

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES QUE
VISAM A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL: uma revisão de literatura

VÍVIAN TORQUETE LARA

Belo Horizonte
2011

VIVIAN TORQUETE LARA

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES QUE
VISAM A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL: uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração Enfermagem na Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Araújo Amaral

Belo Horizonte
2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais pelo amor incondicional e apoio.

À minha irmã pelo incentivo, carinho e compreensão.

A todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por sempre me fortalecer nos momentos difíceis da minha vida.

À minha orientadora, prof. Dra. Marta Araújo Amaral, pela dedicação, disponibilidade, compreensão e respeito com que orientou minhas atividades.

À minha família, que sempre acreditou em mim.

Enfim, a todas as pessoas que me incentivaram e acreditaram em mim.

Obrigada!

RESUMO

Trata-se de uma revisão bibliográfica que teve como objetivo identificar as contribuições do enfermeiro no desenvolvimento de ações que visam à melhoria da qualidade da assistência pré-natal. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de busca de publicações nas bases de dados internacionais - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na coleção *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), após consulta às terminologias em saúde, a serem utilizadas na base de descritores da biblioteca virtual em saúde (BVS) e da Bireme (Decs). Foram também analisados os protocolos de assistência pré-natal elaborados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde de Minas Gerais, no período de 2000 a 2010, utilizando os descritores: assistência pré-natal; atuação multiprofissional; saúde da mulher. A revisão enfatiza as ações inerentes ao enfermeiro na assistência pré-natal.

Palavras-chave: assistência pré-natal; atuação multiprofissional; saúde da mulher.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVO	11
3. METODOLOGIA	12
4. REVISÃO LITERÁRIA	14
4.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher.....	14
4.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: uma proposta de atendimento integral e humanizado.....	15
4.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: a atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional.....	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
7. Anexo 1	26

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único da vida da mulher e cercado de muitas transformações. A partir do momento quando um espermatozóide penetra no óvulo e ocorre uma fusão das células as mudanças começam a acontecer e permanecem até o momento do parto. As transformações envolvem praticamente todos os sistemas, tendo início nas primeiras semanas de gestação e têm como principal objetivo garantir a formação e a manutenção da vida que se forma dentro do útero.

Essas inúmeras mudanças podem gerar na gestante medo, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. Por isso é fundamental que o pré-natal seja iniciado o mais precoce possível, de preferência antes do final do primeiro trimestre da gestação.

O atendimento pré-natal deve ser realizado de forma qualificada e humanizada através de ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico até ao atendimento hospitalar para alto risco. Devem ser feitas, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; assegurando o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção às gestantes deve se dar no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, adotando-se medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e assistência neonatal (BRASIL, 2006).

É considerada morte materna aquela em que a mulher morre durante a gestação ou até 42 dias após seu término, independentemente da duração da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Entre as principais causas de mortalidade materna estão a hipertensão e suas complicações em primeiro lugar, hemorragias em segundo, infecção puerperal em terceiro e aborto, em quarto (BRASIL, 2010).

No Brasil a taxa de mortalidade materna encontra-se em 77 para cada 100 mil nascidos vivos. O Ministério da Saúde (MS), conjuntamente com os estados e municípios, vem adotando uma série de medidas para reduzir este elevado índice (BRASIL, 2010).

Os programas de assistência à saúde da mulher foram incorporadas às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão limitada da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. O nível central definia as metas sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Isso resultava na fragmentação da assistência (BRASIL, 2007).

Em 1984, foi elaborado pelo MS o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que tinha como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção. Compreendia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2007).

Na primeira metade da década de 90, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde adotou no âmbito nacional a Estratégia Saúde da Família (ESF). O principal propósito da ESF era a organização da prática da atenção à saúde através da substituição do modelo tradicional a fim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros. Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que se propõe a organizar suas ações pautadas na integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional (RONCALLI, 2006).

Essas ações básicas são executadas pelos profissionais da ESF e estão descritas nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e incluem: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, controle do Diabetes mellitus, controle da hipertensão arterial, controle da Tuberculose, controle da Hanseníase e ações de saúde bucal (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Em 2000, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização que foi reformulado em 2003. Trata-se de uma série de ações que visam organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo SUS. O objetivo desse plano é garantir o acesso dos cidadãos, a todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de

sua residência, conforme seja o conjunto de ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2002).

Através desses programas, o MS visa assegurar a melhoria da qualidade da assistência á saúde prestada à população. No que diz respeito à saúde da mulher são desenvolvidas ações que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e assistência neonatal.

Sobre a assistência pré-natal, o MS ressalta que ela não deve ser encarada como simples assistência médica e sim, como trabalho interdisciplinar de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas (doenças hipertensivas, hemorragia, sepsis, dentre outras) e assistência emocional (SESMG, 2006). Ela deve contar com a participação de um profissional qualificado no atendimento a todas as mulheres no ciclo gravídico puerperal. Esse profissional é aquele que recebeu uma formação, treinou e atingiu destreza nas habilidades necessárias, para manejar a gestação normal, e na identificação e referência de complicações, devendo exercê-las de forma competente. Deve ser capaz de abranger um conjunto de habilidades e conhecimentos, em diferentes formas e em diferentes contextos, para exercer a sua atividade profissional da maneira competente (DOTTO, 2006).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem-Decreto nº 94.406-87 no Brasil, o enfermeiro pode acompanhar integralmente o pré-natal de uma gestante de baixo risco. Em muitas instituições de saúde, na rede básica de saúde e nos Programas de Saúde da Família que estão amplamente difundidos no país, é esperado que as enfermeiras se responsabilizem pela assistência pré-natal (DOTTO, 2006).

Martins *et al* (2004) enfatiza que a participação do enfermeiro em todos os níveis da assistência, principalmente no pré-natal é de fundamental importância para a saúde perinatal envolvendo atividades clínicas e educativas.

Durante minha graduação no curso de Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) percebi que a assistência à saúde da mulher, em especial o pré-natal, continua centrado no profissional médico. Na maioria das vezes, o

médico era o único responsável pela assistência pré-natal, contrariando o que é proposto pelos programas mencionados acima.

Agora, já graduada e trabalhando como enfermeira da ESF no município de Carmópolis de Minas-Minas Gerais, também vivencio essa situação. Carmópolis de Minas está localizado a 110 Km de Belo Horizonte e possui uma população de 17.049 habitantes. Possui quatro equipes ESF com uma cobertura de aproximadamente 100 % da população.

As equipes da ESF procuram desenvolver as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém a assistência pré-natal não é realizada pelas equipes. O pré-natal de risco habitual de todas as gestantes é centrada num único medico generalista. Já se tentou implantar o pré-natal na ESF, porém essa proposta não foi aceita por alguns membros do Conselho Municipal de Saúde e por alguns médicos que trabalham no município.

Esta realidade me motivou a aprofundar conhecimentos sobre a assistência prestada as mulheres, em especial no período gestacional e as possibilidades de aprimorar a assistência às gestantes e suas famílias no Município de Carmópolis de Minas de forma multidisciplinar.

2. OBJETIVO

Identificar as contribuições do enfermeiro no desenvolvimento de ações que visam a melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

3. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica acerca da assistência pré-natal, realizada por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados na última década (2000 a 2010).

A pesquisa bibliográfica procura esclarecer um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Esta modalidade de estudo busca conhecer e analisar as contribuições científicas existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema (MINAYO, 2004).

A busca bibliográfica foi feita em estudos indexados nas bases de dados internacionais - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na coleção *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), após consulta às terminologias em saúde, a serem utilizadas na base de descritores da biblioteca virtual em saúde (BVS) e da Bireme (Decs). Foram também analisados os protocolos de assistência Pré-natal elaborados pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde de Minas Gerais e São Paulo.

Os descritores utilizados foram: assistência pré-natal; atuação multiprofissional; saúde da mulher.

Os artigos selecionados foram reunidos, submetidos a uma leitura cuidadosa e registrado para identificar aspectos considerados relevantes para a pesquisa. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados na íntegra, no período entre 2000 a 2010, que continham algum dos descritores selecionados e disponíveis no Brasil. Dentre os critérios de exclusão, estavam: resumos de artigos, artigos não-disponíveis no Brasil e em outros idiomas.

De acordo com os descritores acima mencionados foram encontrados 34 artigos. A pesquisa foi refinada e 24 artigos foram selecionados, sendo 10 analisados. Também foram utilizados 04 documentos oficiais do Ministério da Saúde; 02 protocolos, sendo um da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e um da Prefeitura de São Paulo; 01 tese de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Os artigos selecionados foram organizados em quadros (anexo1) e organizadas em 3 categorias temáticas: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher; ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: uma proposta de atendimento integral e

humanizado; ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: a atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional.

4. REVISÃO LITERÁRIA

4.1 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. No entanto, o corpo da mulher era visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade era seu principal atributo. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL,2007).

Através desses programas a mulher tinha acesso a cuidados de saúde apenas no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento feminista brasileiro contribuiu para introduzir na política nacional, questões como as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (BRASIL, 2007).

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que ultrapassam o momento da gestação e parto, exigindo ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Essas ações deveriam atender as particularidades dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2007).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Ele incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em todas as fases (ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres) (BRASIL, 2007).

No que se refere à assistência pré-natal, o PAISM estabelece um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para saúde da gestante e do concepto. Este risco pode ser uma característica ou circunstância que está associada ao aumento de probabilidade de ocorrência de um fato indesejado necessariamente em sua causalidade (GONÇALVES *et al*, 2008).

O processo de implantação e implementação do PAISM sofreu grande influência da nova política de saúde baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a reorganização da atenção básica, por meio da ESF. A garantia do acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde passa a ser de responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um. Além disso, as ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser efetuadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais (BRASIL, 2007).

Com a criação do PSF houve a necessidade de elaboração de um instrumento que norteasse, respaldasse e subsidiasse a prática assistencial dos enfermeiros na ESF. Sendo assim, o Ministério da Saúde elaborou, na última década, os protocolos assistenciais de enfermagem. Estes devem ser implantados nos municípios de acordo com a realidade de cada um. Funcionam como facilitadores do atendimento ao usuário, contendo sugestões do roteiro de anamnese, possíveis problemas encontrados, diagnósticos frequentes e possíveis condutas a serem tomadas. Também oficializam a possibilidade de prescrição medicamentosa pelos enfermeiros, dentro de suas competências.

4.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: uma proposta de atendimento integral e humanizado

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do concepto, assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento adequado de doenças maternas pré-existentes. Também deve incluir orientações sobre hábitos saudáveis de vida e as modificações resultantes da gravidez, bem como o preparo da gestante para o parto e o puerpério (GRANGEIRO *et al*, 2008).

A assistência pré-natal implica na elaboração e implantação de ações específicas relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia de suporte nutricional

durante a gestação. A realização do pré-natal não pode impedir as principais complicações do parto (hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto), mas pode alterar e favorecer o prognóstico materno (CALDERON *et al*, 2006).

Segundo Calderon *et al* (2006), promover a saúde materna compreende a realização do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, imunização materna, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação.

Para assegurar a qualidade da assistência pré-natal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um protocolo modelo no qual recomenda a investigação do risco obstétrico; realização do exame clínico e obstétrico (presença de anemia e avaliação da idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíco-fetais); aferição dos níveis pressóricos; informação sobre os sinais e os locais de atendimento de emergência e preenchimento a ficha de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas de pré-natal (CALDERON *et al*, 2006).

No Brasil, apesar de ser uma prioridade entre as ações praticadas pelos serviços de saúde, a partir da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, persiste a dificuldade de acesso à assistência pré-natal em algumas regiões. Como consequência, há uma redução na qualidade da atenção prestada à mulher, no ciclo gravídico puerperal, resultando em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas (GRANGEIRO *et al*, 2008).

As taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal ainda são consideradas altas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo na maioria das vezes associada a intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis. Em 2007, no país, a Razão de Morte Materna (RMM) foi de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo que a hipertensão arterial foi responsável por 15,1% dos óbitos, seguidos por hemorragias (10,1%); infecção puerperal (5,9%); doenças do aparelho circulatório (3,6%) e aborto (3,4%) (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, nas últimas décadas, as políticas públicas na área da saúde materno-infantil têm se organizado com enfoque na ampliação e melhoria da qualidade da assistência obstétrica, principalmente na humanização do pré-natal, parto e nascimento (PEREIRA e BACHION, 2005).

Reconhecendo a necessidade de melhoria da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 1º de junho de 2000, através da Portaria GM/MS nº 569/GM 2002, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este tem como objetivos a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; ampliação do acesso ao pré-natal, estabelecimento de critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (GRANGEIRO *et al*, 2008).

Esse programa fez com que cada município retomasse a discussão sobre a atenção à gestação, parto e puerpério em seu território. Foram detectadas diversas lacunas no que diz respeito à atenção prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal com relação à oferta dos exames laboratoriais, atendimento especializado para as gestantes de risco e a referência para o parto (MIRANDA e FERNANDES, 2010).

Para garantir a qualidade da assistência pré-natal conforme a filosofia do PHPN o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal e critérios para avaliação da qualidade da assistência. Além de incluir mais um elemento da equipe de saúde no atendimento direto às gestantes, o Enfermeiro, estipulou o número mínimo de consultas (6); início precoce do acompanhamento pré-natal (obrigatoriamente até a 14ª semana de gestação); distribuição das consultas durante o pré-natal (no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até 42 dias do puerpério); solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma; tipagem sanguínea e determinação do fator Rh; Coombs indireto (se necessário repetir na 24a, 28a, 32a e 36a semana); urina I; teste anti-HIV; glicemia de jejum (na 1a consulta, na 30a semana e devendo ser repetido no parto); sorologia para sífilis (no 1º, 2º e 3º trimestre); realização do exame obstétrico durante o pré-natal (medida do peso, verificação da pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal e toque vaginal quando necessário); realização de atividades educativas; orientação quanto amamentação e parto; vacinação anti-tetânica (VAT); coleta de citopatológico de colo uterino (GONÇALVES *et al*, 2008).

Além disso, os municípios devem desenvolver ações voltadas à captação precoce das gestantes usuárias do SUS na comunidade, fortalecer a adesão da mulher ao acompanhamento sistemático, rastrear eventuais fatores de risco. Essas ações devem ser realizadas na atenção básica, principalmente no Programa Saúde da Família (PSF) (MIRANDA e FERNANDES, 2010).

4.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: a atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional.

A implantação ESF vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras (BENIGNA et al, 2004). Em 2005, sua nomenclatura foi substituída por Estratégia de Saúde da Família (ESF), acarretando a consolidação efetiva de um conjunto de ações destinadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, da família e da comunidade, de forma integral e contínua (MIRANDA e FERNANDES, 2010).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que desempenham papel importante para a consolidação dos preceitos desta estratégia, especialmente no que diz respeito à captação das gestantes na comunidade para iniciar a atenção pré-natal (MIRANDA e FERNANDES, 2010).

O trabalho multiprofissional consiste em uma reunião de profissionais formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde. Essa equipe engloba a união de agentes e a integração do trabalho e requer um compromisso ético e de respeito com cada formador da equipe e, em especial, com a clientela (MARQUES *et al*, 2007).

Nessa equipe, cada profissional desempenha sua função de forma coletiva e há uma troca de saberes entre os profissionais, buscando uma ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico.

O trabalho de equipe em saúde traz diversos benefícios, dentre eles, o rompimento da visão dominante e individualista das especialidades, o que permite manter uma troca de saberes, afetos e vontades entre os profissionais. Isso resulta em uma união de diferentes idéias e trabalhos voltados à promoção da saúde e uma melhor organização do serviço permitindo o estabelecimento do respeito, autonomia e vínculo entre os profissionais e os pacientes. Permite também que os profissionais das diversas áreas possam criar intervenções diferenciadas, além de investirem em desenvolvimento de ações preventivas junto a cada comunidade nas áreas da Saúde (MARQUES *et al*, 2007).

A multiprofissionalidade facilita a humanização da assistência uma vez que torna o atendimento mais comprometido com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. Se a integração entre os profissionais não ocorre, o atendimento pode ficar fragmentado, desumanizado e centrado na recuperação biológica individual (MARQUES *et al*, 2007).

Na ESF, o trabalho em equipe tem o objetivo de prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral e contínua com resolutividade e boa qualidade. Também cabe à equipe de profissionais promover a vigilância e a promoção da saúde, e responder às demandas da comunidade de forma contínua e racionalizada (MARQUES *et al*, 2007).

Segundo as leis brasileiras, à assistência pré-natal deve ser prestada pela equipe multiprofissional. As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro (SABINO, 2007).

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica na identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas. Ele deve ter habilidade de raciocínio e julgamento clínico para identificar problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais (PEREIRA e BACHION, 2005).

O enfermeiro deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez bem como informá-la dos serviços que estão à sua disposição. Isso pode ser feito durante as consultas de pré-natal, atividades educativas e grupos operativos (BENIGNA *et al*, 2004).

A consulta de enfermagem, realizada de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, deve valorizar as queixas da gestante, possibilitando a criação de ambiente de apoio por parte do profissional e de confiança pela mulher. A maioria das questões apresentadas pela gestante, embora pareça elementar para quem escuta, pode ter um grande significado para quem fala. Assim, respostas diretas e seguras são importantes para o bem-estar da mulher e sua família (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a primeira consulta de pré-natal deve ser realizada o mais precoce possível, podendo ser realizada pelo médico ou enfermeiro. A segunda consulta

deverá ser realizada preferencialmente pelo médico para avaliação dos resultados dos exames complementares. As consultas deverão ser mensais até a 32ª semana e quinzenais até a 40ª semana, intercaladas entre o obstetra e o enfermeiro treinado. Após a 40ª semana, retorno semanal com avaliação do bem estar fetal após a 41ª semana (SESMG, 2006).

A consulta de pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro tem como objetivo proporcionar o acompanhamento clínico-obstétrico de maneira periódica e sistemática; solicitar e avaliar os exames de rotina; orientar quanto a evolução da gestação, parto e puerpério, lactação, aleitamento materno, prevenção de intercorrências relacionadas à mama e amamentação; orientar quanto aos cuidados ao recém-nascido (RN); orientar quanto ao auto cuidado, vacinação antitetânica; encaminhar para outros profissionais; realizar a coleta do exame citopatológico (SABINO, 2007).

O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, irá elaborar um plano de ação de acordo com as necessidades identificadas, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhamentos a outros serviços, promovendo a interdisciplinaridade das ações, principalmente com a odontologia, medicina, nutrição e psicologia (DUARTE e ANDRADE, 2006).

Outra ação desenvolvida pelo enfermeiro durante o pré-natal é a atividade em grupo. Esta abre espaço para discussão de temas relacionados com a gestação, sexualidade, orientação de higiene e dieta, alterações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, direitos trabalhistas, cuidados com o recém nascido, amamentação, puerpério e planejamento familiar. Além de estimular a inserção da gestante no pré-natal, a atividade em grupo permite a continuidade da consulta de enfermagem (DUARTE e ANDRADE ,2006).

A assistência pré-natal também pode ser desenvolvida pelo enfermeiro durante a visita domiciliar à gestante. Ela permite que o profissional conheça a realidade vivenciada pela mulher, o ambiente e seus familiares. Permite identificar, juntamente com a família, problemas e soluções para possíveis adaptações no domicílio que venham favorecer a gestante e o acolhimento do recém-nascido. Orientações como a técnica de amamentação e cuidados com as mamas, banho e higiene do recém-nascido, cuidados com o coto umbilical, sinais do parto, o momento em que deve procurar a maternidade e maneiras facilitadoras para realização do parto também são dadas pelo enfermeiro durante a visita. Além disso, permite conhecer o espaço físico e o ambiente familiar; a iluminação, ventilação, umidade do quarto

onde o RN vai dormir e o comportamento familiar frente à chegada do recém-nascido (SILVA, 2004).

Sendo assim, o enfermeiro como parte integrante da equipe de saúde, se torna agente ativo na assistência direta à gestante. Exerce coordenação da equipe, participa do planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e desenvolve atividades relevantes a promoção da saúde , prevenção de doenças e recuperação da saúde da gestante, parturiente e puérpera.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez, bem como o parto, são eventos fisiológicos que promovem transformações físicas e emocionais nas mulheres, requerendo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde. Por isso o pré-natal deve ser realizado de forma qualificada e humanizada através de ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico até ao atendimento hospitalar para alto risco.

Ciente da importância da atenção pré-natal como fator que interfere na qualidade de saúde perinatal e na redução das taxas de morbimortalidade materna, o Ministério da Saúde elaborou políticas de atenção à saúde da mulher direcionadas para uma assistência integral, enfocando o nível primário de saúde, atendendo as reais necessidades dos serviços e da população.

Dentre essas políticas, encontra-se a ESF formado por uma equipe multidisciplinar que trabalha em conjunto visando à prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, da família e da comunidade, de forma integral e contínua. Na ESF, a assistência pré-natal é desenvolvida por essa equipe, sendo o Enfermeiro responsável pela identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas.

Além disso, o enfermeiro desenvolve outras ações no cuidado pré-natal: realiza grupos operativos, visita domiciliar, consulta de enfermagem visando promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez.

A implantação dessas ações durante o pré-natal requer grande empenho e comprometimento da equipe de saúde. É necessário que haja o planejamento dos objetivos a serem alcançados pelos profissionais, levando em consideração a realidade local e a situação encontrada. A execução desse planejamento deve ser realizada por toda equipe assim como a avaliação periódica do mesmo, para que os resultados sejam alcançados com sucesso.

Muitas são as dimensões com as quais o enfermeiro está comprometido, pois no cuidado ele previne, protege, trata, recupera, promove e produz saúde. Muitos são os desafios quando se assume a responsabilidade de lidar com o ser humano e trabalhar em equipe, ficando evidente

que tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo que envolve a assistência pré-natal.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. Esc. Anna Nery [online]. 2006, vol.10, n.1, pp. 121-125. Acesso em outubro/2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher**. Brasília: MS, 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ação à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF), 2006.160p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília (DF), 14 de dezembro de 2010.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE_BRASIL_2009_COLETIVA.pdf

BRASIL. Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o processo de regionalização e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Disponível:<http://www.saude.gov.br/portarias/2002/k%20373%20APROVAR%20NORMAS%20OPERACIONAL%20%20NOAS%20SUS%201-2002.rtf>>. Acessado em: novembro/2010

BENIGNA, M.J.C; NASCIMENTO, W.G.do; MARTINS, J.L. **Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros/ Pre-natal in the Family Health Program (PSF): with the word, the nurses**. Cogitare enferm, Paraíba, v. 9, n. 2, p. 23-31, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília (DF), 2007, 80p.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. **Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio Grande do Norte, vol.11, n.3, pp. 713-724, 2006. Acesso em outubro/2010

DOTTO, L.M.G.; MOULIN, N.M.; MAMEDE,M.V. **Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, vol.14, n.5, pp. 682-688, 2006. Acesso em outubro/2010

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M.B.M.; MERIGHI, M.A.B.; D'AVILA, C.G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Rev Bras Enferm, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 349-53.

GRANGEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; ESCOLÁSTICA, R.F.M. **Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL.** Rev. Esc. Enferm. USP, vol.42(1), pp.105-111, São Paulo, 2008.

CALDERON, I.M.P.; CECATTI, J.G.; VEIGA, C.E.P. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. vol.28, no.5, pp. 305-310, Rio de Janeiro, maio 2006 .

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

FERNANDES, R.A.Q.; MIRANDA, F.J.S. **Assistência pré-natal: estudo de três indicadores.** Revista de Enfermagem UERJ, vol.18(2), pp.179-84, Rio de Janeiro, abr/jun 2010.

MARQUES, J.B.; APRÍGIO, D.P.; MELLO, H.L.S.; SILVA, J.D.; PINTO, L.N.; MACHADO, D.C.; BASTOS, V.H.V. **Contribuições da Equipe Multiprofissional de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura.** Revista Baiana de Saúde Pública, vol. 31,n 2, pp.246-255, Areal/RJ, Jul/dez. 2007.

SABINO, A.M.N.F. **A Enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto/SP.** Tese de doutorado da Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

SILVA, J.A. **Atenção à saúde da mulher: protocolo de enfermagem.** Atenção Básica Programa Saúde da Família-Prefeitura de São Paulo, São Paulo, Julho/2004.
Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/psf

ANEXO 1

Artigos analisados no estudo:

Artigo	Periódico	Cidade de procedência da pesquisa	Descritores	Comentários
Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família	Esc. Anna Nery [online]. 2006, vol.10, n.1, pp. 121-125	Rio de Janeiro, 2006	Saúde da Família, saúde da mulher, cuidados integrais de saúde, enfermagem em saúde comunitária, cuidado pré-natal	Estudo realizado sobre a assistência pré-natal através do Programa Saúde da Família, com objetivo de descrever as ações do Enfermeiro na atenção ao pré-natal. Realizou-se revisão de literatura quanto às dimensões da assistência de enfermagem inseridas na saúde da mulher. Os resultados encontrados apontam para a multidimensionalidade da atuação do enfermeiro, destacando-se, além da atuação técnica, a interação promovida por ele entre as gestantes e demais membros da equipe e o acolhimento propiciador do estabelecimento de vínculo de confiança e credibilidade por parte das gestantes e conseqüente adesão ao pré-natal.
Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros/ Pre-natal in the Family Health Program (PSF): with the word, the nurses.	Cogitare enferm	Paraíba, 2004	Enfermeiro, pré-natal, Programa Saúde da Família.	A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade. Não deve ser encarada como simples assistência médica e sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional. Assim objetivou-se neste estudo identificar as ações realizadas durante a assistência pré-natal pelos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF), em Campina Grande - Paraíba. A amostra foi constituída por 24 enfermeiros que trabalham no PSF, o estudo foi do tipo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através de um formulário estruturado constituído por questões abertas e fechadas. Observou-se que 25% dos enfermeiros apresentavam especialização em

				<p>obstetrícia, 79,16 % indicaram o primeiro trimestre como o período ideal para o início da assistência pré-natal. 35,7% dos entrevistados atendem mensalmente de 20-30 gestantes e 87,5% acreditam ser necessário mais de 6 consultas para um bom acompanhamento da gestante. Exames como grupo sanguíneo, fator Rh, hemograma, sorologia para sífilis foram os exames mais lembrados e solicitados pela totalidade dos entrevistados. Todos os enfermeiros verificavam a medida da altura uterina durante o exame clínico, e 70,83 % indicaram a necessidade de uma ultrasonografia a cada trimestre para um bom acompanhamento do pré-natal. Diante do exposto percebeu-se que a capacidade técnica do profissional condiz com as recomendações do Ministério da Saúde, entretanto muitas variáveis que implicam no sucesso da assistência pré-natal fogem da responsabilidade do profissional para encontrar explicações em outros paradigmas, como educação reflexiva, por exemplo, e o investimento em políticas sociais e de saúde.</p>
<p>Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil.</p>	<p>Ciênc. Saúde Coletiva</p>	<p>Rio Grande do Norte, 2006</p>	<p>Atenção básica, Programa Saúde da Família, Avaliação do Programa Saúde da Família, Saúde da criança</p>	<p>O objetivo deste estudo dentro dos Estudos de Linha de Base do Proesf foi avaliar o impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores relacionados à saúde da criança em municípios com mais de 100 mil habitantes. Foram pesquisados quatro municípios na região Nordeste, e em cada um deles foram sorteados 20 setores censitários em áreas cobertas pelo PSF e emparelhados a outros 20 setores em áreas não cobertas pelo PSF, a partir de critérios socioeconômicos. Os resultados mostraram que, na maior parte dos indicadores, não se observam diferenças significativas entre os resultados de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, destacando-se apenas a redução na taxa de internação por diarreia. Em relação a esta, a redução significativa se deu às expensas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, não trazendo o PSF efeito adicional sobre a redução do indicador. Pôde-se observar,</p>

				também, que o modo como o programa é implementado em cada município influencia diretamente nos resultados, de modo que não há subsídios claros para decretar o PSF "per si" pouco resolutivo e sem diferencial em seus padrões de assistência à saúde. Torna-se, portanto, necessário levar em conta a análise do contexto da implantação e condução do PSF, além de suas características mais gerais relativas ao campo socioeconômico e de políticas públicas.
Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras.	Rev.Latino-Am. Enfermagem	Ribeirão Preto, 2006	Cuidado pré-natal; enfermagem obstétrica; educação em enfermagem	Este estudo teve como objetivo identificar as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras, no início de sua vida profissional, nas atividades relacionadas à assistência pré-natal. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com 25 enfermeiras que acompanhavam o pré-natal, na rede básica de saúde do município de Rio Branco-AC, e foram agrupados conforme a frequência e o grau de dificuldade referido por elas. Constatamos que as enfermeiras não apresentaram dificuldades em uma série de atividades importantes na assistência pré-natal, no início do exercício profissional. No entanto, relataram que enfrentaram dificuldades em outras. Essas dificuldades eram de diferentes graus. Apontaram dificuldades em atividades que exigem conhecimentos (saber) como também em atividades que necessitam de habilidades (saber-fazer). O estudo apontou ainda falhas na graduação, com relação à atenção ao pré-natal, tanto para aspectos teóricos como para atividades exclusivamente práticas.
Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um	Rev Bras Enferm	Brasília, 2008	Assistência pré-natal; Saúde da mulher; Programa saúde da família.	Dada a importância da qualidade do cuidado pré-natal na redução da morbi-mortalidade materna e perinatal, este estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência prestada à gestantes de baixo risco por meio dos indicadores de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo avaliativo, quantitativo e retrospectivo realizado em um Serviço de Pré-Natal de uma Unidade de Saúde da Família de um

município da Grande São.				Município da Grande São Paulo. Os resultados evidenciaram que o Programa de Saúde da Família propicia assistência pré-natal de qualidade, e que o vínculo estabelecido entre os profissionais da Unidade e os Agentes Comunitários de Saúde com as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal.
Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL	Rev. Esc. Enferm. USP	São Paulo, 2008	Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Parto humanizado. Cuidado pré-natal.	Pesquisa descritiva, documental, que objetivou analisar os indicadores de processo do Sistema de Informação do Prénatal (SISPRENATAL), em Quixadá-CE. Estudaram-se 1.544 cadastros de gestantes no período de 2001 a 2004. Os dados foram coletados de fevereiro a abril de 2005 no SISPRENATAL, implantado no setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados foram apresentados em tabela única e analisados à luz da literatura atual e experiência acumulada das autoras. Verificou-se percentual crescente de gestantes com indicador de, no mínimo, seis consultas, todos os exames básicos, teste anti-HIV, imunização antitetânica e consulta puerperal de 2001 a 2004, ou seja, zero, 2,6, 5,68 e 21,11%, respectivamente. É necessário, pois, uma melhora na utilização do Sistema, assim como a leitura sistemática dos indicadores de processo, no sentido de obter subsídios para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal.
Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna..	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Rio de Janeiro, 2006	Mortalidade materna/prevenção e controle; Assistência pré-natal; Saúde da mulher	A razão de mortalidade materna (MM) é indicador da qualidade de saúde, influenciada diretamente pelo grau de desenvolvimento econômico-cultural-tecnológico de um país. Os dados oficiais de MM no Brasil, ainda que subestimados, sinalizam a falta de qualidade dos serviços de assistência à gestação, parto e puerpério. Esta característica é comum entre os países em desenvolvimento, onde estão as gestantes mais necessitadas e com maior dificuldade de acesso a assistência de qualidade. A assistência pré-natal não pode prevenir as

				<p>principais complicações do parto, causas importantes de MM, mas algumas intervenções no pré-natal poderão favorecer o prognóstico materno e prevenir a MM. Neste contexto, o artigo faz uma atualização, embasada em evidências científicas, sobre intervenções efetivas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. As estratégias mais importantes constituem um tripé, com intervenções específicas relacionadas a promoção da saúde materna, prevenção dos riscos e garantia de suporte nutricional durante a gestação, além de critérios para investigação do risco gestacional e inclusão da gestante no componente básico do modelo de assistência pré-natal. Finaliza com a definição de prioridades na prevenção de MM relacionada à eclâmpsia/pré-eclâmpsia e reforça a importância da normatização dos sistemas de referência para os casos de emergência obstétrica.</p>
<p>Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal.</p>	<p>Revista Brasileira de Enfermagem</p>	<p>Brasília, 2005</p>	<p>Gravidez; Enfermagem obstétrica; Diagnóstico de enfermagem.</p>	<p>Esta pesquisa descritiva objetivou analisar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes de baixo-risco. Participaram onze gestantes atendidas no pré-natal de uma maternidade segura no estado de Goiás. Os dados foram classificados segundo a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e analisados à luz de referenciais da obstetrícia. Foram identificados 25 diferentes Diagnósticos de Enfermagem. Todas as gestantes apresentaram: Conhecimento deficiente (diferentes graus e assuntos), Padrão de sono perturbado, Intolerância à atividade percebida, Déficit do autocuidado (banho e higiene), Incontinência urinária por pressão e alguns diagnósticos de risco. Identificar Diagnóstico de Enfermagem da NANDA permite a determinação do grau de risco gestacional, detecção precoce de complicações e individualização da assistência de enfermagem.</p>

Assistência pré-natal: estudo de três indicadores.	Revista de Enfermagem UERJ	Rio de Janeiro, 2010		<p>Estudo descritivo exploratório, com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal nos serviços de saúde do município de Araguari-MG, utilizando os indicadores: primeira consulta e exames básicos efetuados até 120 dias de gestação e número de consultas. A amostra compreendeu 147 mulheres entrevistadas em 2007. A estratégia saúde da família (ESF) obteve, em todos os indicadores, melhores resultados que o Centro de Atendimento e Atenção Materno- Infantil (CEAAMI). O indicador primeira consulta realizada até 120 dias alcançou 91,7% na ESF e 88,2% no CEAAMI; o número de exames realizados até 120 dias é maior na ESF que no CEAAMI; houve diferença estatística significativa para os exames de glicemia e toxoplasmose. Na ESF, 92,7% das gestantes realizaram seis consultas ou mais; no CEAAMI, esse indicador atingiu 78,4%. Para atender aos princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde, o município deverá estender a cobertura da ESF para toda a população.</p>
Contribuições da Equipe Multiprofissional de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura.	Revista Baiana de Saúde Pública	Areal/RJ, 2007	Equipe de assistência ao paciente; Programa saúde da família; Atenção primária à saúde.	<p>Introdução: Ações de saúde realizadas em equipe promovem a formação de redes de relações e rompem visões individualistas, além de permitirem o estabelecimento do respeito, vínculo entre profissionais e uma abordagem resolutiva.</p> <p>Objetivos: Verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF e discutir dificuldades apresentadas por essa interação.</p> <p>Material e Métodos: Pesquisa bibliográfica em português utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs, cujos artigos relacionados compreendem o período entre 1997 e 2007.</p> <p>Resultados: A multidisciplinaridade mostrou-se benéfica, pois permite criar idéias que serão discutidas por diferentes visões, levando a crer que essa modalidade é útil para a atual condição de saúde no País. Contudo, essa inter-relação profissional é pouco alcançada.</p> <p>Conclusão: A multidisciplinaridade é capaz de gerar organização social e um desempenho profissional mais</p>

				adequado. A inserção de novos profissionais nas equipes básicas ainda não é fundamentada pela literatura, o que demonstra carência de projetos neste âmbito.
A Enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto/SP	Tese de doutorado da Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto, 2007	Enfermeira; pré-natal; enfermagem obstétrica; competência profissional.	A assistência pré-natal pode não evitar as principais complicações do parto e puerpério, causas importantes de mortalidade materna (MM). Mas a atenção qualificada neste período poderá alterar e favorecer o prognóstico materno prevenindo tais causas. Este estudo buscou conhecer a realidade da assistência a gestante, realizada pelas enfermeiras nas unidades básicas de saúde (UBS) de São José do Rio Preto-SP. Objetivos: caracterizar o perfil profissional e descrever as atividades da assistência pré-natal prestada pelas enfermeiras as gestantes subsidiadas pelo Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde da Mulher. Metodologia: estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado em unidades de atenção básica do município. A população estudada foi composta por 21 enfermeiras, entrevistadas e acompanhadas através de observação sistemática e dois gestores de saúde do município que tiveram suas entrevistas gravadas. Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva, sendo apresentados na forma de frequência absoluta e percentual. Os dados qualitativos foram utilizados para nos auxiliar na compreensão das questões que envolvem a organização e a política municipal na assistência pré-natal, optamos pela análise de conteúdo de Bardin. Resultados: a idade média das enfermeiras foi de 34 anos, 47,6% são casadas ou vivem em parceria fixa, 57,2% tem filhos; 57% está formada há menos de 10 anos apresentando em média de 74 meses de experiência na assistência pré-natal; com carga horária média semanal de trabalho de 40 horas e três (14,3%) tem mais de um emprego; 97,0% concluíram pós-graduação lato sensu, mas nenhuma

				<p>curso Enfermagem Obstétrica. As atividades realizadas com maior frequência na assistência pré-natal foram acolhimento 95,2%, solicitação de exames laboratoriais; ações educativas, ora realizadas individualmente 61,9%, ora em grupo 81,0%. As enfermeiras relataram ainda enfrentar dificuldades em uma série de atividades relacionadas à assistência, as que exigem conhecimentos (saber), identificando fatores de risco 26,3%, bem como as que necessitam de habilidades práticas (saber-fazer), exame físico obstétrico 36,8%. Referiram ainda que a carga horária na graduação em enfermagem foi insuficiente para subsidiar a assistência pré-natal, tanto no aspecto teórico como prático. Conclusões: de acordo com o preconizado pelas políticas internacionais sobre o atendimento qualificado ao ciclo gravídico puerperal, a realidade desvenda a insuficiência de enfermeiras qualificadas. O modelo de atenção é centrado apenas em um profissional não privilegiando a equipe multiprofissional e a qualificação para o trabalho. Apontando, portanto, para a necessidade de investimentos na formação profissional do enfermeiro e reorganização da assistência, para que se possa realmente modificar a realidade da atenção materna em São José do Rio Preto.</p>
Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério: protocolo Viva Vida	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	Belo Horizonte, 2006		<p>Este é o protocolo de procedimentos técnicos para o pré-natal, parto e puerpério do Programa Viva Vida. Faz parte de uma proposta mais ampla de educação permanente destinada aos profissionais que cuidam da mulher e da criança, seja nas equipes de saúde da família, como nas maternidades. A primeira parte - O PRÉ-NATAL – percorre todos os passos da gestante de risco habitual e de alto risco, facilmente visualizados no Fluxograma da Gestante, o seu acolhimento e acompanhamento, os fatores de risco e critérios para encaminhamento e a abordagem das doenças obstétricas mais frequentes. A segunda parte – O PARTO – apresenta os</p>

				<p>principais cuidados a serem tomados, desde o acolhimento da gestante na maternidade, até as condições mínimas para a mesma realizar o parto. A terceira parte – O PUERPÉRIO – chama a atenção, antes de tudo, para a grande importância da consulta puerperal, definindo o período das consultas e dos procedimentos a serem realizados. Além disso, esta seção fala também da prevenção do câncer de mama e do colo uterino. As duas partes finais – A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA e SISTEMA DE INFORMAÇÃO – têm o objetivo de contribuir para o planejamento das ações a serem realizadas pelas equipes de saúde nas suas áreas de abrangência. Apresenta as competências dos vários profissionais envolvidos na assistência, nas unidades de saúde e nas maternidades, o fluxo da informação, os sistemas informatizados do Ministério da Saúde e os indicadores de processo e resultado, possibilitando o dimensionamento, a avaliação e a regulação do atendimento das gestantes e puérperas. Porém, a aplicação de todos estes procedimentos, por si só, não é suficiente para que os resultados que esperamos sejam alcançados. O cuidado com uma gestante ou puérpera implica, antes de tudo, no cuidado com a sua pessoa, com as suas necessidades, com a sua história, com a sua responsabilidade para com a criança que carrega. Tendo este cuidado como ponto de partida, esperamos que este protocolo seja de grande valia para o trabalho de cada profissional.</p>
--	--	--	--	---

Atenção à saúde da mulher: protocolo de enfermagem	Prefeitura de São Paulo	São Paulo, 2004		
--	-------------------------	-----------------	--	--