

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN

ROANA TALITA GALDINO DOS SANTOS MEDEIROS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO NA
ESTRATÉGIASAÚDE DA FAMÍLIA**

MOSSORÓ

2015

ROANA TALITA GALDINO DOS SANTOS MEDEIROS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Esp. Verusa Fernandes Duarte.

MOSSORÓ

2015

ROANA TALITA GALDINO DOS SANTOS MEDEIROS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada pela aluna Roana Talita Galdino dos Santos Medeiros, do Curso de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: _____ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Verusa Fernandes Duarte(FACENE/RN)

Orientador

Prof. Esp. Patricia Helena de M. C. Martins(FACENE/RN)

MEMBRO

Prof.Ms. Amélia Resende Leite(FACENE/RN)

MEMBRO

A DEUS, o grande responsável por essa vitória, por ter me dado força
e sabedoria para continuar quando eu pensei em desistir.
A minha querida avó mãe, por ser responsável pela pessoa ao qual me tornei.
Amor indescritível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao autor da minha vida **DEUS**, por seu amor incondicional. Deus, sou grata pela vida que me deu, sou grata por ter saúde e por ter a capacidade de aprender com tudo aquilo que a vida coloca em meu caminho.

A minha **avó Dalva e mãe Adriana** pelo amor, carinho e dedicação, por ser minha fortaleza para os momentos de dificuldade, por me incentivarem a sempre seguir o caminho de vitórias e realizações, e sem medir esforços me acompanham na realização dos meus ideais, ensinando-me a viver a vida com dignidade.

Ao meu filho **Davi Luiz**, uma das minhas maiores fontes de força e determinação, benção de Deus em minha vida. Obrigada por estar sempre presente, mesmo quando eu estava ausente. O laço que nos une é maior que qualquer distância. Mamãe te ama filho.

As minhas tias **Juliana, Clesiana e Clesia**. Tias-Mães queridas, amáveis, por serem companheiras e apesar dos momentos difíceis me apoiaram e me deram palavras de apoio.

A toda minha família, minha irmã **Márcia**, minhas primas **Bruna, Júlia, Joyce, Vitória** pela união e pela felicidade que são nítidas nos nossos encontros, de família.

A minha orientadora **Verusa Fernandes**, que com sua dedicação, paciência, compromisso soube conduzir os meus pensamentos, orientando-me na realização desse sonho que se concretiza, pela troca de conhecimentos e principalmente pela amizade que se construiu com verdade.

As professoras, **Patrícia Helena e Amélia Rezende**, por terem aceitado participar da minha banca, e pelas valiosas contribuições a este trabalho, não esquecendo **Karla Cartaxo**, que foi uma das colaboradoras desta pesquisa.

As minhas amigas **Ithâmara, Irineide, Renata e Uédila** que durante nossa vida construímos uma amizade cheia de alegrias, cumplicidade, vitórias, conquistas e

superação de momentos de dificuldade através da nossa união, enfim uma amizade ímpar que não ficará restrita em novos caminhos a serem trilhados, será eterna.

A equipe **Dental Clínica**, Jovane meu Pai-trão (patrão), Andréa (patroa), Erico Cortês, Alana, Vanessa, Joseane, Liana, Rianne, Aparecida, Eguicélia, Jade, Janileide, Uédila, Renata. Por todas as vezes que precisei pedir meninas segura as pontas por aí que preciso ir ao meu estágio, e pela contribuição do meu pai-trão para que esse sonho torna-se realidade. Obrigada, somos uma família.

A **Vanessa Camilo**, que além de ser uma bibliotecária ela é uma amiga compreensível, paciente, generosa, prestativa aquela no qual você nunca irá ouvir um não, te agradeço muito por ter tido paciência comigo quando á perturbei, louvável a Deus pela a pessoa na qual você é, obrigada.

A todos os meus colegas de sala que compartilharam conhecimentos no decorrer dos estudos.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram ao meu lado, para a concretização do meu objetivo. Muito obrigada.

Porque para Deus nada é impossível.
(Lucas, 1:37).

LISTA DE GRAFÍCOS

Gráfico 1 – Quanto a faixa etária dos participantes da pesquisa.	27
Gráfico 2 – Quanto ao ano de conclusão da graduação em Enfermagem.....	28
Gráfico 3 – Quanto a escolaridade dos participantes da pesquisa.....	29
Gráfico 4 – Quanto a posse de outro vínculo profissional	30
Gráfico 5 – Quanto ao tempo de atuação na UBS	31
Gráfico 6 – Quanto à participação em alguma qualificação ao pré-natal de baixo risco no seu ambiente de trabalho	32

RESUMO

No ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. O PHPN vem ainda indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natais e a consulta puerperal. O objetivo geral deste estudo é analisar a atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família. Os objetivos específicos: Caracterizar a situação socioeconômica dos participantes da pesquisa; descrever as ações de enfermagem no pré-natal de baixo risco; identificar os desafios para a atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco. A pesquisa foi descritiva, exploratória com abordagem qualitativa e quantitativa. O local escolhido da pesquisa foram Unidades Básicas de Saúde do município de Assú-RN, onde é composto por 17 UBS's, das quais foram escolhidas 08 UBS. A população foi constituída pelos enfermeiros da estratégia de saúde da família e a amostra foi constituída por 08 enfermeiros decorrente de cada área. O instrumento de coleta de dados foi do tipo formulário. A análise dos dados quantitativos foram realizadas gráfico estatisticamente e a análise qualitativa apartirda técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados foram coletados, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE-PB conforme parecer 1.202.993 e CAAE 48231515.7.0000.5179 e após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos enfermeiros. Nesta pesquisa foram obedecidos os aspectos éticos envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa. Os resultados obtidos dos dados quantitativos foram, quanto a faixa etária maior percentual 22-32 anos 88%, ano de conclusão de graduação de 2010-2012 63%, quanto a escolaridade 100% especialista em enfermagem, quanto a outro vínculo 75% não o possui, tempo de atuação 50% menos de 6 meses e quanto a qualificação ao pré-natal de baixo risco 75% não tem. Quanto aos dados qualitativos os enfermeiros relataram que as ações educativas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, logo foi evidenciado a caracterização de grupos de gestantes, procedimentos, consultas no desenvolvimento dessas ações e enlocados como desafio a participação das gestantes para com as consultas, que são nelas o processo aplicado na promoção e prevenção de doenças. Conclui-se que para a prática de um pré-natal de baixo risco com qualidade há necessidade de uma qualificação por parte do profissional para melhor assistir essa gestante e compromisso por parte das gestantes nas consultas e ações coletivas realizadas periodicamente.

PALAVRAS CHAVES: Enfermagem, pré-natal, gestantes.

ABSTRACT

In 2000 was created the Program for Humanization of Prenatal and Birth (PHPN), in order to reduce the high rates of maternal and perinatal morbidity and mortality, increase access to prenatal care, establishing criteria for classification prenatal consultations and promote the link between outpatient care and childbirth. The PHPN comes also indicate the minimum procedures to be performed during prenatal visits and the postpartum visit. The aim of this study is to analyze the role of the nurse in the prenatal low risk in the family health strategy. Specific objectives: To characterize the socioeconomic status of respondents; describe nursing actions in prenatal low risk; identify challenges to the work of nurses in low-risk prenatal. The research was descriptive, exploratory qualitative and quantitative approach. The venue of the research were the Basic Health Units in the city of Assu-RN, which consists of 17 UBS's, of which 08 were chosen UBS. The population was constituted by the Family Health Strategy nurses and the sample consisted of 08 nurses arising from each area. The data collection instrument was the standard form. The analysis of quantitative data were conducted graphic statistically and the qualitative analysis based on the collective subject discourse technique. Data were collected after approval by the Ethics Committee of the FACENE-PB as reported 1,202,993 and CAAE 48231515.7.0000.5179 and after signing the Instrument of Consent by nurses. In this research we followed the ethical issues involving human subjects recommended by Resolution No. 466/2012 of the National Health Council which deals with the direct or indirect involvement with humans in research. The results of the quantitative data were, as the largest age group 22-32 years 88% percent, year of completion of graduation 2010-2012 63%, about 100% specialist education in nursing, as the other 75% do not link has, time of work 50% less than 6 months and the qualification of prenatal low risk 75% have not. As for qualitative data the nurses reported that education should be developed for all professionals within the health unit staff, was soon shown the characterization of groups of pregnant women, procedures, consultations on the development of these actions and enlocados the challenge of participation of pregnant women towards the queries that are in them the process applied in the promotion and disease prevention. It concludes that to practice a low risk prenatal quality no need for a qualification by the professional to better assist this mother and commitment on the part of pregnant women in consultations and collective actions carried out periodically.

KEY WORDS: nursing, prenatal care, pregnant women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 PROBLEMÁTICA	13
1.3 HIPÓTESE	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 RELATOS SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER	15
3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	18
3.3 PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO	21
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	24
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	27
4.8 FINANCIAMENTO.....	28
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	28
5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	33
5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	42
ANEXO	43

1 INTRODUÇÃO

Na idade média as mulheres traziam consigo a forma cultural e histórica em relação ao ato de parir, o nascimento era de forma individual, onde as mulheres ficavam sozinhas em um determinado lugar para parir, particularmente no campo, ocasionando um alto índice de mortalidade infantil (WHITE,2012)

Por volta do século XIX, à maioria dos partos começou a serem domiciliares com ajuda de parteiras, várias coisas se modificaram com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias no campo da medicina. Entretanto, o parto foi adquirindo outro significado, passando a ser considerado um procedimento cirúrgico, que deve ser realizado por médicos em ambiente hospitalar. Os médicos se opuseram à intervenção das parteiras, alegando ser a gravidez uma doença que requer o tratamento de um verdadeiro médico (MALHEIROS et al, 2012).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher surgiu através de reivindicações de diversos setores sociais, tais como: movimento de mulheres, movimento negro, dos trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional(OLIVEIRA et al,2013).

Observando esta necessidade, o Ministério da Saúde formalizou a assistência à saúde da mulher e considerou que a mesma é prioridade de Governo, elaborando um documento chamado, “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes”, no ano de 2004(BRASIL,2013).

Assim, este documento tem como enfoque, uma hierarquização de princípios norteadores em busca de avanços nos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual, agregando no geral, a integralidade e promoção da saúde de pacientes, melhorando assim, a subjetividade de políticas públicas (BRASIL, 2013).

O Sistema Único de Saúde, após a criação da PNAISM, efetivou a assistência ao pré-natal com vista ao desenvolvimento do cuidar da saúde do binômio, de forma qualificada e integral, nas Unidades de Saúde.(OLIVEIRA et al,2013).

Os desfechos perinatais são resultantes de uma complexa rede de fatores que incluem determinantes biológicos, socioeconômicos e assistenciais, a assistência ao pré-natal pode contribuir para o favorecimento de avaliação qualificada

e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê. (DOMINGUES, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, para que o pré-natal seja realizado com qualidade, é necessário um conjunto de recursos, tais como: recursos humanos distintos; área física adequada; equipamentos e instrumentais mínimos; apoio laboratorial; material para registro, análise dos dados e medicamentos. (FIGUEIREDO,2012).

No ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. O PHPN vem ainda indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natais e a consulta puerperal(ARAÚJO et al, 2012).

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87. Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; 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, sendo respaldado pela lei 7.498/86(ARAÚJO et al,2012).

Os profissionais de saúde, assim como a equipe de enfermagem, são coadjuvantes. Contudo, desempenhar esse papel não é fácil, porque se deve reconhecer a individualidade e humanizar o atendimento à mulher, ao recém-nascido e à sua família, observando a sua singularidade(SILVA,2012).

A atuação do enfermeiro na consulta pré-natal de baixo risco visa oferecer assistência integral clínica ginecológica e educativa, com o intuito de que a mulher possa ter uma gestação tranquila e um bebê saudável(ARAÚJO,2012).

A enfermagem acompanha toda a gestação de baixo risco, sendo responsável pela solicitação de exames laboratoriais, pela coleta do exame Papanicolau, pela prescrição de tratamentos necessária, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Também pode organizar atividades em grupos com gestantes, que enfoquem: Aleitamento materno, preparo para o parto, cuidados com o recém-nascido, vacinação, levantamento e busca das gestantes faltosas. É sabido que

quanto mais precocemente a mulher inicia o acompanhamento no pré-natal, melhor será a qualidade do atendimento(FIGUEIREDO,2012).

1.1JUSTIFICATIVA

O interesse por esta pesquisa surgiu durante o estágio curricular da disciplina enfermagem obstetrícia e neonatal, onde observei a importância do enfermeiro na assistência e execução ao pré-natal, ressaltando a importância de sua realização, como também a participação nos grupos de gestantes de sua Unidade de referência, garantindo as gestantes o acesso ao parto pelo SUS e ao parto seguro.

A importância desta pesquisa trará ao meio científico inovações para a melhoria de uma assistência qualificada à gestante e também ao profissional que executa.

Este estudo proporcionará a ampliação do conhecimento acadêmico, servindo como uma fonte de pesquisa para um maior aprofundamento sobre a temática ora abordada, para os enfermeiros esta pesquisa contribuirá no tocante para uma atuação de qualidade frente ao período gestacional.

Para a gestão pública trará benefícios na execução do pré-natal de proporcionar um ambiente adequado para a realização do mesmo, como também adequação dos recursos envolvidos nesta atividade, com vista a um atendimento de qualidade.

1.2 PROBLEMATICA

Diante do exposto questiona-se: Como ocorre a atuação do enfermeiro no pré- natal de baixo risco na estratégia saúde da família?

1.3HIPÓTESE

Considerando as particularidades da ESF, acredita-se que os enfermeiros enfrentam diversas dificuldades ao realizarem trabalhos educativos, como educação em saúde, tanto no contexto individual quanto no coletivo, dentre as quais a principal é a resistência às transformações e concordância ao novo modelo assistencial.É importante descrever a falta de apoio da gestão enquanto permanência de

qualificação ao Pré-Natal como suporte técnico, ao apoio de insumos materiais e humanos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação socioeconômica dos participantes da pesquisa;
- Descrever as ações realizadas pelos enfermeiros no pré-natal de baixo risco;
- Identificar os desafios para a atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 RELATO SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

Diante da crescente preocupação com a saúde e o bem-estar de mulheres em países em desenvolvimento, os organismos internacionais passaram, desde a década de 80, a incentivar os Estados membros a desenvolverem políticas adequadas para a atenção integral à saúde deste segmento populacional(FERREIRA,2013).

Segundo o autor supracitado, no nosso país, os movimentos sociais, particularmente, o feminista e o de mulheres, vêm atuando para que o Sistema Único de Saúde (SUS) contemple a atenção integral à saúde da mulher em consonância com os princípios de igualdade, equidade e universalidade que o formam.

No Brasil, historicamente, as políticas de saúde privilegiaram ações de saúde materno-infantil. Este privilégio foi alvo de críticas por parte do movimento feminista que, no final da década de 70, passou a demandar a ampliação das ações governamentais no que concerne à saúde da mulher (KNAUTH et al,2012).

Assim, Como fruto deste debate foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 foi um marco político e histórico. Foi resultado das reivindicações dos movimentos de mulheres e movimentos feministas pelo direito ao atendimento à saúde integral, ou seja: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades das mulheres(RATTNER, 2014).

No entanto, durante a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, foi elaborado um documento que prevê: o acesso universal das mulheres grávidas para realização do pré-natal em serviços de qualidade; a implantação efetiva de comitês de mortalidade materna em todos os estados e município(MARQUES, 2012).

No entanto este devido Programa partia de uma crítica à visão gravídica-puerperal dominante nos serviços de saúde sobre as mulheres e preconizava uma assistência integral (KNAUTH et al,2012).

Desta forma, neste período houve um processo de redemocratização, e a mulher passou a ser vista não apenas como quem engravida e tem filhos, mas

também como sujeito de direitos, com a garantia de atendimento a outras questões de saúde além das relacionadas à reprodução social e fisiológica(RATTNER, 2014).

Assim, o conceito de integralidade, que era um dos eixos centrais do Programa, implicava, por sua vez, numa nova postura dos profissionais da saúde que deveriam contemplar práticas educativas em todas as ações visando proporcionar às mulheres o controle sobre sua saúde (KNAUTH et al,2012).

Atualmente, a Saúde da Mulher no Brasil atua em três grandes áreas prioritárias, além da atenção obstétrica: planejamento reprodutivo, câncer ginecológico e atenção a mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência(RATTNER, 2014).

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo Ministério da Saúde, no ano de 2004, remete ao processo de criação e implantação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA, 2013).

Cabe observar que a criação do SUS foi assegurada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em consonância com o Art. 196 da Constituição Federal, as condições de possibilidade de tal criação decorrem da concepção de saúde como direito: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação(RATTNER, 2014).

Como ressaltamos no início do texto, a criação da PNAISM se faz na trajetória da criação e implementação do SUS. É importante esclarecer, no entanto, que o lançamento da PNAISM, no ano de 2004, não representou uma “primeira preocupação” no campo da elaboração de políticas nacionais de saúde para mulheres (BRASIL, 2013).

Essa política foi inspirada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e “aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2000” (BRASIL, 2010a, p.20). No ano de 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2013).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (KNAUTH et al,2012).

O documento da PNAISM mantém questões relativas à assistência integral à saúde da mulher, “clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama”, presentes no PAISM, e inclui demandas de saúde da mulher, conforme lacunas e necessidades identificadas anteriormente (ARAÚJO et al, 2012).

Dessa forma, a PNAISM se fundamenta nos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade) e na inclusão da discussão de gênero, com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, “na prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e de portadoras de doenças crônicas não transmissíveis” (BACKES, 2012).

A partir dos princípios doutrinários do SUS e das demandas identificadas, a PNAISM busca efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a Entre outros aspectos, em consonância com os princípios do SUS (KNAUTH et al, 2012).

A PNAISM objetiva intervir em questões relativas à atenção obstétrica e neonatal, ao planejamento familiar, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS, redução da morbimortalidade por câncer na população feminina. As práticas que decorrem de tais objetivos, a partir de suas especificidades (BACKES, 2012).

3.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como estratégia de reformulação do modelo brasileiro de atenção à saúde e o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde criou, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa de Saúde da Família (BRASÍLIA, 2013).

Desta forma a estratégia nasceu na tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros, até então vigentes. Sistematizada e orientada por equipes de saúde da família que envolve médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a ESF busca discutir e ampliar o tradicional modelo sanitário médico-curativista, para a compreensão de uma abordagem coletiva, multi

e interprofissional, centrada na família e na comunidade, inserida em seu contexto real e concreto (FERREIRA, 2013).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento completo e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASÍLIA, 2013).

No entanto, foi neste sentido que o Brasil adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial para reorganizar a atenção primária à saúde (ANVERSA et al, 2012).

A assistência à saúde, desenvolvida nas unidades de atenção básica de modelo tradicional, está focada em especialistas, sendo cada um deles responsável pelos problemas relacionados à sua área de atuação (OLIVEIRA et al, 2012).

Sendo a ESF uma estratégia de fomento à participação da população, esta deve, crescentemente, promover uma nova relação entre os sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem/devem ser produtores e construtores de um viver mais saudável (BACKES, 2012).

No entanto, com processo de trabalho muitas vezes centrado no médico, no modelo assistencial curativista, além da sobrecarga a que esses profissionais, frequentemente, estão expostos, observa-se com frequência o comprometimento das ações preventivas e de promoção à saúde, ambas essenciais à atenção pré-natal (BACKES, 2012).

Para superar esse modelo, o Ministério da Saúde propôs, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Seu principal objetivo é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (GOMES et al, 2012).

Segundo o autor supracitado, o atendimento é prestado na unidade de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Espera-se que profissionais e população criem vínculo de corresponsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

A atribuição do enfermeiro do PSF no pré-natal:

Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar o cadastramento da

gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a); Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; Realizar testes rápidos; Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência; Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar(BRASIL, 2013, p.35).

3.3 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

A qualidade do pré-natal tem sido avaliada por meio do número de consultas e da idade gestacional de ingresso no serviço de saúde. No entanto, estudos demonstram a necessidade de avaliar não apenas o número de consultas, mas também o seu conteúdo. (ANVERSAet al,2012).

Conceitualmente, o pré-natal é atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal e cujos resultados devem ser avaliados em longo prazo. (GOMES et al, 2012).

A avaliação do pré-natal pode contribuir para melhorar a assistência às gestantes, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e perinatal. No entanto, em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. (ANVERSAet al,2012).

O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), confirmou o enfermeiro como o profissional da equipe de saúde habilitado para o atendimento direto às gestantes em pré-natal de baixo risco,

endossando a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Decreto nº 94.406/87 e estabeleceu diretrizes para adequada atenção de pré-natais:

(a) início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre; (b) meta de, no mínimo, 6 consultas de pré-natal; (c) consultas distribuídas durante a gravidez, sendo no mínimo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; (d) solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma, tipagem sanguínea, determinação do fator Rh materno e testagem de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana (anti-HIV) (na primeira consulta), exame qualitativo de urina (EQU), exame VenerealDiseaseResearchLaboratory (VDRL) e glicemia de jejum (primeira consulta e após a 30ª semana de gravidez), (e) realização de atividades educativas durante o pré-natal; (f) classificação do risco gestacional; (g) vacinação antitetânica. (HASS,2013, p.23).

É essencial, portanto, a anamnese completa e o exame físico da mulher ao iniciar o acompanhamento gestacional. As modificações são marcantes nesse período para a gestante, e destacam-se: aumento do volume abdominal, constipação intestinal, intumescimento mamário, aumento da frequência urinária. (BARROS et al, 2012).

Existe, preenchimentos da Ficha de Cadastro da Gestante no sistema e da Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SisPreNatal que possibilitam algumas coisas, tais como: a vinculação da gestante ao local do parto; o acesso ao pré-natal para os casos de alto risco; o acompanhamento odontológico; o monitoramento da solicitação e dos resultados dos exames em tempo oportuno; o monitoramento da efetividade do vínculo ao local do parto; o monitoramento da efetividade da presença do(a) acompanhante; e o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, possível anomalia ou malformação congênita(BRASIL,2013).

Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo(ANVERSA et al,2012).

No entanto, as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no

acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal(BRASIL, 2013).

Assim, ressalta-se a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante desde o atendimento ambulatorial até o nível hospitalar no momento do parto(MELO, 2012).

Nessa direção, o cuidado de enfermagem configura-se como prática social empreendedora, pela inserção ativa e pró-ativa nos diferentes espaços de atuação profissional e, principalmente, pelas possibilidades interativas e associativas com os diferentes setores e contextos sociais (BACKES,2012).

Desta forma é competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família desde o primeiro contato na unidade de saúde ou na própria comunidade, por exemplo, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para que a assistência seja individualizada e atenda a gestante no contexto em que vive, faz-se necessário valorizar as emoções, os sentimentos, as histórias, escuta aberta sem julgamentos e preconceitos, diálogo franco, com devida atenção à fala da gestante sobre sua intimidade, suas dúvidas e necessidade (SILVA,2013).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DA PESQUISA

O tipo da pesquisa foi descritiva, exploratória com abordagem qualitativa e quantitativa.

Na perspectiva de BOPP (2003, p.16) “a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, ocupando sempre um lugar central no interior das teorias e sempre a elas se referem. Para atender aos objetivos da pesquisa a mesma será do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relação entre as variáveis, uma de suas características mais significativas esta na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL,1999).

Pesquisa na qual descreve a complexibilidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais ressaltatambém que pode contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDON,1999).

Esse tipo de pesquisa ocorre quando há pouco conhecimento sobre a temática a ser abordada, busca-se conhecer com maior profundidade o assunto de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a conduta da pesquisa, proporcionando uma visão geral acerca de determinado fato (GIL,1999).

Segundo o autor supracitado, destaca-se que a pesquisa exploratória desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, ressalta algumas finalidades primordiais, como: proporcionar maiores informações sobre o assunto que se vai investigar, facilitar a delimitação do tema de pesquisa, orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses, ou descobrir um novo tipo de enfoque sobre o assunto.

A descrição e delimitação da população base, ou seja, dos sujeitos a serem entrevistados, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, faz parte da pesquisa Quanti- qualitativa, de acordo com Figueiredo (2004)

“associa análise estatística a investigação dos significados das relações humanas privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado facilitando desta forma a interpretação dos dados obtidos.”

De acordo com Richardson (1999), o método qualitativo “sempre” foi considerado como método exploratório e auxiliar na pesquisa científica. A pesquisa Exploratória envolve levantamento de dados bibliográficos, entrevistas com pessoas que vivenciaram, ou seja, tiveram uma experiência prática com o problema pesquisado.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A cidade escolhida para a realização da pesquisa foi Assú-RN, por ser o município de residência da pesquisadora associada. Os locais da pesquisa foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Assú, onde é composto por 17 UBS's, das quais foram selecionadas 08 UBS's: UBS Vertentes I, UBS Vertentes II, UBS Frutuilândia I, UBS Frutuilândia II, UBS São João, UBS Dom Elizeu, UBS Lagoa de Ferreira, UBS João Paulo II. Essas UBS's foram selecionadas pela pesquisadora associada devido ao acesso a esses serviços, além de serem áreas de grande população e carência de trabalhos e pesquisas científicas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto dos habitantes de um país, de uma localidade, conjunto dos seres humanos, animais ou vegetais, que constituem uma categoria especial (LEFÈVRE, 2006).

A população foi constituída pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família que durante o período de coleta de dados estejam atuando nas UBS's: UBS Vertentes I, UBS Vertentes II, UBS Frutuilândia I, UBS Frutuilândia II, UBS São João, UBS Dom Elizeu, UBS Lagoa de Ferreira, UBS João Paulo II, foram 08 enfermeiros (a) .

A amostra é a porção menor de um produto através da qual se percebe a sua qualidade, parte menor de alguma coisa que define a sua totalidade, grupo de indivíduos que, tendo em conta as suas qualidades ou particularidades, representa um segmento social a ser analisado (LEFÈVRE, 2006).

A amostra foi composta por 08 enfermeiros constituintes de acordo com sua área.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Ser enfermeiro, estar lotado na estratégia de saúde da família, consentir e participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Foi o inverso dos critérios de inclusão.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa utilizado foi do tipo formulário. A coleta de dados esteve relacionada com o problema, a hipótese ou os pressupostos da pesquisa e objetiva obter elementos para que os objetivos propostos na pesquisa possam ser alcançados sobre o pré-natal de baixo risco. Segundo Silva et al (2005), é uma coleção de questões e anotadas por um entrevistador numa situação face a face com a outra pessoa (o informante).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE-PB e após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C) pelos enfermeiros. A coleta de dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (APÊNDICE A) onde aplicou-se um formulário (APÊNDICE B) com os enfermeiros. A coleta de dados ocorreu através de formulário composto por um roteiro de perguntas objetivas, como também subjetivas sobre a opinião dos profissionais na realização do pré-natal de baixo risco.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados com base no enfoque do método quantitativo, apresentados em forma de tabelas ou gráficos contendo todos os resultados em porcentagens e discutido a luz da literatura pertinente.

Os dados qualitativos foram apresentados com o DSC (discurso do sujeito coletivo) que busca como objetivo a expressão sobre a opinião e/ou pensamento coletivo, onde seus depoimentos foram coletados através de questões abertas (LEFÈVRE, 2006).

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram obedecidos os aspectos éticos envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que trata do envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 2013). Bem como, a Resolução COFEN, nº. 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética, necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Nas ações de assistência à saúde, nas pesquisas realizadas com seres humanos, nas ações cotidianas, e não somente em circunstâncias limítrofes que envolvam nascimento ou a morte, a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar o que lhe é proposto, tanto para os atos de caráter preventivo quanto para ações curativas, que afetem ou venham a afetar sua integralidade físico-psíquica ou social. O consentimento deve ser “livre, esclarecido, renovável e revogável” (CFM, 1998, p. 51).

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia-a-dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. No entanto, os benefícios superam os riscos.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança responsabilizará em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinador.

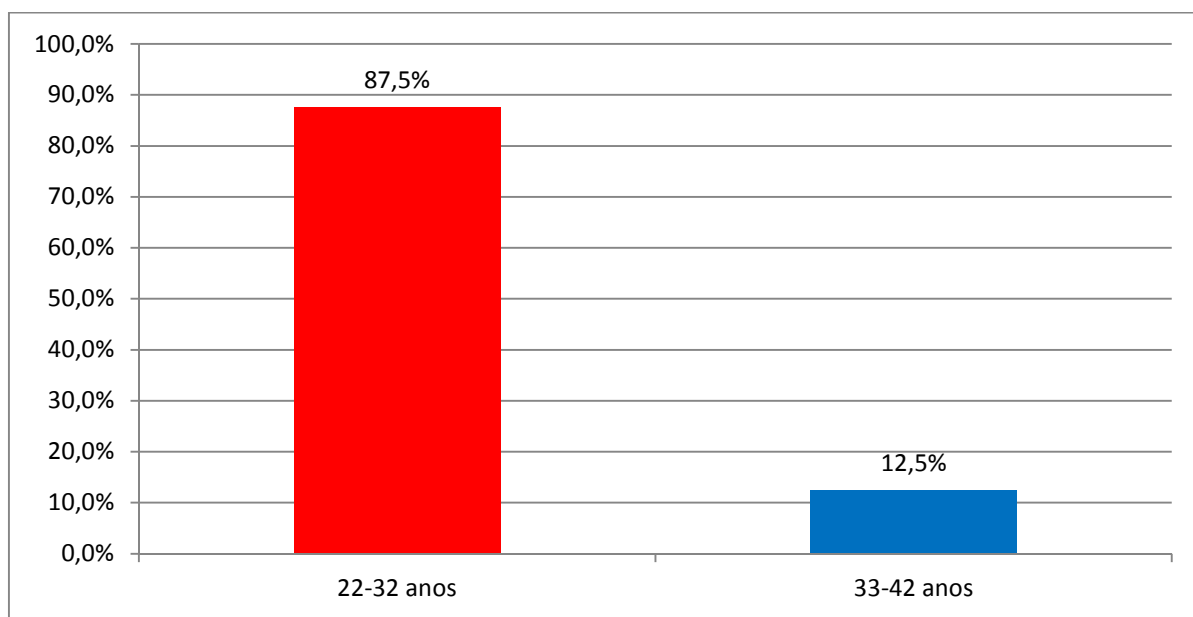
5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Os fatores de caracterização da amostra aplicados aos participantes da pesquisa (APÊNDICE B), durante a coleta dos dados quantitativos foram apresentados através de gráficos, os quais estão constituídos aspectos do tipo: idade, ano de conclusão da graduação em enfermagem, escolaridade, se possui mais de um vínculo profissional, quanto tempo de atuação na UBS atual, se já participou de alguma qualificação ao pré-natal de baixo risco no seu ambiente de trabalho.

Os dados coletados foram fornecidos por 08 enfermeiros (a) interpretados da seguinte maneira:

Gráfico 1 – Quanto à faixa etária dos participantes da pesquisa.



Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

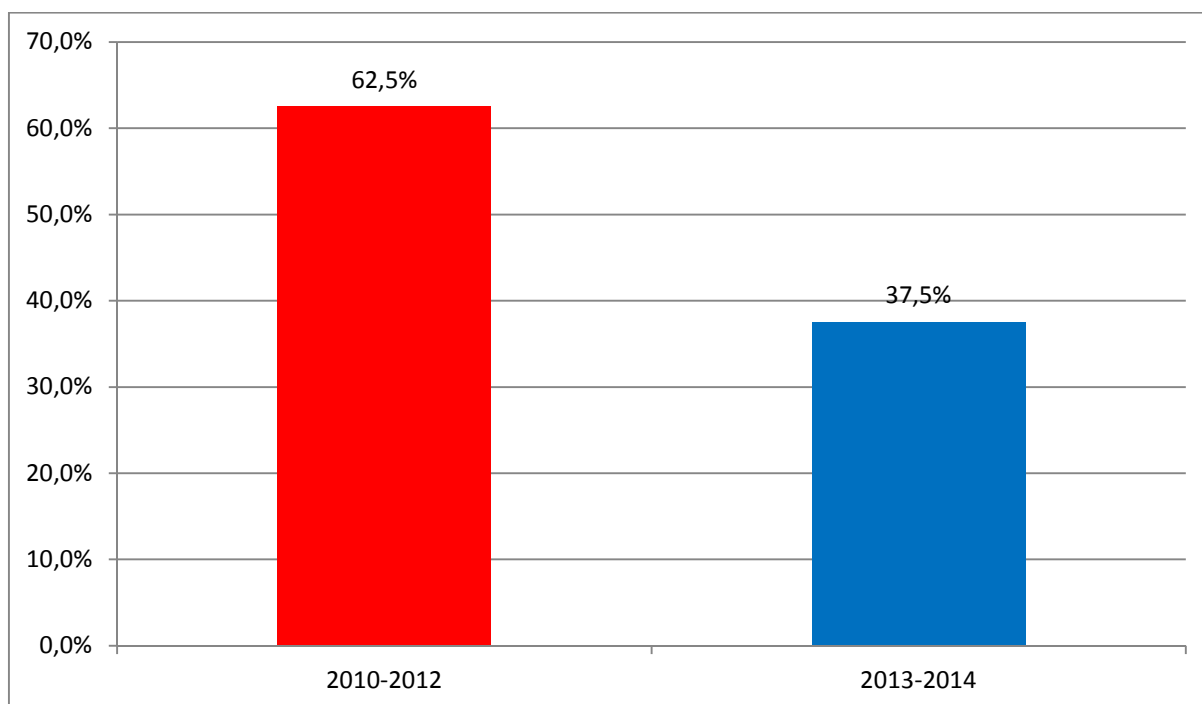
Dentro dos cenários de estudo, observou-se que 87,5 % dos enfermeiros (a) tem idade de 22-32 anos e 12,5% de 33-42 anos equivale ao total de 8 enfermeiros (a).

Infer-se neste momento a importância de relacionar a idade com a temática do pré-natal, uma vez que esta variável nos condiciona ao entendimento sobre a prática do profissional, pois a sua cultura, seus valores e conceitos, enfim, a maneira como

este percebe o mundo e as pessoas, determinada de certa forma sua assistência ao usuário (FERREIRA,2011).

Isso evidencia a necessidade dos profissionais que trabalham em Unidades Básicas de Saúde que devem estar preparados para lidar com as diferentes fases do ciclo de vida das pessoas e comunidades.

Gráfico 2 –Quanto ao ano de conclusão da graduação em Enfermagem.



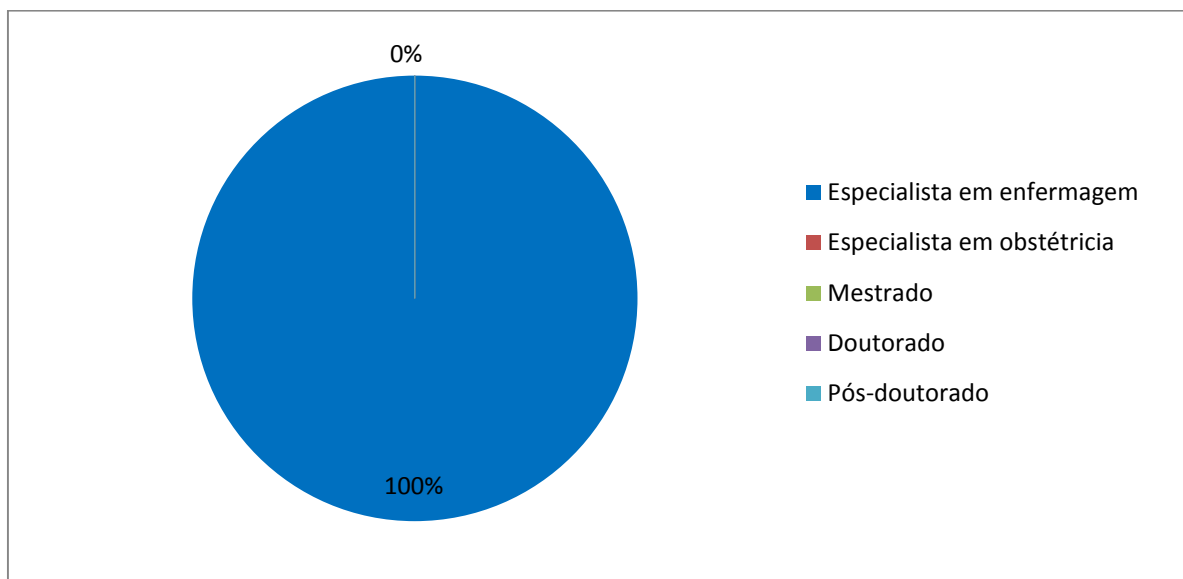
Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

Dentro dos cenários de estudo, observou-se que 62,5% dos enfermeiros (a) terminaram a graduação no período entre 2010-2012 e 37,5% entre 2013-2014. Analisar uma amostra quanto de formação acadêmica nos dá margem para compreender a necessidade de educação continuada inerentes para a excelência da profissão, as quais os profissionais de enfermagem precisam estar continuamente envolvidos nesse processo.

Segundo Oliveira (2010), a formação no que se refere ao tempo de conclusão do curso, pode ser um indicativo do tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade. A graduação revela as competências e habilidades dos enfermeiros, assim como o tempo de formação em dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período.

É conveniente salientar que os profissionais que trabalham em um determinado setor, necessariamente precisam conhecer intimamente todo o processo que o envolve e para que esse conhecimento ser realmente eficiente é preciso embasamento que é provido por uma especialização na área, no caso, de enfermagem obstétrica.

Gráfico 3 – Quanto à escolaridade dos participantes da pesquisa.



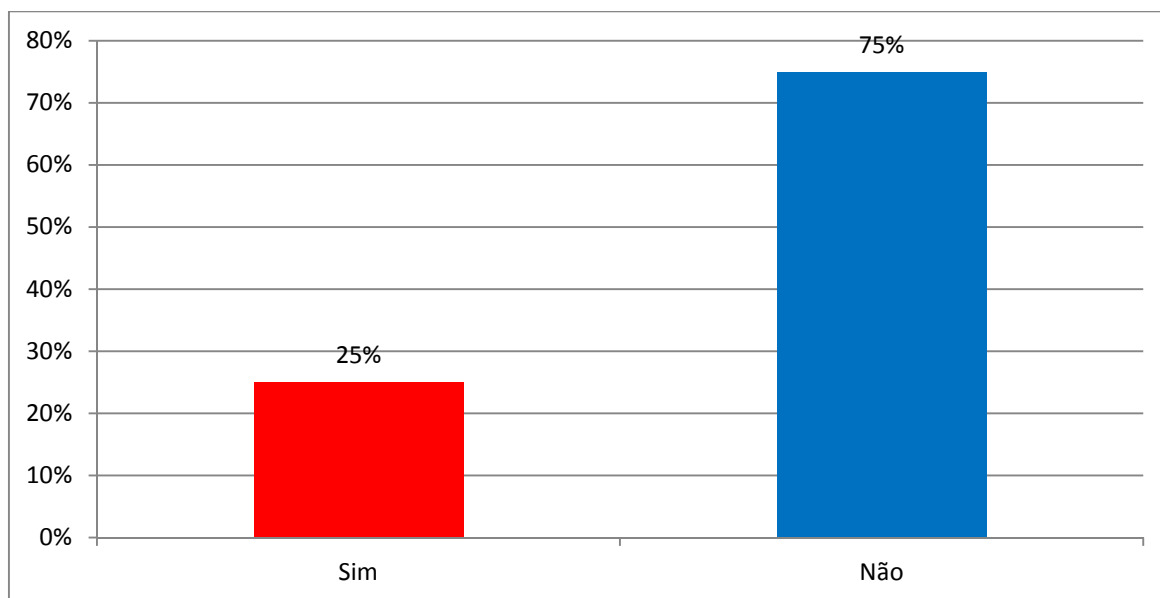
Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

O gráfico demonstrado acima refere que 100% dos profissionais enfermeiros locados na Estratégia Saúde da Família, não possuem outro tipo de formação apenas especialização em enfermagem.

Sendo assim, agravante pois segundo Lima (2012), a maioria dos enfermeiros são generalistas, sem formação específicas e especialização na área de atuação e promoção a saúde da família, ou seja, não necessariamente o gráfico apresentado mostra que todas são especialista em Saúde da Família.

Demonstrando assim, que nenhum dos 8 enfermeiros possuem especialidade em obstetrícia, mestrado, doutorado, pós-doutorado.

Gráfico 4 – Quanto a posse de outro vínculo profissional



Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

O gráfico acima retrata que 75% dos profissionais não possuem outro vínculo trabalhista enquanto 25% dos profissionais possuem.

Assim os profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros, possuem mais de um vínculo empregatício. Ferreira, (2011) acredita que esta é uma realidade vivida por tais profissionais devido ao desejo de aumento da renda familiar. Uma vez que má remuneração obriga os profissionais a trabalhar outro turno como noite, finais de semanas e feriados.

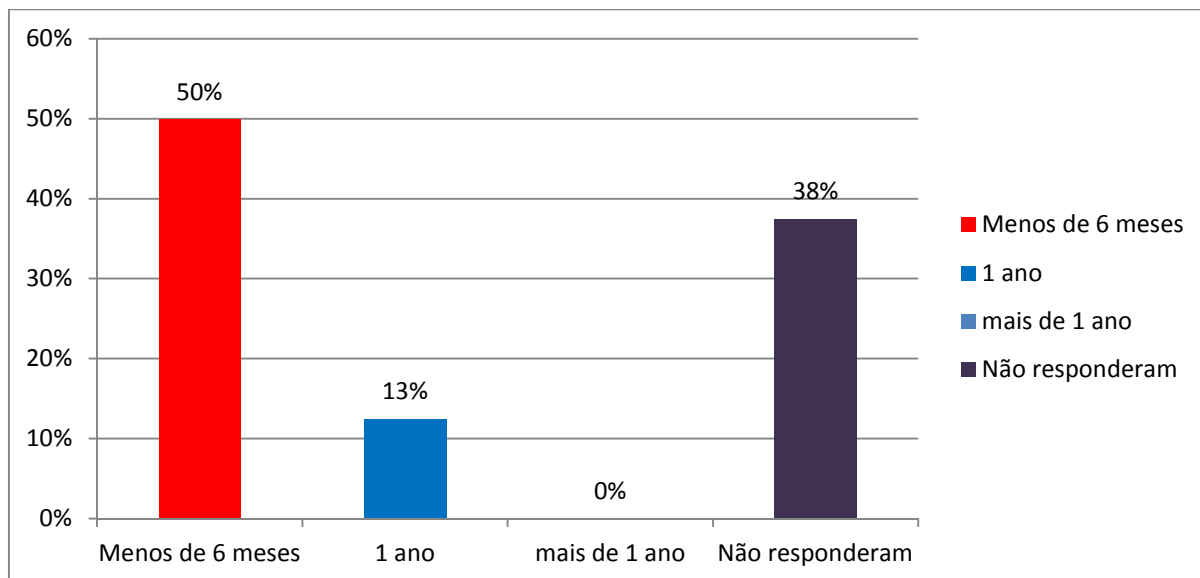
É questionável a assistência de um profissional que possui mais de um vínculo empregatício quando acontece de se exercer os mesmos nos mesmos dias, por que o exercido primeiro certamente vai causar cansaço, desgaste e conseqüentemente alteração no humor, no sono-vigília e com isso o comprometimento do serviço que será realizado na outra instituição.

Quanto à qualidade de vida dos profissionais que possuem mais de um emprego. Davi, (2010), relata que o profissional tem pouco tempo destinado ao lazer e, como a maioria dos trabalhadores pertence ao gênero feminino, a jornada de trabalho doméstico também deve ser considerada na análise da qualidade de vida desses profissionais.

Em estudos realizados por Davi, (2010), apreendeu-se que os profissionais que trabalham em mais de uma instituição prestadora de serviços de saúde, acabam não tendo tempo para pausas em que descansariam, tendo com isso exigências físicas,

mentais, intelectuais e emocionais, para realizar atribuições que são cabíveis á sua prática.

Gráfico 5 – Quanto ao tempo de atuação na UBS.



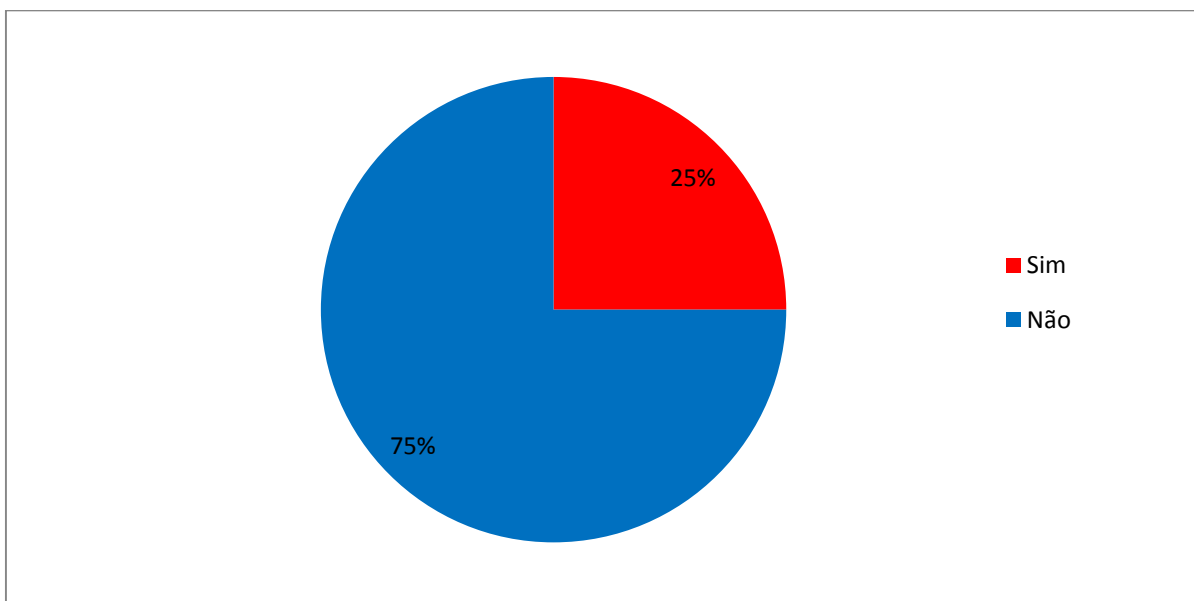
Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

Ao analisarmos o gráfico percebemos que os profissionais de enfermagem 50% tem menos de 6 meses, 13% 1 ano, 0% mais de 1 ano e 38% não responderam quanto ao tempo de atuação na atuação de Estratégia Saúde da Família.

No qual a percepção do gráfico nos subjetiva a decorrência de um concurso público realizado no 1º semestre do ano que por sua vez, a pesquisa nos demonstra a maioria destes profissionais está há pouco tempo na atuação de tais Unidades de trabalho.

Segundo Lima, (2012), a comparação da faixa etária apresenta prevalência significativa em uma primeira experiência de trabalho. Desta forma, como relatou os gráficos acima que as pessoas têm uma faixa etária, mas jovem o que conseqüentemente nos leva a entender sendo a primeira oportunidade de trabalho neste concurso público realizado no município de Assú-RN.

Gráfico 6 – Quanto à participação em alguma qualificação ao pré-natal de baixo risco no seu ambiente de trabalho.



Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

Quanto à qualificação 75% dos profissionais de enfermagem não participaram de uma qualificação ao pré-natal de baixo risco e 25% sim.

A qualidade do pré-natal também tem sido avaliada utilizando-se o conceito de qualidade da atenção, considerando a questão da estrutura, do processo de atendimento e resultado, com maior ênfase na qualificação ao pré-natal de baixo risco. Faz parte do processo de atenção o conteúdo dos cuidados realizados durante o pré-natal, e a avaliação que é realizada mediante a comparação das práticas observadas com as recomendações do Ministério da Saúde sobre a atenção ao pré-natal, divulgadas por meio de manual técnico de saúde (SASSI, et al, 2011).

É importante que o profissional se qualifique para que o Programa Pré-Natal de Baixo risco seja efetuado de forma integral e humanizado. Portanto então, o profissional se qualificando ele vai desenvolver mais qualidade no atendimento, passando mais segurança para a gestante, dando orientações, mostrando seu conhecimento sobre gestação.

No entanto, a gestante irá ter um pré-natal completo com qualificação profissional e conhecimento para eventuais dúvidas, incertezas, medos, entre outras.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Para a realização da análise sobre a temática abordada, foi utilizado para as questões subjetivas a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), através de quadro1 contendo tema:Como é realizada na unidade em que você atua as ações voltadas ao pré-natal de baixo risco?, ideias centrais e expressões-chave dos participantes do estudo.

Com o intuito de garantir o anonimato das participantes, foram utilizados os seguintes codinomes: Enf. 1, Enf. 2, Enf. 3, Enf. 4, Enf. 5, Enf. 6, Enf. 7 e Enf. 8.

QUADRO 1-Discurso do Sujeito Coletivo: como é realizada na unidade em que você atua as ações voltadas ao pré-natal de baixo risco?

IDÉIAS CENTRAIS	ESPRESSÕES- CHAVES
Consultas e ações coletivas	Enf. 1: “[...] Existe os atendimentos coletivos e individuais, ambos são trabalhadas ações de educação em saúde [...]”. Enf. 8: “As consultas são realizados em 2 dias por semana e as reuniões do grupo de gestantes uma vez por mês”. Enf. 4: “As consulta de pré-natal são agendadas previamente”. Enf. 7: “São realizados consultas mensais para acompanhamento da gestação [...]São promovidas ações como a formação do grupo de gestantes[...]”. Enf. 5: “[...]consiste essencialmente em consultas alternadas entre o enfermeiro e o médico da unidade com o número total mínimo de 6 consultas[...]”
Discurso do Sujeito Coletivo: Consiste essencialmente em consultas alternadas entre o enfermeiro e o médico da unidade com o número total mínimo de 6 consultas,existe os atendimentos coletivos e individuais, ambos são trabalhadas ações de educação em saúde,as consulta de pré natal são agendadas previamente, são realizados consultas mensais para acompanhamento da gestação, promovidas ações como a formação do grupo de gestantes,as consultas em 2 dias por semana e as reuniões do grupo de gestantes uma vez por	

mês.

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

Através desse quadro é possível perceber que os enfermeiros (as) realizam ações buscando assistir integralmente a gestante, realizando consultas de suas competências e alternando com a competência médica.

Os enfermeiros elencam em suas falas como ideia central: consultas e ações coletivas, e evidenciam como práticas assistenciais a Educação em Saúde.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado no início dos anos 80 deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros programas. A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida (RIOS, 2007).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS, 2007)

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar.

Desse modo, como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas.

QUADRO 2 – Discurso do Sujeito Coletivo:Quais as ações você realizará no pré-natal de baixo risco?

IDÉIA CENTRAL I	ESPRESSÕES- CHAVES
Grupo de gestante	<p>Enf. 1: “Como enfermeira, eu organizo os encontros dos grupos de gestantes, ministro palestra nos grupos, articulo com o médico e odontólogo necessidades que não sejam da minha competência”.</p> <p>Enf. 2: “É realizado encontro mensal com grupo de gestante que foi formado com o intuito de melhor assistir e promover saúde para as mesmas”.</p> <p>Enf. 6: “[...] Fazemos as orientações sobre temas diversos. Nesse momento contamos com a participação dos demais profissionais da ESF e NASF (educador físico, psicóloga, assistente social) [...] “.</p>
<p>Discurso do Sujeito Coletivo: É realizado encontro mensal com grupo de gestante que foi formado com o intuito de melhor assistir e promover saúde para as mesmas, como enfermeira, eu organizo os encontros dos grupos de gestantes, ministro palestra nos grupos, articulo com o médico e odontólogo necessidades que não sejam da minha competência, fazemos as orientações sobre temas diversos. Nesse momento contamos com a participação dos demais profissionais da ESF e NASF (educador físico, psicóloga, assistente social).</p>	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

Através desse quadro é possível analisar que os enfermeiros (as) realizam encontros mensais para gestantes, no intuito de fazer com que as mesmas compreendam de forma absoluta a sua gestação.

Os enfermeiros elencam em suas falas como ideia central I: Formação de grupo de gestante, que ratificam uma experiência compartilhada entre as gestantes e contam com ajuda do núcleo de apoio.

Diante do exposto os mesmorealizam tarefas que favorecem o aprendizado contínuo da gestante e trabalha na construção da qualidade da atenção ao pré-natal, as gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, principalmente sendo participativas nestes encontros favorecendo conhecimento, porém o

enfermeiro não pode deixar de atuar, igualmente, entre os companheiros e familiares (TEIXEIRA, 2010).

O Ministério da Saúde diz que as atividades educativas (pelas quais as gestantes constituem o foco do processo de aprendizagem) a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, respeitando a cultura e o saber popular para minimizar suas dúvidas, medo e ansiedade no momento do parto (GONÇALVES; WATANABE, 2015).

Desta forma, a fase da gestação é uma dessas situações, quando a mulher e companheiro/família passam por uma série de mudanças em suas vidas.

Tendo como base as perspectivas descritas até aqui a respeito da gravidez, a participação em grupos, por parte das pessoas envolvidas com o processo de gestar, tem se mostrado de grande valia. Em especial, se referindo a grupos de gestantes, estes vêm trazer aspectos terapêuticos e oferecer suporte a estas pessoas, contribuindo assim, um espaço onde os participantes podem dizer seus problemas e refletir sobre eles.

Portanto, é um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante.

Nesta perspectiva há o incentivo para a troca de experiências comuns entre os integrantes e os coordenadores do grupo, o que gera mobilizações e transformações entre as participantes.

Entretanto os grupos de gestantes prioriza atender a usuária como um todo, desde de seu psicológico frágil por causa da gestação, da sua fragilidade e cansaço físico com a mudança corporal, até sua individualização a respeito desse momento de suma importância na sua vida.

Assim como, ajuda as gestantes que não tiveram gravidez planejada e acaba se revoltando com o período gestacional, há refletir que é algo único, tentando assim os grupos trazer-las até a unidade buscando deixar os problemas em casa no momento

do encontro, fazendo com que elas compartilhem experiências, deixando assim inseguranças e ampliando seu conhecimento a respeito do período gestacional.

QUADRO 3-Discurso do Sujeito Coletivo: Quais as ações você realizará no pré-natal de baixo risco?

IDÉIA CENTRAL II	ESPRESSÕES- CHAVES
Procedimentos de Enfermagem	Enf. 4: “[...] Solicitação exames laboratoriais [...], [...] sorologias, USG obstétrica [...], [...] Orientações sobre questões inerentes ao período gestacional [...]”. Enf. 7: “[...] Solicito exames laboratoriais e de imagem para acompanhar a saúde da mulher e do feto [...]”.
Discurso do Sujeito Coletivo: Solicitação exames laboratoriais sorologias, USG obstétrica, orientações sobre questões inerentes ao período gestacional, e de imagem para acompanhar a saúde da mulher e do feto.	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

Observou-se no quadro acima que os profissionais enfermeiros enquadram questões inerentes as consultas, como ações realizadas para o pré-natal de baixo risco que são desenvolvidas a partir de um modelo padrão, protocoladas pelo o Ministério de Saúde.

Os enfermeiros relatam em suas falas como ideia central II: Procedimentos de enfermagem, que são realizados diante do manual do pré-natal de baixo.

No âmbito da saúde da mulher, especificamente tratando-se da prática obstétrica, o enfermeiro exerce um papel importante no que concerne à humanização da assistência, tendo em vista que o processo gestatório é um processo sensível e delicado para a usuária.

Desta forma, essa individua precisa ter segurança em relação a consulta que está sendo realizada. Baseado neste atendimento tem os procedimentos protocolados pelo o Ministério da Saúde, que concerne assim então: em prescrições de exames laboratoriais, tais como: sorologias e exames de rotina, ultrassonografia obstétrica. Logo fazendo parte de sua rotina de consultas (GERREIRO, et al, 2012).

Contudo, muitas vezes a assistência a estas mulheres são padronizadas, reproduzindo modelos que não são compatíveis com a nossa realidade, o que de certo modo contribui para a falta de êxito da assistência prestada e por outro lado

afasta-se do cuidado holístico preconizado na disciplina de enfermagem (CORREIA, MEDINA, 2013).

No que concerne aos cuidados que a gestante deve receber durante o pré-natal e no parto, as equipes de saúde da família trabalham com normas e regras sobre como deve ser realizada a atenção ao pré-natal, mediante a utilização de protocolo, que contempla todos os procedimentos e exames que devem ser realizados (SASSI. Et al, 2011).

Entretanto, esse profissional realizando uma consulta de boa qualidade, essa usuária estará prevenindo doenças e agravos durante e após a sua gestação, gerando saúde para mãe e para o bebê.

QUADRO4- Discurso do Sujeito Coletivo:Quais os desafios enfrentados na atuação do pré-natal de baixo risco?

IDÉIAS CENTRAIS	ESPRESSÕES- CHAVES
Participação das gestantes	Enf. 3: “[...] desinteresses de algumas gestantes, falta de autonomia e auto cuidado das mesmas e no que diz respeito a contra referência quando encaminhados[...].” Enf. 7: “Os principais desafios enfrentados são o comparecimento das gestantes às consultas de pré-natal periodicamente, o que dificulta o seu acompanhamento”. Enf. 6: “ A princípio a dificuldade maior foi a participação das próprias gestantes”.
Discurso do Sujeito Coletivo: A princípio a dificuldade maior foi a participação das próprias gestantes, os principais desafios enfrentados são o comparecimento das gestantes às consultas de pré-natal periodicamente, o que dificulta o seu acompanhamento, desinteresses de algumas gestantes, falta de autonomia e autocuidado das mesmas e no que diz respeito a contra referência quando encaminhados.	

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. Facene-RN (2015).

O quadro acima representa principalmente o não comprometimento por parte das gestantes no cuidado com sua própria saúde, que acaba dificultando ação em promoção e prevenção a saúde.

Os enfermeiros relatam em suas falas como ideia central: Participação das gestantes.

Diante do exposto, estudos observacionais têm demonstrado que o número insuficiente de consultas pré-natal é fator de risco para mortalidade tanto fetal como neonatal e que a falta de intervenções no momento apropriado da gravidez pode ocasionar o nascimento prematuro. Além disso, a falta de acompanhamento contribui para a não detecção das desordens hipertensivas, principal causa de morte materna(MARTINELLI, et al, 2013).

Embora, seja importante o pré-natal de baixo risco as gestantes não participam muitas vezes por falta de conhecimento aos benefícios de um acompanhamento especializado.

Assim tendo que os profissionais de enfermagem tentar repassar desde da primeira consulta, que é o momento de acolhimento todas as informações precisas para a importância do pré-natal, para que a mesma sinta-se acolhida e confortável em voltar para próxima consulta.

Relatando também o enfermeiro e/ou enfermeira toda a explicação a respeito da carteira de gestante que contém todas as informações necessárias para o decorrer do desenvolvimento de sua gestação.

Assim como: exames e suas significâncias, semana á semana, parte odontológica da gestante, toda anamnese colhida na primeira consulta, tipos de partos, melhores posições, atendendo assim algumas necessidades de dúvidas descritas para elas, inclusive um local de anotações de dúvidas, logo é possível ser retiradas nas próximas consultas se haver o comparecimento das mesmas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho possibilitou o aprofundamento da discussão sobre o pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família, baseado nesta discussão pode-se entender que a consulta de pré-natal possibilita um elo entre o profissional e usuária, através do qual a futura parturiente será assistida para que a gravidez transcorra o mais saudável possível, e para tanto o enfermeiro assume um papel elementar na prestação de cuidados com finalidade de identificar fatores capazes de prejudicar a saúde da mãe e do bebê, com o escopo de prevenir, promover, recuperar e/ou tratar possíveis intercorrências.

Este estudo veio proporcionar um bom sucesso por objetivos alcançados, hipótese confirmada por ser um grande desafio para os profissionais de enfermagem, manter essas gestantes em consultas periódicas, tendo um compromisso com a própria saúde.

Sendo assim, os enfermeiros e/ou enfermeiras proporcionar uma assistência de qualidade as mesmas.

Neste sentido, é viável dizer que a consulta de enfermagem é uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente caracterizando, dessa forma, sua autonomia profissional.

Na consulta de enfermagem o(a) enfermeiro(a), fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, servindo, como meio para melhor assistir o paciente/cliente e documentar sua prática. Este é responsável pelo conjunto das ações assistenciais que competem à enfermagem.

Dessa forma, o profissional de enfermagem tem autonomia para realizar práticas educativas e melhor assistir essa gestante, independente da situação estrutural e/ou financeira da unidade de atendimento, assim, o enfermeiro tem que ser criativo para passar todo o seu conhecimento da melhor forma possível, tornando-a então uma gestante segura em relação ao seu pré-natal, com as informações relacionadas ao desenvolvimento da sua vida gestacional.

As dificuldades identificadas na pesquisa estão relacionadas à quantidade insuficiente de profissionais para atender a demanda excessiva, gerando sobrecarga nestes, o déficit de tempo na carga horária para realizarmos a entrevista também foi um problema encontrado durante a coleta de dados.

Mediante os resultados obtidos observou-se que a atuação dos enfermeiros relacionados, ou melhor, alocados em cada unidade referida na pesquisa tenta desenvolver um trabalho de qualidade, buscando assim trazer para a consulta de pré-natal as gestantes, buscando que elas não abandonem o pré-natal, embora muitas o façam.

Quando isto ocorre, se faz necessária uma busca ativa para resgatá-las partirda educação em saúde, para mostrar a essa usuária a importância de um pré-natal, a necessidade de fazê-lo com responsabilidade e compromisso, demonstrando isso através de grupo de gestantes, palestras, sensibilização, entre outras.

Torna-se assim o enfermeiro articulador de sua profissão tentando direcionar sua gestante com segurança e apoio, logo os profissionais acolhem as gestantes com atenção, transmitindo sentimentos de carinho e amizade, contribuindo tanto para a satisfação das mesmas como para a adequada evolução da gravidez.

Portanto espera-se que as lacunas emergidas nesse estudo possam servir de subsídios para os profissionais de saúde, que se engajam na luta promissora em prol de uma assistência pré-natal qualificada.

Diante do exposto as reflexões finais se consolidam coma perspectiva de termos conseguido atingir os objetivos propostos, prontamente se pensou que a divulgação dos resultados influenciaria na melhoria da assistência pré-natal, ao passo que serviria para construção de um pensamento crítico reflexivo acerca do tema abordado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Suelayne Martins, et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**. v.3, n.2, p.62 – 67 , 2012. Disponível em: www.veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/98/211. Acesso em: 25 Mar.2015.

ANVERSA, Elenir. Terezinha. Rizzette, et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: Unidades básicas de saúde e unidades de Estratégias de saúde da família em município no sul do Brasil. Col. Saúde Pública. Pág 28 (4) 789- 800, abril, Rio de Janeiro, 2012.

BACKES, Dirce Stein, et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17, n.1, p.223 – 230, 2012. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf. Acesso em: 10 Abr.2015.

BARROS, Sônia Maria Oliveira. Et al. Enfermagem Obstétrica e ginecológica: Guia prática Assistencial. Editora Roca. 2ª ed., São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BOPP, Denise Serpe- Estresse como fator de risco, determinado pelo comportamento dos profissionais da área da saúde. Dissertação (mestrado em Engenheiro de produção.) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção. Frórinoópolis, 2003.

CORREA, Sonia. PAISM: Uma História sem Fim. **Revista Brasileira de Estudos da População**. v.10, n.12, p.3 – 12, 2012. Disponível em: www.rebep.org.br/index.php/revista/article/view/488/pdf_463. Acesso em: 30 Abr.2015.

COUTO, Márcia Thereza, et al. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.17, n.10, p.2617 – 2626, 2012. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/11.pdf. Acesso: 13 Abr. 2015.

DAVI, Maria Tavares Guerreiro. Participação do Acompanhante durante o pré-natal desafio para a enfermagem. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Mossoró. Mossoró, 2010.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderneta de Saúde Pública**. v.28, n.3, p.425 – 437, 2012. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csp/v28n3/03.pdf. Acesso em: 5 Abr.2015.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.18, n.4, p.1151 – 1159, 2013. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/28.pdf. Acesso em: 14 Maio 2015.

FERREIRA, Regina Sueli Fernandes. O estresse vivenciado por enfermeiros no Pronto Socorro de um Hospital Geral. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. Mossoró,2011.

FIGUEIREDO, Núbia Maria Almeida de. Práticas de enfermagem; Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. Editora Yendio. 1ª ed São Paulo, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo, 1999. Disponível em: www.ayanrafael.files.wordpress.com. Acesso em: 12 Abr.2015.

GONÇALVES, Aniandra Karol, WATANABE, Roselaine Terezinha Migotto. Grupo de gestantes: educação em saúde no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2015.

GOMES, Aécio Luiz, Et al. Tratado de obstetrícia. Editora Revinter,2012.

HASS, Cimone Noal, et al. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma Estratégia de saúde da família de Porto Alegre – RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.34, n.3, p.22 – 30, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/62533>. Acesso em: 26 Fev.2015.

MARTINELLI, Katrini Guidolini. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha** Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(2):56-64

MEDICINA, Conselho Federal de. Iniciação bioética. Conselho federal de medicina. Brasília, 1998.

KNAUTH, Daniela Riva : COUTO, MÁRCIA Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para análise da implantação da Política Nacional de atenção Integral á saúde do homem. **Ciências e saúde coletiva**, 2012.17 (10): 26; 17- 2626.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – comunic, saúde, educ**, v.10, n.20,p.517-524, 2006.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonsalvez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que Deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Contexto Enfermagem**., v.22, n.1, p.166 – 167, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf. Acesso em: 28 Fev.2015.

LIMA, Talícia Sâmara Bezerra de. **Fatores que influenciam a efetivação da atenção integral em saúde mental na estratégia de saúde da família.** Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Mossoró. Mossoró, 2012.

MALHEIROS, Paolla Amorim, et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Contexto Enfermagem.** v.21, n.2, p.329 – 337, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2. Acesso em: 21 Abr.2015.

MARQUES, Ana Gabriela B, et al. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem Ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v.33, n.4, p.41 – 47, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/05.pdf. Acesso em: 21 Mar.2015.

MARQUES, Ranilson Gomes, et al. **Consulta de enfermagem no pré-natal.** Rev. esferas UNISA 2004; 5: 33-6.

MARTINS, Priscilla Martha, et al. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia.** v.35, n.10, p.447 – 452, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf. Acesso em: 28 Mar.2015.

NUNES, Luciana Neves, et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderneta de Saúde Pública.** v.28, n.4, p.789 – 800, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf. Acesso em: 05 Maio 2015.

OLIVEIRA, Monique Lopes Evangelista. O papel do enfermeiro na humanidade do parto na atenção á primípara. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Mossoró-RN.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de, et al. Avaliação da atenção pré-natal no perspectiva dos diferentes modelos na atenção primário. Rev. Latino-am. Enfermagem. Pág 21, 2013.

RATTNER, Daphne. Da saúde materno infantil ao PAISM. Tempus, Actos de saúde coley, pag. 8 (2) 103- 108, Brasília, Junh. 2014.

RÉVILLION, Anya SartoriPiatnicki, et al. A Utilização de Pesquisas Exploratórias na Área de Marketing. **Revista Interdisciplinar de Marketing.** v.2, n.2, p. 21 – 27, 2003. Disponível em: www.eduem.uem.br/ojs/index.php/rimar/article/view/26692/14330. Acesso em: 12 Maio 2015.

RICHARDON, Roberto Jarry. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3. ed. SãoPaulo, 1999. Disponível em: www.uern.br. Acesso em: 10 abr.2015.

RIOS, Cláudia Teresa Frias, et al. Ações educativas no pré-natal reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência em saúde coletiva. 12 (2): 477-486,2007.

SARTORI, Graziela Strada; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco - **Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.06, n. 02, p.153-165, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SASSI, Raul A. Mendonça. 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*, 27(4):787-796, abr, 2011.

SILVA, Cristiane Rocha. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a Pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. Rurais Agroind, Lavras**. v.7, n.1, p.70 – 81, 2012. Disponível em: www.revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/210/207. Acesso em: 15 Fev. 2015.

SILVA, Janize Carlos da. Manual obstétrico; um guia prático para enfermagem, Editora Copos, 2ª ed. São Paulo, 2012.

SOUSA, Brígida Cabral, et al. O Papel do Enfermeiro no Pré-Natal Realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**. v.2, n.1, p.83 – 94, 2013. Disponível em: www.periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/796. Acesso em: 05 Maio 2015.

TEXEIRA, Ivonete Rosânia, et al. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Revista Científica do Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde – DCBAS Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH)**. Volume 3, Número 2, 2010.

TORRES, Gilson de Vasconcelos, et al. Atuação do enfermeiro no pré-natal de Baixo risco em uma unidade básica de saúde. **Revista Cultura e Científica do UNIFACEX**, v.10, n.10, p.3 – 15, 2012. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 12 Abr. 2015.

VETTORE, Marcelo Vianna, et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal entre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira Materno Infantil**. v.13, n.2, p.89 – 100, 2013. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a02v13n2.pdf. Acesso em: 22 Maio 2015.

VIÇOSA, G. R. **Grupos com gestantes.** In ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. Como Trabalhamos com Grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WHITE, Joanna. Para uma História Cultural do Parto em Portugal. **Revista comsoc.pt**. p.97 – 101. 2012. Disponível em: www.scholar.google.com.br/scholar?q=Para+uma+hist%C3%B3ria+cultural+do+parto+em+Portugal&btnG=&hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0%2C5. Acesso em: 01 Maio 2015.

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Eu, Roana Talita Galdino dos Santos Medeiros, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE, estou desenvolvendo uma pesquisa com o título **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Essa pesquisa tem como objetivo geral, Analisar a atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família; e como objetivos específicos: Caracterizar a situação socioeconômica dos participantes da pesquisa; Descrever as ações de enfermagem no pré-natal de baixo risco; Identificar os desafios para a atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco.

Justifica-se, que o interesse por esta pesquisa surgiu durante o estágio curricular da disciplina enfermagem obstetrícia e neonatal, onde observei a importância do enfermeiro na assistência e execução ao pré-natal, ressaltando a importância de sua realização, como também a participação nos grupos de gestantes de sua Unidade de referência, garantindo as gestantes o acesso ao parto pelo SUS e ao parto seguro.

A importância desta pesquisa trará ao meio científico inovações para a melhoria de uma assistência qualificada à gestante e também ao profissional que executa.

Este estudo proporcionará a ampliação do conhecimento acadêmico, servindo como uma fonte de pesquisa para um maior aprofundamento sobre a temática ora abordada, para os enfermeiros esta pesquisa contribuirá no tocante para uma atuação de qualidade frente ao período gestacional.

Para a gestão pública trará benefícios na execução do pré-natal de proporcionar um ambiente adequado para a realização do mesmo, como também adequação dos recursos envolvidos nesta atividade, com vista a um atendimento de qualidade.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre a atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco no município de Assú, o mesmo será através de um formulário para responder as questões.

Por ocasião dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar riscos mínimos tais como, incômodo ao responder as questões formuladas, dificuldades em respondê-las, constrangimentos, mas os benefícios que serão os aprimoramentos dos conhecimentos, a possível mudança nos atendimentos e cuidados a esse pacientes superarão esses riscos.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não

sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

A pesquisadora associada estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informe que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Facene.

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____ de _____ 2015.

Pesquisadora Responsável

Participante da Pesquisa

Endereço do pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701, Alto São Manoel – Mossoró/RN. CEP: 59628-000. Fone: 3312-0143. E-mail: verusafd@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil CEP: 58.067.695 – Fone: +55 (83) 2106-2790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNCIDE B - Instrumento de Coleta de Dados

FORMULÁRIO**PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

- a) Idade: _____
- b) Ano de conclusão da graduação em Enfermagem: _____
- c) Escolaridade: () especialista na área da enfermagem () especialista em obstetrícia () mestrado () doutorado () pós doutorado.
- d) Possui mais de um vínculo profissional:
() Sim () Não
Quantos: _____
- e) Quanto tempo de atuação na UBS atual
() menos de 6 meses () 1 ano () mais de 01 ano
- f) Você participou de alguma qualificação ao pré natal de baixo risco no seu ambiente de trabalho ?

PARTE II – QUESTÕES RELACIONADAS A TEMÁTICA

- 1) Como é realizada na unidade em que você atua as ações voltadas para o pré natal de baixo risco ?
- 2) Quais as ações você realizará no pré natal de baixo risco ?
- 3) Quais os desafios enfrentados na atuação do pré natal de baixo risco?

ANEXO

