheres com a assistência de enfermagem na consulta pré-natal, embora algumas gestantes tenham se mostrado satisfeitas, observou-se que elas ainda carecem de informações sobre seus corpos, sobre a gravidez e a maternidade.

Estudo realizado com a equipe de enfermagem, rede básica da cidade de Cuiabá/MT, identificou através da observação não-participante das consultas, que das 74 gestantes, 64,8% não apresentavam queixa e, entre as outras 35,2%, as principais queixas foram: náuseas, vômito, cansaço, tontura, cefaleia, fraqueza, dor lombar, dor nas pernas, dor no baixo ventre, corrimento e prurido vaginal e disúria (DUARTE; MAMEDE, 2012).

A mulher ao entrar em uma unidade de saúde, se apresenta com dúvidas em relação à gravidez, já que é algo desconhecido para ela. A gestação e o parto envolvem grandes mudanças e requerem uma adaptação a chegada do novo membro da família. E, assim, o momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, oportuno ao desenvolvimento de

ações preventivas e de promoção a saúde a serem realizadas pelas enfermeiras (GUERREIRO et al, 2012).

Estudo realizado na rede básica em município a noroeste de Rio Grande do Sul/RS, mostrou que as consultas de enfermagem representam um espaço de comunicação com as gestantes, visto que promovem o diálogo com as usuárias, permitindo a expressão de experiências, sentimentos, anseios e resolução de dúvidas advindas desta fase (GRANDO et al, 2012). Além disso, a escuta e o diálogo facilitam o vínculo entre a gestante e a enfermeira, o que é determinante para que haja um atendimento humanizado.

A humanização é traduzida por meio da escuta aberta sem julgamentos nem preconceitos, da conversa, do olhar, do toque e, a partir de então, esclarecimento das dúvidas. A forma como o profissional atende a gestante, são condições essenciais para que elas retornem ao serviço (GRANDO et al, 2012).

A adesão e a satisfação das mulheres com o atendimento no pré-natal estão relacionadas à qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e serviços. Estudos constataram que a maioria das mulheres que realizaram pré-natal nas Unidades de Básicas de Saúde da Família, relataram satisfação com o acolhimento e atenção das enfermeiras, enfatizando a importância do vínculo entre o profissional das unidades e a gestante (SILVA et al, 2011; GRANDO et al, 2012; COSTA et al, 2013).

Estudo realizado no município do Rio de Janeiro apontou que a consulta de pré-natal é predominantemente realizada pela enfermeira, não havendo praticamente atenção de profissional médico (a), como preconiza o Ministério da Saúde. Esse fato, favorece a aproximação entre a mulher e a enfermeira, a continuidade do profissional nas consultas ajuda a aumentar sua confiança no atendimento e a estabelecer um vínculo (SPINDOLA; PROGIANTI; GARCIA, 2012).

Por esses motivos, o acolhimento é um elemento essencial no atendimento da enfermeira. Atitudes simples como sorrir e perguntar sobre demais questões, como seu estado geral e a família, suscitam mais abertura para a usuária relatar com a devida confiança suas necessidades de saúde.

Portanto, na consulta de pré-natal, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre a enfermeira e a gestante, mediante atitudes profissionais humanizadoras, que compreendem iniciativas tais como as de: se apresentar; chamar a gestante pelo nome; prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; escutar e valorizar o que é dito; garantir a privacidade e a confidencialidade das informações; e incentivar a

presença do acompanhante, entre outras iniciativas semelhantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nessa pesquisa foi observado em ambas consultas de pré-natal que a orientação sobre o direito ao acompanhante apresentou o menor percentual. Situação essa, que reforça a ideia identificada em pesquisa no município de Serra Talhada/PE, de que a mulher ainda tem papel exclusivo de acompanhar e cuidar de seu período gestacional (LIMA; MELO; FERREIRA, 2012). Estudo sobre a qualidade da assistência do enfermeiro durante a consulta de pré-natal, destaca que a participação de um acompanhante durante as consultas de enfermagem no pré-natal torna o atendimento ainda mais importante, acolher não somente a gestante, assim como o acompanhante, devendo sua presença ser estimulada durante as consultas (LESSA; ROSA, 2010).

A presença do acompanhante é uma prática reconhecidamente benéfica para assistência ao parto, estando associada a diversos desfechos favoráveis. É um direito das gestantes e conforme o protocolo do Ministério da Saúde (2012) o (a) acompanhante da gestante pode ser alguém da família, amigo (a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

4.2 História e avaliação gineco-obstétrica

Em relação à análise de procedimentos relacionados à gestação, as enfermeiras, ao serem questionadas quanto aos elementos que se fazem necessários de investigação, durante a consulta de pré-natal, elencaram: idade gestacional (92,9%), data provável do parto (92,8%), data da última menstruação (85,7%), número de gestações (64,2%), número de abortos (57,2%) e número de partos (57,1%).

Na observação das primeiras consultas, todas as enfermeiras registraram a data da última menstruação (DUM) e idade gestacional (IG), seguido, do número de gestações (95%), número de partos e abortos, (90%) e data provável do parto (DPP) (85%). Enquanto na consulta subsequente, 90,9% das enfermeiras calcularam a data provável do parto.

Ao compararmos a observação da primeira consulta com a resposta das enfermeiras durante a entrevista, percebemos uma concordância, em relação a IG e DUM. Embora, a data provável do parto tenha apresentado uma pequena variação nas primeiras consultas, a proporção foi maior nas observações subsequentes.

Em estudo realizado com os enfermeiros responsáveis pelas ESFs nas cidades de Carmo do Rio Verde, Ceres e Uruana/GO, quando questionado dentre outras informações, se

durante a consulta de pré-natal analisa a DUM e a DPP, 100% dos enfermeiros afirmaram analisar estes dados. Entretanto, o registro da IG foi bem inferior no estudo realizado no município de Rio de Janeiro (DOMINGUES et al, 2013).

Deve-se ressaltar que a observação da DUM e da DPP pelos enfermeiros são procedimentos necessários na consulta pré-natal que possibilitam à gestante um melhor planejamento quanto ao parto e puerpério (COSTA; MARINHO; MORAES, 2013).

Na investigação dos fatores de risco na gestação, através da entrevista, todas as enfermeiras consideraram a idade (<15 e >35 anos), seguido de 92,9% para história de hipertensão e diabetes; 50% para peso (<45 e >75kg); 42,8% para uso de drogas e 35,7% para uso de bebida alcoólica. As enfermeiras não consideraram como fatores de risco na gestação a: baixa escolaridade (28,6%); a altura (< 1,45), ocupação (esforço físico excessivo, carga horária...) e o fumo (35,7%).

A identificação dos fatores de risco na gestação é de suma importância, pois é por meio destes que os profissionais irão identificar a necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou apenas ter um cuidado e atenção redobrados com a gestante. O estudo mostra o baixo conhecimento das enfermeiras sobre esses fatores, pois nenhuma enfermeira citou todos os elementos como fator predisponente para a gestação de risco.

Entre os aspectos sociodemográficos que poderão interferir no processo de assistência pré-natal, principalmente está a baixa escolaridade materna, que poderá trazer prejuízos para a qualidade da assistência pré-natal e merece atenção especial dos gestores e profissionais de saúde (COSTA et al, 2013). Entretanto, esse foi um dos fatores que apresentaram o menor percentual.

Tabela 02 - Procedimentos técnicos observados na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

Variáveis	Primeira consulta % n = 20	Consulta subsequente % n = 44
Procedimentos:		
Peso	95	100
Altura	65	68,2
Aferição da P.A	75	97,7
Exame das mamas	60	59,1
Medição da altura uterina	30	95,5
Palpação obstétrica	40	75
Aferição dos BCFs	15	88,6
Pesquisa de edemas	35	59,1
Toque vaginal	5	----

Ao realizarem o exame físico na primeira consulta, 95% das enfermeiras efetuaram o controle do peso da gestante, 75% verificaram a pressão arterial e 65% das enfermeiras verificaram a altura das gestantes. A palpação obstétrica foi realizada por 40% das enfermeiras, 35% verificou a presença de edemas, 30% verificaram a altura uterina, e 15% auscultaram BCF. O exame de toque vaginal, o citopatológico não foi realizado por 95% das enfermeiras. Quanto ao exame das mamas, a orientação sobre o preparo para a amamentação e a importância do aleitamento materno foi realizado por 60% das enfermeiras.

No exame físico na consulta subsequente, todas as enfermeiras verificaram o peso da gestante, 97,7% verificaram a pressão arterial, 95,5% conferiram a altura uterina, 88,6% realizou a ausculta dos BCF, 75% realizaram a palpação obstétrica, 68,2% verificaram a altura da gestante e 59,1% verificaram a presença de edemas. O exame das mamas nas consultas subsequentes, 59,1% das enfermeiras realizaram o exame, bem como, orientou sobre o preparo das mamas para amamentação e a importância do aleitamento materno.

A abordagem na primeira consulta tem que ser diferente da que é realizada na consulta subsequente. Quando a gestante realiza a sua primeira consulta de pré-natal com a enfermeira, esta faz o cadastramento da gestante no SISPRENATAL, preenche o cartão da gestante com os dados de identificação, faz o cálculo da data provável do parto e da idade gestacional através da data da última regra da cliente, registra as aferições do peso, altura e pressão arterial, verificados pela técnica de enfermagem e solicita os exames de rotina estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2012).

A baixa porcentagem em relação a palpação obstétrica, a verificação da altura uterina, ausculta BCF e presença de edemas podem ser justificadas devido ao início do pré-natal precoce, quando algumas manobras propedêuticas não seriam indicadas por encontrar-se o útero intrapélvico e pela dificuldade de encontrar as bulhas fetais com o sonar antes da 12ª semana de gestação ou Pinard (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013).

A verificação da altura uterina no pré-natal é um procedimento recomendado pelo Ministério da Saúde (2012) em virtude de sua grande importância no monitoramento do crescimento do feto e da detecção de suas possíveis alterações. Quanto à realização da ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF), a avaliação deste procedimento é indispensável também no pré-natal, uma vez que seu objetivo é constatar a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCF. Entretanto, o registro do cálculo da idade gestacional, medição da

altura uterina e do BCF, importantes para o monitoramento do crescimento e bem-estar fetal, apresentou proporções muito baixas na observação da primeira consulta.

Estudo realizado em algumas unidades da rede básica, demonstrou alto percentual quando comparado com os deste estudo, em relação à medida da altura uterina e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais nas consultas de pré-natal pelas enfermeiras (COSTA; MARINHO, MORAES, 2013). Sugerindo assim, maior incorporação destes procedimentos à rotina de pré-natal.

Um conjunto de procedimentos alcançou valores próximos a 100% na observação dos dois tipos de consultas, é onde se encontram, a aferição da pressão arterial e a medida do peso. Estudos realizados no município de Rio Grande e no município de Rio de Janeiro também encontraram percentuais elevados para esses mesmos procedimentos (MENDONZA-SASSI et al, 2011; DOMINGUES et al, 2011). Essas consistências nos resultados entre os estudos indicam que esses procedimentos estão integrados na rotina da atenção pré-natal.

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. A realização do exame colpocitológico é uma das ações preconizadas pela assistência pré-natal para o diagnóstico de infecções mais prevalentes do trato ginecológico. Entretanto, não foi realizado por 95% das enfermeiras, esse mesmo achado foi encontrado nos estudos de Silva et al (2011), Duarte e Mamede (2012). Estes casos conduzem a que se questione sobre os motivos da não realização deste exame. Cabe ressaltar, que muitas vezes a assistência pré-natal é o primeiro contato da gestante com a rede de serviços de saúde, sendo uma ótima oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero. Não existe contra-indicação para a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, OLIVEIRA et al, 2012).

Quanto à a pesquisa de edema nas gestantes, o estudo apresentou baixo percentual em ambos tipos de consultas. Estudo realizado no município de Cuiabá/MT, sobre a caracterização das ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na assistência pré-natal, verificou que apenas 45,9% dos enfermeiros realizavam este procedimento (DUARTE; MAMEDE, 2012). A pesquisa de edema é extremamente necessária para o diagnóstico e monitoramento da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), também conhecida por pré-eclâmpsia, que pode causar sérias alterações à gestante e ao concepto. A DHEG é uma desordem multissistêmica que pode ocorrer a partir da 20ª semana

de gestação. É caracterizada por manifestações clínicas associadas, como hipertensão e proteinúria, que desaparecem até 12 semanas após o parto (SILVA et al, 2011).

Outro dado que apresentou baixo desempenho foi a realização do exame das mamas, sendo pouco observado em ambas as consultas. Pouco menos de 60% das enfermeiras realizaram essa conduta, desperdiçando as oportunidades, não apenas para identificação de possíveis alterações que requeiram tratamento, mas, também, para avaliar as características mamilares, orientar quanto aos cuidados com as mamas e em relação à importância da amamentação. Essa situação negativa não difere da encontrada em estudos realizado no município de Rio de Janeiro e Botucatu/SP (DOMINGUES et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2013).

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Na entrevista, ao serem indagadas sobre a rotina mínima do pré-natal na primeira consulta para o exame físico da gestante, 92,9% das enfermeiras responderam medir altura uterina, 92,8% pesar a gestante, 85,8% auscultar os batimentos cardíacos fetais (BCF), 85,7% aferição da pressão arterial, 78,6% verificar presença de edemas, 78,5% examinar as mamas, e 50% das enfermeiras destacaram que não fazem o exame especular, a coleta citopatológica e o exame de toque na primeira consulta.

Em relação a rotina mínima do pré-natal para o exame físico da gestante nas consultas subsequentes, 92,8% das enfermeiras responderam a altura uterina, seguido de 85,7% que citaram a pressão arterial, peso e presença de edemas, e 78,5% a ausculta dos BCF.

Esses achados da entrevista não correspondem com os dados das observações da primeira consulta, a medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, verificação de edemas apresentaram o percentual muito abaixo do que o encontrado na entrevista. Já a realização do exame ginecológico, toque, especular e coleta citopatológica que não foi realizado em 95% das consultas durante a observação, na entrevista somente metade das enfermeiras informaram que não realizam esse tipo de exame na primeira consulta. Os seguintes resultados mostram uma inconsistência entre o conhecimento das enfermeiras ao protocolo do Ministério da Saúde (2012) e do que é realizado durante as consultas de pré-natal, sugerindo maior incorporação dos primeiros à rotina de pré-natal.

Este fato detectado leva à inferência que as atividades não são desenvolvidas a partir do entendimento de sua importância. A base dessa compreensão são as respostas não

adequadas, suscitadas com o questionamento, sem tempo para pensar sobre o tema, parecendo não deter conhecimento. Claro que, também, pode ter havido certo constrangimento e nervosismo ao serem indagadas e, com isso, não lembrarem corretamente de tudo.

Em relação aos procedimentos informados pelas enfermeiras da consulta subsequente, dados semelhantes foram identificados nas observações das consultas. Recomenda-se que seja verificado em todas as consultas: pressão arterial, controle do peso, presença de edemas, exame de mamas, altura uterina, ausculta de batimentos cardio-fetais, toque vaginal, exame ginecológico e preventivo do colo uterino se a gestante não tiver realizado há mais de um ano, além de orientações e recomendações sobre a amamentação, o uso de sulfato ferroso e a vacinação contra o tétano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

4.3 Solicitação de exames complementares

A realização dos exames complementares de rotina básica é uma ferramenta indispensável para o adequado acompanhamento pré-natal, pois através deles podem ser identificadas intercorrências durante a gestação e implementadas as necessárias intervenções em tempo oportuno.

Tabela 03 - Exames complementares solicitados na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

Variáveis	Primeira consulta % n = 20	Consulta subsequente % n = 44
Observação das consultas:		
Hb/Ht	95	63,6
ABO/Rh	85	36,4
Glicemia em jejum	85	59,1
Sorologia para sífilis (VDRL)	85	56,8
Sorologia para hepatite B	80	36,4
Sorologia para HIV	80	36,4
Sorologia para rubéola	85	31,8
Toxoplasmose (IgG eIgM)	85	36,4
Sumário de urina	95	59,1
Ultrassonografia	75	45,5
P. Fezes	60	25
Colpocitologia oncótica	25	----
Combs indireto	5	----
Teste de intolerância a glicose	5	----
Bacterioscopia da secreção vaginal	5	----
Eletroforese de hemoglobina	5	----

Entrevista com as enfermeiras:

Hb/Ht	100	100
ABO/Rh	92,9	----
Glicemia em jejum	100	100
Sorologia para sífilis (VDRL)	100	100
Sorologia para hepatite B	78,5	78,6
Sorologia para HIV	100	100
Sorologia para rubéola	78,5	42,8
Toxoplasmose (IgG eIgM)	100	64,2
Sumário de urina	85,7	64,3
Ultrassonografia	64,3	50
P. Fezes	64,2	57,1

Neste estudo ao observar os exames que deveriam ser solicitados na primeira consulta pré-natal, 95% as enfermeiras solicitaram hemograma, sorologia para VDRL, glicemia em jejum, e sumário de urina, 85% solicitaram ABO/Rh, sorologia para rubéola, IgG e IgM, 80% solicitaram sorologia para hepatite B (AgHbs), sorologia para HIV e apenas 30% fizeram o aconselhamento pré-teste para HIV. A ultrassonografia foi solicitada por 75% das enfermeiras.

Ainda na solicitação de exames na primeira consulta de pré-natal, 60% das enfermeiras solicitaram o parasitológico de fezes, 25% solicitaram colpocitologia oncótica e bacterioscopia da secreção vaginal, 5% solicitaram o combs indireto, teste de intolerância a glicose e eletroforese de hemoglobina.

Nos dados referentes a solicitação de exames na consulta subsequente foi observado que 63,6% das enfermeiras solicitaram hemograma, 59,1% solicitaram glicemia em jejum, 56,8% solicitaram sorologia para sífilis (VDRL), e sumario de urina, e, 52,3% solicitaram sorologia para hepatite B, toxoplasmose (IgG e IgM) e sorologia para HIV, mas 36,4% das enfermeiras realizaram o aconselhamento pré-teste para o HIV. A sorologia para rubéola pelas enfermeiras equivaleram a 31,8% das solicitações, seguido da ultrassonografia a 45,5%, ABO/Rh (36,4%), exame protoparasitológico de fezes (25%). Não houveram valores significativos para o colpocitologia oncótica, bacterioscopia da secreção vaginal, eletroforese de hemoglobina, combs indireto e teste de intolerância a glicose.

Percebe-se uma expressiva redução entre o percentual de solicitação dos exames na primeira consulta, referente ao primeiro trimestre, e a solicitação da consulta subsequente, referente ao terceiro trimestre, que deve ser realizada próximos da 30ª semana de gestação. Posto isto, evidencia que a investigação de intercorrências no decorrer da gestação não vem ocorrendo da maneira preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde (2012), em especial para HIV, sífilis e toxoplasmose.

A queda na proporção de gestantes que realizam os exames do terceiro trimestre, verificada no presente estudo é menor do que a esperada e menor que a proporção das que realizaram a primeira rotina. Verificou-se, de maneira geral, que não foi dada a devida importância para a repetição dos exames de rotina pré-natal.

Estudos detectaram dados semelhantes, em relação aos baixos índices da realização dos exames laboratoriais (ALMEIDA et al, 2010; ROCHA; SILVA, 2011; CÔRREA et al, 2013). Os autores sinalizam como possíveis explicações para esses resultados, a não solicitação dos exames pelos profissionais, a dificuldade para realização dos exames e o sub-registro das consultas de pré-natal, principalmente da primeira consulta, quando é solicitada a maioria dos exames.

Na entrevista, ao questionar as enfermeiras acerca dos exames laboratoriais que deveriam ser solicitados na primeira consulta pré-natal, todas as enfermeiras elencaram hemograma, glicemia em jejum, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para HIV, toxoplasmose (IgG e IgM). A tipagem sanguínea e o fator Rh (ABO-Rh) corresponderam a 92,9% das solicitações, 85,7% exame de urina, 78,5% sorologia para hepatite B e teste para rubéola, 64,3% ultrassonografia e 64,2% exame de fezes. O exame de urocultura não é solicitado por 42,9% das enfermeiras na primeira consulta de pré-natal.

Quanto aos exames laboratoriais que deveriam ser solicitados durante o pré-natal, também todas as enfermeiras citaram o hemograma, glicemia em jejum, VDRL e sorologia para HIV. A solicitação da sorologia para HB correspondeu a 78,6% das solicitações, 64,3% exame de urina, 64,2% IgG e IgM, 42,8% teste para rubéola e 50% ultrassonografia. Exames de fezes e urocultura não são solicitados nas seguintes consultas, equivalendo a 57,1%.

Comparando as informações das entrevistadas com os resultados obtidos nas observações, verificamos através da resposta das enfermeiras que algumas solicitações de exames atingiram 100% das solicitações, como o hemograma, glicemia em jejum, VDRL e anti-HIV. Percebe-se há uma discrepância em relação às respostas obtidas na entrevista. Os resultados da observação evidenciaram falhas nas ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal prestadas nas Unidades de Saúde da Família.

O Ministério da Saúde (2012) preconiza que os exames de sangue (Hemoglobina, Hematócrito, Fator Rh, Anti-HIV, Glicemia em jejum, Sorologia para sífilis – VDRL, sorologia para hepatite B - AgHbs e toxoplasmose IgG e IgM), devem ser realizados no primeiro trimestre e repetidos até a 30ª semana de gestação.

Destaca-se o importante papel desses exames no rastreamento de doenças ou condições com repercussão perinatal, como o diabetes gestacional, incompatibilidade sanguínea

materno-proteinúria, infecção urinária, bem como sífilis, HB, toxoplasmose e Aids, com possibilidade de transmissão vertical (OLIVEIRA et al, 2013).

Outro item investigado remete a interpretação e a conduta das enfermeiras perante os resultados dos exames, como no caso de a gestante apresentar o Rh negativo, 85,7% das enfermeiras informaram a necessidade de realizar outro tipo de exame, o combs indireto. Também, 85,7% das enfermeiras responderam corretamente o valor da glicemia em jejum. Quanto ao resultado do hemograma 92,9% das enfermeiras consideram como caso de anemia a hemoglobina < 8g/dl, destas, somente 50% souberam especificar os valores para os tipos de anemia (leve e moderada). Ainda tratando-se do resultado de exames solicitados durante o pré-natal, na análise das imunoglobulinas (IgG e IgM) para toxoplasmose, quando da IgG reagente e IgM não-reagente, 57,1% das enfermeiras informaram que não tomariam nenhuma conduta, IgG e IgM ambas reagentes, 71,4% encaminhariam para o pré-natal de alto risco, IgG e IgM ambas não-reagentes, 50% orientariam medidas profiláticas para a não contaminação das gestantes. Se tratando dos resultados anti-HIV reagente e VDRL reagente, todas as enfermeiras tomariam a conduta adequada. O mesmo não acontece quanto ao exame de hepatite B reagente, algumas enfermeiras responderam corretamente (78,6%), encaminhar para o pré-natal de alto risco. Quanto à idade gestacional em que devem ser repetidos os exames laboratoriais, somente metade das enfermeiras responderam corretamente, próximo à 30 semana de gestação.

Na interpretação dos exames, apenas para os resultados de anti-HIV e VDRL reagente, as enfermeiras tomariam a conduta adequada. As demais questões não foram respondidas corretamente pelas enfermeiras, muitas não souberam dizer o valor certo que deve ser considerado como indicativo de anemia na gestante e a conduta em relação aos resultados do Rh negativo, exame de toxoplasmose e hepatite B.

Reitera-se a importância de a enfermeira apresentar conhecimento, em vista da gravidade dos resultados, uma vez que o combs indireto positivo poderá provocar hemólise no feto e poderá ser um indicativo de procedimentos invasivos. A infecção por toxoplasmose poderá estar associada com possíveis malformações e a contaminação pelo vírus da hepatite b poderá correr o risco de transmissão vertical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A partir desse resultado, pode-se supor uma falta de capacitação e educação continuada para as enfermeiras que realizam a assistência pré-natal, pois a interpretação de exames é necessária para que se possa identificar possíveis alterações e com isso realizar intervenções precocemente, colaborando para um processo gestacional mais tranquilo (COSTA et al, 2013).

Dentre as limitações do município pesquisado, ainda abarca, a existência do sistema de cotas para a liberação de exames laboratoriais por unidade, metade das enfermeiras entrevistadas informaram a existência apenas de único laboratório para atender o quantitativo de gestantes, embora, considerem satisfatório o número de prestadores para a realização desses exames durante o pré-natal.

Estudo realizado na rede básica no município de Fortaleza/CE encontrou que as cotas podem contribuir para o baixo índice na realização de exames laboratoriais, impossibilitando a solicitação de alguns exames por parte do profissional de saúde. Ainda dentre os obstáculos, está a demora no resultado desses exames (ROCHA; SILVA, 2011).

A ausência de solicitação e realização destes exames é preocupante, pois representa a perda de oportunidade do diagnóstico precoce e prevenção de agravos passíveis de controle, como a anemia, o diabetes mellitus, a incompatibilidade sanguínea materno-fetal, a infecção urinária, a hepatite B, a toxoplasmose, a sífilis e a soro positividade, dentre outras, causas de vários desfechos perinatais negativos e para as quais existem intervenções efetivas (DOMINGUES et al, 2012; OLIVEIRA et al, 2013).

Ressalta-se que todos os exames complementares, tanto laboratoriais como de imagem, ultrassonografia, preconizados pelo Ministério da Saúde (2012) são disponibilizados na rede básica do município, gratuitamente, para a gestante em pré-natal.

4.4 Esquema vacinal

Tabela 04 - Solicitação do esquema vacinal e prescrição de medicamentos na consulta de pré-natal realizada pelas enfermeiras no Município de Santo Antônio de Jesus.

Variáveis	Primeira consulta %	Consulta subsequente %
	n = 20	n = 44
Esquema vacinal	85	84,1
Prescrição de sulfato ferroso	75	65,9
Prescrição de ácido fólico	70	34,1
Orientação ao medicamento	50	64,3

Em relação às imunizações, foi observado que nas primeiras consultas, o esquema vacinal foi solicitado por 85% das enfermeiras e nas consultas subsequentes, o esquema vacinal foi solicitado por 84,1% das enfermeiras.

Os valores encontrados nessa pesquisa foram superiores comparado ao estudo realizado no município de Rio de Janeiro/RJ e no município de Imperatriz/MA

(DOMINGUES et al, 2012; MAIA et al, 2014). Logo, os dados encontrados confrontam o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (2012) por ser considerada uma atividade de absoluto consenso técnico e mesmo assim, ainda apresenta percentual aquém do ideal (ALMEIDA et al, 2010).

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) acarrete qualquer risco para o feto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No âmbito da assistência pré-natal é de extrema importância que a enfermeira investigue a história pregressa de vacinação para proceder à administração de doses subsequentes. Assim, a prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção do pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes, da higienização no parto, com uso de material estéril para o corte e clampeamento do cordão e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70% (ALMEIDA et al, 2010).

No estudo, a solicitação de vacinação contra hepatite B somente é realizada mediante o resultado do exame laboratorial, sorologia para hepatite B (AgHBs) não-reagente. Devido, a vacina objetivar a prevenção da doença, uma vez, contaminada, o imunobiológico não apresentará efeito. O Ministério da Saúde (2012) preconiza que as gestantes devem receber a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. Faz parte do esquema, administração de três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira

Em relação a administração da vacina influenza, é recomendado a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O esquema consta de uma dose durante o período da campanha anual contra a influenza sazonal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Através da entrevista com as enfermeiras do estudo, ao indagar sobre as imunizações que devem ser realizadas no período gestacional, todas as enfermeiras entrevistadas responderam corretamente acerca da realização da vacina antitetânica na gestação, entretanto, 78,6% souberam informar corretamente o número correto de doses da vacina.

Mesmo com esse resultado positivo na entrevista em relação ao esquema vacinal, quando confrontado com as observações das consultas, percebe-se que esse resultado não é condizente, visto que um pouco mais de 84% das gestantes observadas, foi solicitado o esquema vacinal.

Para garantir uma imunização contra o tétano, é necessário que a gestante tenha tomado três doses da vacina. Ressalta-se ainda que todas as gestantes que tomaram a vacina há mais de cinco anos, devem tomar uma dose de reforço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MAIA et al, 2014).

Estudo que realizou também entrevista com as enfermeiras sobre a qualidade do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária, identificou também uma cobertura aquém da esperada, ao considerar que esse imunobiológico esteve sempre disponível e por haver em todo o sistema de atenção básica, incluindo as salas de vacina, informatização, permitindo controle das doses aplicadas e das gestantes faltosas (OLIVEIRA et al, 2013).

4.4 Orientações sobre medicamentos e prescrição

Na observação da primeira consulta, em relação à prescrição de medicamentos, como o ácido fólico e o sulfato ferroso, estas medicações foram prescritas respectivamente por 75% e 70% das enfermeiras observadas. Quanto à orientação ao uso desses medicamentos durante a gestação, na primeira consulta foi realizada por 50% das enfermeiras. Na prescrição dos medicamentos essenciais pelas enfermeiras na consulta subsequente, 65,9% prescreveram o sulfato ferroso, 34,1% prescreveram o ácido fólico. Quanto a serem orientadas sobre o uso de medicações durante a gestação 64,3% das enfermeiras realizaram a orientação. Foi observado também que os medicamentos essenciais são ofertados em 72,7% das unidades

O Ministério da Saúde (2012) definiu que o ácido fólico e sulfato ferroso são medicamentos considerados essenciais durante o pré-natal. Entretanto, não adianta só prescrever, deve-se orientar as gestantes sobre a importância e vantagens do uso de tais medicamentos.

O recomendado pelo Ministério da Saúde (2012) é a implementação do ácido fólico até a 14ª semana de gestação e o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação, situação esta, que explica o maior percentual do ácido fólico na primeira consulta e uma baixa relevante na consulta subsequente. Ainda mais, se considerar que na observação das consultas de primeira vez, 80% das gestantes foram captadas precocemente. Entretanto, não adianta só prescrever, deve-se orientar as gestantes sobre a importância e vantagens do uso de tais medicamentos (MAIA et al, 2014).

A prescrição de sulfato ferroso suplementar foi baixa e inferior à encontrada em outros estudos. Estes evidenciaram a má adesão dos profissionais a essa prática (DOMINGUES et al, 2011, NIQUINI et al, 2011, MAIA et al, 2014). Em relação a orientação para tomar o

suplemento uma hora antes das refeições, o presente estudo apresentou dados mais significativos quando comparado ao estudo realizado em sete Unidades de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro (NIQUINI et al, 2011).

Nas unidades de saúde é imprescindível que se tenham medicamentos essenciais para serem distribuídos às gestantes quando preciso. Porém, permanece o problema de faltas na farmácia da Unidade, seja por demora no envio pela gestão ou pelo número reduzido de medicações, chegando a faltar fármacos indispensáveis, como o ácido fólico e o sulfato ferroso (ROCHA; SILVA, 2012). Essa situação pode justificar os achados dessa pesquisa.

As enfermeiras do município de Cuiabá, além de prescrever o ácido fólico e sulfato ferroso em maior frequência, prescreviam também não rotineiramente outros medicamentos, como o Buscopan, Paracetamol e Plasil (DUARTE, MAMEDE, 2012).

Nesta pesquisa, observou-se que a prescrição de medicamentos pelas enfermeiras no município, ainda não está claramente definida e, diante de alguma gestante com queixa clínica, a maioria dessas profissionais encaminha para avaliação e conduta do médico. Além do protocolo do Ministério da Saúde (2012), a existência de um protocolo municipal que respaldasse as enfermeiras na prescrição de alguns medicamentos específicos para a gestação, daria mais autonomia para a condução das consultas pré-natal.

Outro fator respondido corretamente pela maioria das enfermeiras foi a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso (92,9%). Contudo, ao serem questionadas quanto à idade gestacional que podem ser prescritos os medicamentos, 64,3% informaram que o sulfato ferroso pode ser prescrito a partir da 20ª semana de gestação e o ácido fólico, 50% informaram que pode ser prescrito até 14ª semana de gestação. Quanto ao número de consultas de pré-natal preconizadas pelo PHPN, 71,4% das profissionais responderam corretamente.

Tratando-se da prescrição de medicamentos, as enfermeiras deste estudo estão prescrevendo, conforme protocolos do Ministério da Saúde, assim contemplando as atividades preconizadas. No estudo do Oliveira et al (2012) também foram identificados os mesmos achados. No entanto, as enfermeiras não estão sabendo o momento correto para prescrever tais medicações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu concluir que a assistência pré-natal no município de Santo Antônio de Jesus – BA, em seus componentes básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, apresentou inúmeras lacunas que podem comprometer a qualidade da assistência prestada as gestantes.

Durante as observações das consultas e as entrevistas realizadas, foi possível verificar que algumas condutas e procedimentos não condizem, com as respostas das profissionais enfermeiras, ao serem questionadas sobre a rotina básica no pré-natal. Estas revelaram, na maioria das vezes, conhecimento para desenvolverem adequadamente uma assistência pré-natal, conforme preconiza o protocolo do Ministério da Saúde, no entanto, alguns procedimentos deixaram de ser realizados, comprometendo a qualidade da assistência ao binômio mãe-filho.

Os elementos mais investigados relacionado à gestação foram a DUM, IG e DPP. Em relação aos procedimentos técnicos na consulta de pré-natal, tanto da primeira vez, quanto na subsequente, que apresentaram maior frequência foram a aferição da pressão arterial, peso e altura. Na primeira consulta, a maioria dos procedimentos técnicos observados apresentaram percentuais bem menores do que os encontrados na subsequente, com a exceção do exame das mamas. Dentre os procedimentos mais realizado nas consultas subsequentes, encontra-se a medição da altura uterina, palpação obstétrica, ausculta dos BCFs e pesquisa de edemas.

Na solicitação dos exames complementares, todos os exames apresentaram uma significativa redução da primeira consulta para a consulta subsequente. Contudo, na entrevista com as enfermeiras estes exames apresentaram altos percentuais, em especial para o hemograma, glicemia em jejum, VDRL e sorologia para HIV.

Na interpretação e conduta das enfermeiras, nos resultados de exames, uma quantidade considerável, souberam informar os valores corretamente de glicemia em jejum e hemoglobina e tomariam a conduta adequada para os resultados do anti-HIV, VDRL reagente e Rh negativo. No entanto, deixaram a desejar para os resultados de IgG e IgM.

A prescrição de medicamentos essenciais foi baixa para o ácido fólico e sulfato ferroso. Mas a solicitação do esquema vacinal foi realizada de forma considerável boa.

Conclui-se que as enfermeiras que realizam a assistência pré-natal nas USF's estão parcialmente capacitadas para a realização desta, não atendendo alguns princípios estabelecidos nos protocolos.

Certamente o aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal, se faz necessário para que as enfermeiras realizem correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante o exame clínico e obstétrico nas consultas, prescrição de medicamentos essenciais, bem como

sua orientação, possibilitando o acompanhamento da gestação e garantindo o atendimento qualificado e humanizado. Esta situação requer dos gestores municipais mais investimento em processos de capacitação em serviço, sendo essa uma ferramenta de reversão dos resultados encontrados, numa perspectiva que valorize o acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe, geração, entre outras no processo saúde-doença das mulheres. Sugere-se que as enfermeiras reflitam sobre seu papel nas unidades de saúde, e se questionem se não estão sendo meras executoras de tarefas e de programas institucionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Samira Maria Oliveira, et al. Assistência pré-natal: analisando indicadores segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 4, n. 4, p. 1604-612, out./dez. 2010.

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, p. 1053-1064, jun.2011.

ARAUJO, Suelayne Martins, et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 61-67, jul./dez.2011.

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, p. 29-35. Jan./mar.2011.

BOGORNI, Lisiani; SEHNEM, Graciela Dutra. A evolução das políticas públicas voltadas à saúde da mulher: um reflexão teórica. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, São Paulo, v. 3, n. 1, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico. Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): 2012.

CASTRO, Maria Elizabete de; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; SILVA, Lucilane Maria Sales da. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev. Rene**, v. 11, número especial, p. 72-81. Ago./Nov.2010.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso, et al. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: Subsídios para construção da integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 574-584, set./dez. 2012.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula, et al. Análise da Atenção Pré-Natal no Município de Cuiabá-Mato Grosso segundo Dados do Sisprenatal. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 5, n. 2, p. 3740-3748. Abr./jun.2013.

COSTA, Christina Souto Cavalcante. et.al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 516-22. Abr./jun. 2013.

COSTA, Milce; MARINHO, Camila Regina Pouças; MORAES, Ana Paula Pereira. Assistência pré-natal: Competência desempenhadas por enfermeiros em ESFs do Vale do São Patrício – GO. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, Góias, v. 1, n. 4, p.1-17. 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica** [Internet], v. 28, n. 3, p. 425-37. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ALMEIDA, Eliane Pereira. O papel do enfermeiro do Programa Saúde da Família no Atendimento Pré-Natal. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v. 4, n. 1, p. 1029-1035. Jan./abr. 2014.

_____. MAMEDE, Marli Villela. Perfil e contribuições dos profissionais de enfermagem no pré-natal em Cuiabá, MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 329-404, abr. 2012.

FERRAZ, Daniela Deiro, et al. Atenção pré-natal segundo indicadores de processo do SISPRENATAL através do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Enfermagem Revista**. v. 16, n. 2. Mai./Ago. 2013.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade Materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p.527-538. abr./jun. 2012. ISSN: 2318-2660.

GRANDO, Tamara, et al. Consulta pré-natal: satisfação das usuárias do SUS. **Cogitare Enferm**. v. 12, n. 2, p. 336-41, abril./jun. 2012.

GUERREIRO, Eryjocy Marculino, et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes enfermeiros*. **Reme – Rev. Min. Enferm**, Minas Gerais, v. 16, n. 3, p. 315-323, jul./set. 2012.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>> Acesso em: 20 jul. 2014.

LESSA, Rodrigo; ROSA, Antônio Henrique Vasconcellos da Rosa. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 2, n. 3, p. 1105-1110, jul./set. 2010.

LIMA, Andressa Feitoza de; MELO, Ana Maína Andrada; FERREIRA, Micherllayne Alves. Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada-PE. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 31-40, dez. 2012.

MAIA, Maryanne Gomes. Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 40-47. 2014.

MARTINELLI, Katrini Guidolini, et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Espírito Santo, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MATOS, Daionara Silva, RODRIGUES, Milene Silva, RODRIGUES, Tatiane Silva. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Rev. Enfermagem Revista**, Minas Gerais, v. 16. n. 1. Jan./abr. 2013.

MENDONZA-SASSI, Raul. A, et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região

Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400018>> Acesso em 20 de março de 2015.

MORSE, Marcia Lait, et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638. Abr.2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002>>. Acesso: 20 de fevereiro de 2015.

NIQUINI, Roberta Pereira, et al. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, v. 10, p. 2805-2816, 2012.

OLIVEIRA, Flávia Seles. Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo. Rio Grande, 2012. (Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, área de concentração: Enfermagem e saúde para obtenção do grau de Mestre). 131f.

_____, et al. A organização do trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 2, p. 368-375, abr./Jun. 2012. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i2.14546.

OLIVEIRA, Renata Alves de, et.al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária¹. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, mar./abr. 2013.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Maternal mortality. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/index1.html> Acesso em: 14 de julho de 2014.

PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa; MARTINS, Priscilla Martha. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 12, p. 447-52. 2013.

PAVANATTO, Anaê; ALVES, Luciane Maria. Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento: Indicadores e Práticas das Enfermeiras. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 761-770. Out./Dez.2014. ISSN 2179-7692.

RATTNER, Daphne. Da Maternidade Infantil ao Paism. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 8, n. 2, p.103-108. Jun.2014. ISSN 1982-8829.

ROCHA, Rebeca Silveira; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Assistência Pré-Natal Na Rede Básica De Fortaleza-Ce: Uma Avaliação da Estrutura, do Processo e do Resultado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 344-355. jul./set.2012.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família*. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n.5, p. 1041-1047. 2011. ISSN 0080-6234.

SANTOS, Carolina Carbonell dos; RESSES, Lúcia Beatriz. Pré-natal e enfermagem: Conhecendo novos olhares apoiados em políticas públicas. **RIES**, ISSN 2238-832X, Caçador, v.2, n.1, p. 79-87, 2013.

SERRUYA, Suzanne Jacob Serruya. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12. Jan./dez. 2012. ISSN 0100-7203. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012001200001>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate** [online]. 2014, vol.38, n.103, pp. 805-816. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>> Acesso em: 14 de fevereiro de 2014.

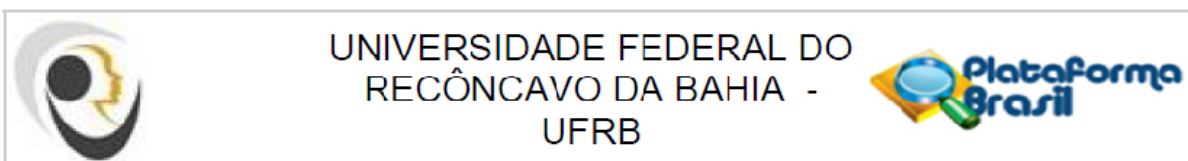
SILVA, Raimunda Magalhães da, et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 635-642, 2012.

SOUZA, Ramona Gacia; RIVEMALES, Maria da Conceição Costa; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. Sistema de Informação da Atenção Básica como Instrumento de Gestão: Estudo de Caso em Santo Antônio de Jesus/BA. **Objnursing**, v. 11, n.1, 2012. Disponível em: <http://http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3552/html_2> Acesso em: 06 de fevereiro de 2015.

SPINDOLA, Thelma; PROGIANTI, Jane Márcia; GARCIA, Lucia Helena Penna. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. **Cienc. Enferm**, v. 18, n. 2, p. 65-73. 2012. ISSN 0717-9553.

VALENTE, Mayenne Myrcea Quintino Pereira, et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. **Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 280-9, 2014.

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Assistência pré natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi

Pesquisador: Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17784813.0.1001.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 666.877

Data da Relatoria: 19/03/2014

Apresentação do Projeto:

A assistência pré natal no Brasil, a partir dos anos 2000, caracterizou-se por uma sequência de políticas para redução da morbimortalidade materna e neonatal de forma mais sistematizada e integrada. Entre as propostas está o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), lançado em 2000. Entretanto, as mudanças nos índices de mortalidade materna e neonatal não foram substanciais o suficiente para produzir alterações no cenário nacional, assim sendo implementadas outras medidas como a Rede Cegonha (2011). Atualmente, a Bahia apresentou a razão de mortalidade materna em 2009 de 72,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos e Salvador para o período de 2000-2005 a taxa de mortalidade neonatal precoce de 24,22 óbitos por 1000 nascidos vivos (SESAB, 2011; SOARES, MENEZES, 2010). Destacamos que diversas causas de mortes nas mulheres e nos neonatos poderiam ser prevenidas a partir de ações instituídas ainda no pré-natal, o curso de uma gestação pode sofrer interferências positivas a partir de um atendimento de qualidade. Assim, o presente estudo objetiva: Analisar a assistência pré-natal nos municípios de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi; Caracterizar a assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios estudados segundo os indicadores de processo estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS); Descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN e Rede Cegonha que realizaram seis consultas de pré-natal, seis consultas de pré-natal e todos os

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-6850

Fax: (75)3621-9767

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 666.077

exames básicos, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; Descrever o conhecimento dos profissionais medica(o) e enfermeira(o) acerca do Protocolo de atendimento a gestantes do MS; Verificar os recursos físicos e humanos disponíveis na rede pública de saúde para a realização da consulta pré-natal. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa a ser realizado em todas as USF com adesão ao PHPN(2001-2011) e Rede Cegonha(2012-2014) nos municípios baianos já citados. Os dados serão adquiridos através SIAB, SINASC disponíveis através do DATASUS; a Secretaria Municipal de Saúde dos municípios nos viabilizará o acesso aos dados do SISPRENATAL, para a série temporal 2001-2011, para todo o período do PHPN e do período 2012-2014 para Rede Cegonha; Caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade materna e neonatal no município de Santo Antonio de Jesus, no período de 2001 a 2013. Como referência usaremos os indicadores de avaliação previstos por ambas as políticas. Faremos também a aplicação de um questionário incluindo perguntas sobre as rotinas e procedimentos a serem realizados pelos profissionais medica(o) e enfermeira(o) durante a consulta pré-natal, nas USF. Outra técnica é observação da estrutura física das USF e das consultas de pré-natal, sendo que estará orientada por roteiros específicos para cada situação. Análise dos dados será realizada através do software SPSS e embasada por referenciais teóricos que abordem a assistência pré-natal a partir de uma perspectiva da integralidade e de gênero. Consideramos que a realização deste projeto contribuirá para o contínuo processo de melhoria na qualidade da atenção à saúde materno-infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência pré-natal nos municípios de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi;

Objetivo Secundário:

-caracterizar a assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família(USF) dos municípios estudados segundo os indicadores de processo estabelecidos pelo Ministério da Saúde(MS); - descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN e Rede Cegonha que realizaram seis consultas de pré-natal; -descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN e Rede Cegonha que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos; -descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN e Rede Cegonha que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; - descrever o conhecimento dos profissionais medica(o) e enfermeira(o) acerca do Protocolo de atendimento a gestantes do MS;- verificar os recursos físicos(instalações, equipamentos e instrumentos) e humanos disponíveis na rede pública de saúde para a realização da consulta pré-natal;-Caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade materna e neonatal no município de Santo Antonio de Jesus, no período de 2001 a 2013

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-6850

Fax: (75)3621-9767

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



Continuação do Parecer: 666.877

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação é voluntária, nenhum das participantes será identificado e em nenhum momento você será submetido a qualquer situação constrangedora ou de risco, e terá o direito de negar-se a responder alguma pergunta ou até mesmo participar do estudo, além disso, serão mantidos todos os princípios éticos e legais.

Benefícios:

A parceira estabelecida da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Universidade Estadual de Santa Cruz e Universidade Estadual da Bahia Campus XII, por meio deste projeto, com as Prefeituras Municipais de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi, através das Secretarias Municipais de Saúde, contribuirá para os processo de interiorização das atividades acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão além de demonstrar a confiabilidade e transparência dos serviços prestados frente à sociedade por todas as instituições

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta trata-se de uma emenda, com o objetivo de incluir estratégias metodológicas para caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade materna e neonatal no município de Santo Antonio de Jesus, no período de 2001 a 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Atualizar o cronograma e indicar o retorno dos resultados ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se em conformidade com a Res. 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-6850

Fax: (75)3621-9767

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 666.877

CRUZ DAS ALMAS, 29 de Maio de 2014

Assinado por:
Cintia Mota Cardeal
(Coordenador)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

TÍTULO: Análise da Assistência pré natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr/Sr^a

Convido o Sr(a) para participar como voluntário(a), na pesquisa que tem o título de “**Análise da Assistência pré-natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi**” e tem como objetivos: Analisar a assistência pré-natal nos municípios de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi; Caracterizar a assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios estudados segundo os indicadores de processo estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS); Descrever o percentual de gestantes inscritas no PHPN e Rede Cegonha que realizaram seis consultas de pré-natal, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; Descrever o conhecimento de médicas(os) e enfermeiras(os) acerca do Protocolo de atendimento a gestantes do Ministério da Saúde; Verificar os recursos físicos e humanos disponíveis na rede pública de saúde para a realização da assistência pré-natal. No caso de aceitar fazer parte da mesma, o Sr(a) responderá a um questionário com perguntas sobre a sua formação profissional, tempo de trabalho e conhecimentos sobre a atenção pré natal. A sua opinião será importante para contribuir com a melhoria da assistência prestada às gestantes nos serviços de saúde locais pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a humanização, a integralidade e a qualidade no atendimento. Os riscos e/ou desconfortos previstos em decorrência da sua participação na nossa pesquisa serão responder as perguntas do questionário nas dependências dos serviços de saúde em que atua ou no seu domicílio, o que poderá necessitar de reserva de tempo para este fim. Os benefícios previstos com a sua participação na pesquisa será contribuir com as suas informações para ajudar na reorganização e melhor qualificação da assistência pré-natal nos municípios eleitos. O Sr(a) terá liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejar, mesmo depois de ter assinado este documento, e não será, por isso, penalizado de nenhuma forma. Caso desista, basta avisar ao(s) pesquisador(es) e este termo de consentimento será devolvido, bem como todas as informações dadas pelo Sr(a) serão destruídas. Como responsáveis por este estudo nos comprometemos em manter sigilo de todos os seus dados pessoais e indenizá-lo(a), caso sofra algum prejuízo físico ou moral decorrente do mesmo. Os resultados deste estudo serão divulgados em eventos científicos nos municípios escolhidos, momento em que o(a) Sr(a) poderá ser convidado(a) previamente, ou através de uma cópia completa do trabalho que será enviada as respectivas Secretarias Municipais de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi. Além disso, os resultados poderão ser divulgados em eventos nacionais e/ou internacionais e publicados em periódicos científicos. Havendo qualquer dúvida sobre o

estudo, durante ou após a entrevista, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Lilian Almeida e Patrícia Marques (71)8138-9992/ (75) 9206-6668/ e-mail: liliancgalmeida@yahoo.com.br/ pfmef@yahoo.com (Santo Antônio de Jesus); Michelle Araújo Moreira (73)8862-5298/ e-mail: michellepedro@uol.com.br (Ilhéus); Larissa Rodrigues (77)9165-3798/ e-mail:larissagbi@hotmail.com (Guanambi) (professoras responsáveis por cada município). Endereço institucional das pesquisadoras: Rua do Cajueiro, s/n, Cajueiro, Santo Antônio de Jesus-Ba CEP: 44.570-000/ Tel: (75) 3632-4629 e Fax: (75) 3632-4598; Rodovia Ilhéus-Itabuna, km 16, Salobrinho, Ilhéus-Bahia, CEP: 45650-000/Tel: (73) 3680-5114.

Patrícia Figueiredo Marques

Michelle Araújo Moreira

Lilian Almeida

Larissa Rodrigues

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO ENTREVISTADO

Eu, _____, RG _____, aceito participar das atividades da pesquisa: “**Análise da Assistência pré-natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi**”. Fui devidamente informado que responderei a um questionário sobre a assistência pré-natal no município escolhido. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade, e que os dados de identificação e outros pessoais não relacionados à pesquisa serão tratados confidencialmente.

Informo que o presente documento será obtido em duas vias: uma via para o sujeito da pesquisa e uma para guarda das pesquisadoras.

Local e data: _____, _____/_____/_____

Assinatura do entrevistado (a)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DAS ENFERMEIRAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

TÍTULO: Análise da Assistência pré-natal em municípios Baianos: Situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO¹

Nome da entrevistadora:

Local da entrevista:

Data:

Categoria profissional observada:

Nº da consulta da gestante:

		Consulta		Carteira da gestante	
		Sim	Não	Sim	Não
1. Primeira consulta?					
2. Consultas subsequentes?					

¹ Baseado em instrumento utilizado na pesquisa: OLIVEIRA, Flávia Seles. Assistência pré natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo. Rio Grande, 2012. (Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, área de concentração: Enfermagem e saúde para obtenção do grau de Mestre). 131f.

3. A gestante foi captada precocemente até os 4 meses (120 dias)?					
4. Observar como o profissional recebe a paciente na sala de pré-natal?	Houve cumprimento				
	Tratou- a pelo nome				
	Criou um ambiente agradável				
	Demonstrou-se confiante				
5. Esclareceu a gestante que seu acompanhante poderá participar de seu atendimento, se o desejar?					
6. Observar reação da paciente	Mostrou-se comunicativa				
	Sentiu-se a vontade				
	Apresentou-se a vontade				
	Apresentou-se preocupada				
7. Observar como o profissional inicia a consulta	Perguntou sobre a família?				
	Perguntou sobre o estado geral da mulher?				
	Perguntou sobre outras questões de assunto?				
	Falou sobre outro assunto aleatório?				
8. Conferir se o profissional calculou a data provável do parto					
9. Conferir se o profissional verificou a altura da gestante					
10. Conferir se o profissional verificou o peso da gestante					

11. Conferir se o profissional verificou a altura uterina da gestante					
12. Conferir se o profissional realizou a palpação obstétrica?					
13. Observar se o profissional realizou ausculta de BCF					
14. Realizou exame de mamas?	Explicou o procedimento?				
	Explicou a finalidade?				
	Orientou sobre o preparo das mamas para a amamentação, a importância do o aleitamento materno?				
15. Observar se o profissional fez o exame de toque vaginal					
16. Realizou citopatológico?	Explicou o procedimento?				
	Explicou a finalidade?				
17. Observar se o profissional verificou a presença de edemas					
18. Observar se o profissional verificou a P.A da gestante					
19. Reação da paciente perante os exames físicos realizados	Sentiu-se a vontade?				
	Ficou com receio?				
	Demonstrou confiança no profissional?				
	Demonstrou medo?				
20. Solicitação sobre o esquema vacinal					

21. Solicitação dos exames laboratoriais	Hemograma				
	Sorologia para sífilis (VDRL)				
	Sorologia para hepatite B (HBsAg)				
	Sorologia para HIV				
	Aconselhamento pré-teste				
	Toxoplasmose (IgG)				
	Toxoplasmose (IgM)				
	Tipagem sanguínea				
	Fator Rh				
	Glicemia de jejum				
	Exame de urina				
	Ultrassonografia				
	Outros exames: 1) protozoário parasitológico 2) colpocitologia oncótica 3) bacterioscopia da secreção vaginal 4) sorologia para rubéola 5) eletroforese de hemoglobina 6) teste de tolerância a glicose (TTG) 7) combs indireto				

24. Observar se há apoio laboratorial para a unidade básica de saúde	Hemograma				
	Sorologia para sífilis (VDRL)				
	Sorologia para hepatite B (HBsAg)				
	Sorologia para HIV				
	Toxoplasmose (IgG)				
	Toxoplasmose (IgM)				
	Tipagem sanguínea				
	Fator Rh				
	Glicemia em jejum				
	Exame de urina				
	Ultrassonografia				
	Outros exames: 1) proto parasitológico 2) colpocitologia oncótica 3) bacterioscopia da secreção vaginal 4) sorologia para rubéola 5) eletroforese de hemoglobina 6) teste de tolerância a glicose (TTG) 7) combs indireto Quais?				

	Público				
	Particular				
	LOCAL:				
25. Observar reação da paciente perante a consulta	Fez perguntas?				
	Demonstrou ter duvidas?				
	Demonstrou ter conhecimento?				
	Demonstrou estar confusa?				
26. Verificar se o profissional orientou as próximas consultas de acordo com o PHPN					
27. Observar se a paciente demonstrou ter entendido tudo o que foi lhe passado na consulta					
28. Observar se a paciente demonstrou parecer satisfeita com a consulta					
29. No caso da primeira consulta, foi registrado pelo profissional:	Data da ultima menstruação				
	Data provável do parto				
	Idade gestacional				
	Numero de gestações				
	Numero de partos				
	Numero de abortos				
30. Prescreveu sulfato ferroso?					
31. Prescreveu acido fólico?					

32. Observar se os medicamentos essenciais (antiácidos, antieméticos, sulfato ferroso, ácido fólico, dimeticona, anti-hipertensivos, antibióticos, anticonvulsionantes, cremes vaginais são ofertados?					
33. Observações					
34. Promoveu educação para saúde estimulando o autocuidado?					

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

TÍTULO: Análise da Assistência pré natal em municípios baianos: situação de Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Guanambi

QUESTIONÁRIO DO PROFISSIONAL²

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do(a) entrevistador(a): _____
2. Local da entrevista: _____
3. Data (DD/MM): ___ ___ / ___ ___ /2010
4. Número do profissional entrevistado: ___ ___ ___
5. Sexo do profissional? (1) feminino (2) masculino
6. Qual sua idade? ___ ___ anos
7. Qual a sua formação profissional?
(1) Médico. Qual especialidade? _____ (2) estudante
(3) Enfermeira (4) outra pessoa: _____
8. A quantos anos você é formado (a)? ___ ___ anos
9. A quanto tempo você realiza consultas de pré-natal? ___ ___ anos

BLOCO B – AVALIAÇÃO DA ROTINA DO PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PODERIAMOS CONVERSAR SOBRE A ROTINA DO PRÉ-NATAL

1. Quando o senhor (a) inicia o pré-natal de uma gestante, o que é importante saber e calcular?
Data da última menstruação (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN
Data provável do parto (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN
Idade gestacional (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN
Número de gestações (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN
Número de partos (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN
Número de abortos (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

² Baseado em instrumento utilizado na pesquisa: OLIVEIRA, Flávia Seles. Assistência pré natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo. Rio Grande, 2012. (Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, área de concentração: Enfermagem e saúde para obtenção do grau de Mestre). 131f.

Outro: _____ (0) Não

2. Quais são os fatores que estão relacionados à gravidez de risco?

Idade (<15 e >35 anos) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Baixa escolaridade (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Peso (<45 e >75kg) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Altura (<1,45m) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Ocupação (esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Fumo (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Uso de bebida alcoólica (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Uso de drogas (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

História de hipertensão (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

História de diabetes (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

História de gemelaridade (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

História de prematuridade (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Óbito fetal ou neonatal (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Intervalo entre as gestações (< 2 anos)

(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Ter tido algum filho com 2 kg ou menos?

(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Ter tido algum filho com 4 kg ou mais?

(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

3. Qual a rotina pré-natal mínima preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde para o exame físico da gestante na primeira consulta?

Medir a pressão (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Pesar a gestante (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Examinar o seio (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Medir a altura do útero (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Escutar os batimentos (BCF) (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Fazer exame especular (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Coletar citopatológico (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Fazer exame de toque (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Ver edema (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

4. Qual a rotina pré-natal mínima preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde para o exame físico da gestante nos retornos?

Medir a pressão (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Pesar a gestante (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Medir a altura do útero (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Escutar os batimentos (BCF) (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

Ver edema (1) Sim, espontâneo (2) Sim, induzido (3) Não (9) IGN

5. Quais exames laboratoriais **OBRIGATORIAMENTE** devem ser solicitados na primeira consulta de pré-natal segundo protocolo do Ministério da Saúde?

Hemograma (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Tipagem sanguínea e Rh (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Glicemia de jejum (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Sorologia para sífilis (VDRL)(1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Sorologia para hepatite B (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Sorologia para HIV (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Toxoplasmose (IgG) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Toxoplasmose (IgM) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Exame de urina (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Urocultura (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Exame de fezes (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Teste para rubéola (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Ultra-sonografia (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN Outro
_____ (0) não

6. Quais exames laboratoriais **OBRIGATORIAMENTE** devem ser repetidos durante o pré-natal segundo protocolo do Ministério da Saúde?

Hemograma (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Tipagem sanguínea e Rh (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Glicemia de jejum (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Sorologia para sífilis (VDRL) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Sorologia para hepatite B (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Sorologia para HIV (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Toxoplasmose (IgG) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Toxoplasmose (IgM) (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Exame de urina (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Urocultura (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Exame de fezes (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Teste para rubéola (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN

Ultra-sonografia (1) Sim, espontânea (2) Sim, induzida (3) Não (9) IGN Outro
_____ (0) não

7. Com quantas semanas de gestação os exames são repetidos? ___ semanas

8. Quantos laboratórios existem no município conveniado pelo SUS para realizar os exames de pré-natal? ____

9. Existe cota para a liberação dos exames de gestantes no município em que atua? Sim Não

10. Você considera satisfatório o número de prestadores para a realização de exames durante o pré-natal no município em que trabalha? Sim Não Por que?

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES
LABORATORIAIS E A CONDUTA PRECONIZADA PELO PROTOCOLO DO MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

1. Quando é considerado **anemia** no exame de hemograma da gestante?

(1) Hemoglobina \geq 11g/dl

(2) Hemoglobina entre 11 e 8g/dl (anemia leve a moderada)

(3) Hemoglobina $<$ 8g/dl (anemia severa)

(4) Outra resposta _____

(9) Não sabe

2. Quando a gestante tem fator **Rh negativo** é preciso pedir algum exame?

(0) Não (1) Sim (9) Não sabe

3. **SE SIM.** Qual? _____

4. Qual o valor **normal da glicemia de jejum** na gestante?

(1) 85 ou 90 g/dl (9) Não sabe (4) Outra resposta: _____

5. Quando o exame de **VDRL da reagente**. Qual conduta?

(1) Solicitar teste confirmatório (tríponemico)

(2) Solicitar novo VDRL e ver titulação

(3) Tratar à paciente

(4) tratar paciente e parceiro

(5) Outro _____

(9) não sabe

6. Qual o **tratamento de escolha** para sífilis?

(1) Penicilina benzatina

(2) Eritromicina

(3) Outro _____
(9) não sabe

7. Quando o exame de **VDRL da reagente**. Preciso pedir exames e tratar o **companheiro** da paciente?
(0) Não (1) Sim (9) Não sabe

21. Quando o exame de **Hepatite B da reagente**. Qual conduta?
(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco
(2) Nenhuma (9) não sei
(3) Outro _____

8. Quando o exame de **Anti-HIV da reagente**. Qual conduta?
(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco
(2) Nenhuma (9) não sei
(3) Outro _____

9. Quando o exame de **Toxoplasmose da IgG reagente e IgM não reagente**. Qual conduta?
(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco
(2) Nenhuma (9) não sei
(3) Outro _____

10. Quando o exame de **Toxoplasmose da IgG reagente e IgM reagente**. Qual conduta?
(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco
(2) Nenhuma (9) não sei
(3) Outro _____

11. Quando o exame de **Toxoplasmose da IgG não reagente e IgM não reagente**. Qual conduta?
(1) Encaminhar ao pré-natal de alto risco
(2) Orientar medidas profiláticas para não se contaminar
(3) Nenhuma (9) não sei
(4) Outro _____

12. Existe algum serviço de referência no seu município para os casos de risco obstétrico elevado?
Sim, Não, Qual(is)?

13. Existe maternidade no município em que você desenvolve suas ações no programa de pré-natal?
Sim, Não, Qual(is)?

14. Você considera que a maternidade local supre as demandas e necessidades das gestantes, parturientes e púerperas do seu município? Sim Não Em parte Por que?

15. Existe UTI neonatal no município em que você atua? Sim Não

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUMAS CONDUAS PRECONIZADAS PELO MANUAL DE PRÉ NATAL 2012.

1. A vacina do tétano deve ser feita na gestação? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

2. **SE SIM**. Quantas doses de vacina contra o tétano uma mulher deveria receber na gravidez?

- (1) nenhuma dose se for imunizada a menos de 5 anos
- (2) Somente o reforço se já for imunizada a mais de 5 anos
- (3) Três doses, se não for imunizada
- (4) Outra resposta _____
- (9) Não sabe

3. O sulfato ferroso deve ser prescrito na gestação? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

4. **SE SIM.** Quando? _____

5. O ácido fólico deve ser prescrito na gestação? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe

6. **SE SIM.** Quando? _____

7. Qual é o número mínimo de consultas de pré-natal estabelecido pelo PHPN? ____ ____ consultas

AGRADEÇO A ATENÇÃO