

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: UMA ANÁLISE DA (RE)PRODUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VIGENTES¹

O presente estudo teve como objetivo conhecer a prática da Consulta de Enfermagem realizada na assistência ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, referenciado teoricamente pela Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Participaram do estudo os profissionais de enfermagem que integravam as equipes de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde do município de Pinheiro Machado-RS-Brasil. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2014 por meio de entrevista semiestruturada, observação participante e através de instrumento para captação da realidade objetiva, disponibilizado pela TIPESC. Os dados foram analisados à luz da TIPESC. Os resultados apontaram uma assistência norteada pela Rede Cegonha, mas desarticulada, com condutas pontuais alicerçadas na integralidade e amparada por um protocolo local. Percebeu-se que as políticas públicas vigentes no município de Pinheiro Machado-RS-Brasil, especificamente a Rede Cegonha, orientam a Consulta de Enfermagem e a assistência ao pré-natal contudo, alguns nós críticos são reconhecidos, fazendo-se necessário uma gestão municipal mais participativa e reflexiva. Ainda, a organização da assistência pré-natal na rede municipal não considerou as características da população. Considerando que as condições de saúde da população estão estritamente relacionadas com as condições sociais de dada população, um movimento em busca de dispositivos sociais locais é extremamente necessário no município.

Palavras-chave: consulta de enfermagem; necessidades de saúde, gestação

THE NURSING CARE IN PRENATAL CARE: AN ANALYSIS OF THE (RE)PRODUCTION OF EXISTING PUBLIC POLICIES

The present study had as objective to know the practice of the Nursing Consultation performed in prenatal care in the Family Health Strategy. This is a qualitative, descriptive study, theoretically referenced by the Theory of Practical Intervention of Collective Health Nursing (TIPESC). Participating in the study were the nursing professionals who were part of the Nursing teams of the Basic Health Units of Pinheiro Machado-RS-Brasil. The data collection took place from August to October 2014 through a semi-structured interview, participant observation and through an instrument to capture the objective reality, made available by TIPESC. The data were analyzed in the light of the TIPESC. The results indicated an assistance guided by the Stork Network, but disjointed, with punctual conduct based entirely and supported by a local protocol. It was noticed that the public policies in force in the municipality of Pinheiro Machado-RS-Brasil, specifically the Stork Network, guide Nursing Consultation and prenatal care, however, some critical nodes are recognized, requiring municipal management more participative and reflexive. Still, the organization of prenatal care in the municipal network did not consider the characteristics of the population. Considering that the health conditions of the population are strictly related to the social conditions of a given population, a movement in search of local social arrangements is extremely necessary in the municipality.

Keywords: nursing consultation; health needs, gestation

¹ Artigo originado da Dissertação de Mestrado Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva. PPG em Enfermagem, UFPel, 2014.

INTRODUÇÃO:

A Atenção Básica em Saúde (ABS), em conformidade com os princípios do SUS, tem um papel fundamental na hierarquização do sistema de saúde, na integralidade da atenção e na equidade de disponibilização e utilização dos recursos (OHARA; SAITO, 2013).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 como estratégia para reorganizar a ABS, em consonância com os princípios do SUS e voltado para a promoção à saúde, possibilitando maior aproximação entre serviço/sistema e usuários/necessidades (VIEIRA et al, 2008).

As atribuições do Enfermeiro enquanto integrante da equipe interdisciplinar necessitam estar direcionadas aos indivíduos e famílias cadastradas na ESF em todas as fases do desenvolvimento, mediante realização da Consulta de Enfermagem (BRASIL, 2012a).

Em 24 de junho de 2011, a Portaria nº 1.459 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que estabeleceu a UBS como o serviço de escolha para a realização do pré-natal, garantindo o acolhimento com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção à gestante (BRASIL, 2011b).

Segundo o MS, em 2007, o pré-natal alcançou 89% de cobertura, e a captação precoce das gestantes (primeira consulta do pré-natal no primeiro trimestre) foi de 83,6% (BRASIL, 2013). Desta forma, o aumento no número de consultas pode estar relacionado à expansão da ESF, visto que propiciou maior nível de adesão às consultas quando comparadas às gestantes acompanhadas em outros serviços. (PEIXOTO ET AL.,2011)

O modelo de atenção ao pré-natal tem incorporado crescentes custos gerados pela inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos) e a contrapartida de resultados não tem sido suficiente. (OLIVEIRA NETO, 2009)

Nesta linha de pensamento, estudos ressaltam que, apesar do aumento significativo no número de consultas de pré-natal, ainda persistem os altos índices de mortalidade materna e neonatal por causas evitáveis, como alta incidência de sífilis congênita, mortes causadas por síndromes hipertensivas e por causas perinatais, entre outros problemas. Sugerindo falha na qualidade deste serviço e necessidade de qualificar o pré-natal, o qual tem adquirido em grande medida, em

um ato burocrático (CAVALCANTI et al., 2013; DUARTE, 2012; GUERREIRO et al., 2012; PEIXOTO et al., 2011).

Neste contexto, os profissionais das equipes precisam estar habilitados para realização de ações de atenção integral, promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações. O profissional Enfermeiro, de acordo com o MS e conforme a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, está habilitado para acompanhar inteiramente o PN de baixo risco e prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez (BRASIL, 2013).

Assim, a magnitude e a complexidade da proposta de mudança do modelo assistencial por meio da ESF, juntamente com a possibilidade de consolidação do SUS estão intimamente relacionadas ao modo como os serviços e as práticas de saúde se organizam a partir das necessidades de saúde da população (EGRY, 2008).

Neste sentido, a Rede Cegonha reconhece a AB como porta de entrada prioritária e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, também enfatiza a importância da qualificação dos profissionais de saúde para garantir atenção à saúde da gestante quando da realização do pré-natal, reportando-se à ESF como estratégia prioritária para este nível de atenção evidenciando a necessidade dos profissionais assumirem o preconizado pelo MS, a fim de garantir que as necessidades de saúde tanto da gestante, como dos demais usuários sejam consideradas. Desse modo, este estudo tem por objetivo conhecer a prática da Consulta de Enfermagem realizada na assistência ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família

MATERIAL E MÉTODOS:

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, orientado metodologicamente pela Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Este estudo utilizou-se das duas primeiras fases da TIPESC: a captação da realidade objetiva e a interpretação desta realidade.

Entende-se por captação da realidade objetiva o exame da situacionalidade do nosso saber-fazer, enquanto leitura crítica do real; sendo a interpretação entendida por uma compreensão alicerçada em categorias analíticas para elucidação das vulnerabilidades (EGRY, 1996, p.93).

A TIPESC é adotada como uma teoria e método na Enfermagem em Saúde Coletiva que visa intervir no processo de saúde/doença da coletividade, o qual é entendido como socialmente determinado, ou seja, a maneira como cada sociedade organiza-se em prol de sua existência faz com que esta se divida em grandes conjuntos (classes sociais) que, em decorrência da forma como se inserem no processo de produção da sociedade, determinam sua reprodução social (EGRY, 2008).

Os cenários de investigação do estudo foram cinco Unidades Básicas de da Família Saúde do município de Pinheiro Machado. Participaram deste estudo os profissionais integrantes das equipes de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2014, utilizando-se a entrevista semiestruturada e a observação participante, além de instrumento próprio para captação da realidade objetiva.

No presente estudo, o objeto escolhido para compreensão e interpretação foi a assistência de Enfermagem, representada pela Consulta de Enfermagem. Egrý (1996) entende que a assistência de Enfermagem, no seu sentido mais amplo, refere-se à coletividade, assumindo um caráter generalista de intervenção nos perfis de morbimortalidade, com ações recaindo privilegiadamente na planificação, programação e gestão. E, no seu sentido mais estrito, um enfoque nos indivíduos, nas famílias e nos grupos.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento para captação da realidade objetiva, a entrevista semiestruturada e a observação participante. O instrumento para captação da realidade objetiva segue a sistematização proposta por Egrý (1996) na TIPESC, objetivando a captação da dimensão estrutural, particular e singular do fenômeno foco deste estudo. Para o registro da observação foi utilizado o diário de campo.

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade com a Resolução 466/20129 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que dispõem sobre Pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal de Pelotas, Parecer nº 750.613. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelas participantes, o anonimato foi garantido pela identificação da categoria profissional, seguida por números ordinais conforme ordem de realização da entrevista (Enf1, TecEnf1).

RESULTADOS

Organização da rede de cuidados à gestação

Por meio do instrumento de captação da realidade objetiva (disponibilizado por Egrý, na TIPESEC), buscou-se elencar os temas referentes à assistência pré-natal no município e, especificamente, à Consulta de Enfermagem no cenário municipal, além de informações referentes às políticas sociais e políticas de saúde, sistema e instituições de saúde (rede), espacialização e distribuição da população e serviços, produção e consumo, e características primordiais das categoriais sociais existentes no território. Este instrumento traz questões de observação percebidas pelo pesquisador e, questões fechadas e semi-abertas, respondidas pelos entrevistados, em encontros grupais.

Desta forma, quanto ao modo de produção da assistência ao pré-natal e participação da equipe de Enfermagem, verificou-se que a assistência ao pré-natal era norteada por um Protocolo Municipal de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério, construído no ano de 2008, baseado em documentos técnicos do Ministério da Saúde. O Protocolo Municipal possibilita ao Enfermeiro realizar consultas de pré-natal, solicitar exames e prescrever medicamentos.

No que se refere às políticas sociais e públicas embasadoras da assistência ao pré-natal, verificaram-se as Políticas do Ministério da Saúde, salientando a adesão à Rede Cegonha, a qual trouxe melhorias, como a realização dos testes rápidos, do pré-natal odontológico e da realização do rol de exames laboratoriais e de imagem preconizados. Contudo, o município não recebeu os kits previstos pelo Ministério da Saúde (kit da gestante e kit da UBS).

No que concerne às consultas, conforme a Rede Cegonha, estas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro, o que ocorria em algumas UBS, em outras, os enfermeiros eram responsáveis pela primeira consulta e as demais eram realizadas pelo médico ou, ainda, as consultas eram realizadas em conjunto pelos profissionais.

Quanto às políticas sociais, a saber, o Programa Bolsa Família, apresentava dados específicos sobre as gestantes do município. Existia auxílio do município no que se refere ao fornecimento de roupas de bebê, este apoio também era realizado por entidades não governamentais e pessoas da comunidade.

A porta de entrada prioritária na rede eram as Unidades de Saúde da Família, outras portas de entrada possíveis, mas não habituais, eram o Pronto Atendimento Municipal e o Centro de Apoio Psicossocial.

No município verificaram-se os seguintes serviços de apoio: o Ambulatório de Gineco-obstetrícia, o Serviço Municipal de Ultrassonografia, o Laboratório de Análises Clínicas, o Apoio Matricial do NASF, o Serviço de Nutrição, o Serviço Social, o CAPS, o Pronto Atendimento Municipal e a retaguarda ofertada pelo hospital, para internações eletivas ou de baixo risco e nos casos de trabalho de parto em período expulsivo.

Os serviços de apoio localizados fora dos limites municipais compreenderam o Laboratório de Citopatologia de Canguçu, responsável pelos exames citopatológicos realizados nas gestantes, o Hospital de Piratini, referência para parto de gestações de risco habitual, e o Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP), em Pelotas, para consultas, internação e parto de gestantes de alto risco.

Quanto à especialização e distribuição da população e serviços – territorialização, ressaltando a especialização das equipes de Enfermagem, o município contava com 100% de cobertura de ESF, com cinco áreas, sendo dois territórios exclusivamente rurais e três territórios mistos (zona urbana e rural). Não existiam 100% de cobertura dos ACS, faltando cerca de 40% do quantitativo necessário havia mais de um ano.

O quadro de profissionais estava composto por cinco médicos, sendo três médicos do Programa Mais Médico, com 32 horas/semanais, e dois médicos com 40 horas, as quais não eram cumpridas em sua totalidade. Na enfermagem compunha-se de cinco equipes, com um quantitativo de cinco Enfermeiras, seis Técnicos de Enfermagem e um Auxiliar de Enfermagem, já que uma UBSF da zona rural possuía unidade de apoio, onde estes técnicos estavam alocados.

O município também contava com médico gineco-obstetra, referência para gestantes de risco e, também, para as gestantes de risco habitual, a partir da 30ª semana, além de ser um apoio às UBS.

Sobre a produção e o consumo da assistência ao pré-natal e, especificamente, da assistência de Enfermagem no pré-natal, observou-se que a estrutura física das unidades não era adequada para o fim a que se propunha, sendo que uma das UBS funcionava no prédio de um antigo hospital rural e as outras quatro e as unidades de apoio, eram casas populares adaptadas. Tal situação acarretava espaço escasso, inexistência de sala para o Enfermeiro e, conseqüentemente, para a realização da Consulta de Enfermagem e para as atividades educativas.

Em algumas unidades, era ofertado, ao menos um turno por semana para o pré-natal agendado, em outras unidades, um turno era exclusivo para esta atividade, mesmo que sob a forma de demanda espontânea era atendida sempre que necessário. Dependendo da UBS a atividade educativa era realizada semanal ou mensalmente

Ocorriam faltas nas consultas agendadas, mas em um pequeno percentual. Existia resistência das gestantes quanto à participação nas atividades coletivas. A participação da família nas consultas era pequena e a participação de outros familiares, que não o companheiro, era superior à participação deste. Era comum a participação de outro profissional na Consulta de Enfermagem, principalmente, a nutricionista do NASF.

Não existia nenhuma política específica da enfermagem que norteasse a realização da assistência de Enfermagem ao pré-natal. Apenas no Protocolo Municipal constavam as atribuições da Enfermagem bem como a legislação que regia sua prática assistencial.

O pré-natal de risco habitual, o cadastramento das gestantes no SISPRENATAL, a alimentação do sistema, os testes rápidos, as atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, busca ativa e notificações eram atividades realizadas pelas enfermeiras.

Não se observou diferença em relação ao consumo da consulta de pré-natal médica e a consulta de pré-natal da enfermagem no entanto, aponta-se um bom vínculo das gestantes com a equipe de Enfermagem, evidenciado pela procura por estes profissionais, em detrimento do profissional médico.

Assistência de Enfermagem na atenção ao Pré- Natal

Com base na entrevista e na observação participante, foi possível conhecer como ocorria a assistência de Enfermagem no pré-natal em cada UBS. Solicitou-se às participantes que discorressem sobre a forma como acontecia este atendimento.

Conforme os relatos evidenciou-se que a primeira consulta era sempre realizada pelo Enfermeiro, dentre as atividades realizadas estavam, o cadastro no SISPRENATAL, os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C e solicitação dos primeiros exames. A participação das Técnicas de Enfermagem nas consultas se dava por meio da verificação da pressão arterial, do peso, vacinação. As atividades puderam ser comprovadas durante as observações, e também verbalizadas de acordo com os depoimentos abaixo:

“A enfermeira faz a primeira consulta da gestante, é sempre com a enfermeira, é realizado o cadastro no SISPRENATAL, solicitado os primeiros exames, realizado os testes rápidos.” (Enf1)

“A enfermeira faz o cadastro, já faz os primeiros exames, aqueles... Solicita os exames.” (TécEnf2)

“Começa sendo realizado o pré-natal, com verificação de carteira de vacina, com instruções à gestante, com o cadastramento da gestante pelo enfermeiro.” (Enf5)

Nas UBS da zona urbana, durante as observações percebeu-se que as atividades educativas são realizadas com periodicidade mensal sob a responsabilidade do Enfermeiro, embora o Técnico de Enfermagem tivesse participação ativa em alguns momentos. Na zona rural as atividades costumavam ocorrer de forma individualizada e aconteciam antes das consultas de pré-natal, com característica de atividades de sala de espera, de curta duração.

“Quando tem grupo de todas elas, a gente participa ou apresenta alguma coisa, a gente fala muito de alimentação para elas. Depois, quando o bebê nasce, os cuidados que tem com ele, da amamentação, essas são as minhas participações.” (TecEnf1)

“A gente faz uma atividade de educação em saúde na unidade, antes das consultas.” (Enf3)

“No momento, a gente tem feito só sala de espera, tempos atrás teve grupo de gestante que funcionava na comunidade, mas aí elas começaram a não ir, a gente acabou extinguindo. Então a gente faz sala de espera, conversa com elas.” (Enf1)

Determinadas características observadas durante a realização das atividades mereceram ser destacadas. Um destes momentos foi à realização do Teste do Pezinho, a atividade resumiu-se no repasse de informações, sem que houvesse estímulo para o diálogo entre a puérpera e Enfermeiro, único integrante da equipe a participar da atividade (Observação 1).

No contraponto, em outra unidade, a atividade contou com a presença de diversos profissionais da equipe. O enfermeiro realizou a coordenação do grupo, prestando informações referentes ao funcionamento da atividade e apresentação da equipe. Esta atividade contou com a participação da nutricionista do NASF e da cirurgiã-dentista.— As gestantes puderam compartilhar seus hábitos e costumes, comentando sobre mudanças já ocorridas na alimentação (Observação 6).

Era notório que as UBS careciam de estrutura física adequada para as atividades com grupos, utilizavam a sala de espera, corredores e até mesmo o ambulatório, o que prejudicava a realização da atividade devido à interferência de diversas pessoas que circulavam por estes ambientes.

Quanto à rotina das Consultas de Enfermagem, observou-se diferenças entre as UBS, ainda que a característica de agendamento tenha prevalecido em todas elas. Em algumas UBSs, a Consulta de Enfermagem precedia a consulta médica, em outras, era realizada pelo Enfermeiro e pelo médico em conjunto, havia ainda consultas intercaladas entre os dois profissionais e, também, unidade em que não se realizava a Consulta de Enfermagem, a não ser a primeira consulta. Fato que pode ser evidenciado nas falas abaixo:

“Aqui a gente divide as consultas, então, as gestantes de baixo risco que fazem acompanhamento na unidade fazem algumas consultas com o médico, mas a maioria das consultas comigo, que sou enfermeira. Quem mais ou menos vê se esse mês vai passar por mim ou pelo médico sou eu mesma.” (Enf3)

“Quando a consulta é com o médico, às vezes eu já fiz a atividade em educação em saúde, mas ainda vejo se alguma tem que anotar exame, alguma coisa assim, passa igual pela enfermeira para depois pelo médico.” (Enf3)

“É sempre com o médico, se o médico não vem, a enfermeira faz.” (TecEnf2)

“Eu faço junto com o médico, às vezes só comigo. Eu não participava muito do pré-natal antes, eu fazia o cadastro e as consultas todas eram com a médica que trabalhava na Unidade. Agora esse ano que comecei a participar mais, trocou o médico, é um médico cubano e, aí, nessa parte do pré-natal a gente trabalha mais junto. Nós temos tempo, ficamos mais de 1 hora com cada gestante.” (Enf4)

Neste sentido pode-se constatar que o profissional de referência no acolhimento das mulheres com suspeita de gravidez era o Enfermeiro. Para qualificar este atendimento e permitir uma captação mais precoce, as UBS tinham à disposição os testes rápidos para detecção de gravidez, ainda que, por momentos, este insumo faltasse. Como se percebe nos depoimentos a seguir

“As gestantes nem sempre chegam com o teste de gravidez positivo, quando tem, a gente realiza na unidade. No momento a gente não tem.” (Enf1)

“Fazem o teste de gravidez e aí já começa, conversa com a enfermeira.” (TecEnf1)

De acordo com os relatos e observação percebe-se que a participação da família, a participação das gestantes no planejamento das atividades educativas e a realização de visitas domiciliares apresentaram-se de forma sucinta. No que se refere à assistência de Enfermagem, havia participação do profissional técnico, como integrante da equipe de Enfermagem, na Consulta de Enfermagem.

“Já teve casos de ter que fazer visita domiciliar, principalmente por não vir à consulta.” (Enf3)

“A Técnica de Enfermagem sempre fica ali, sempre participa junto da consulta.” (Enf2)

“Faço a princípios na gestante (testes rápidos), e quando ela quer que o parceiro faça, ele vem também.” (Enf3)

Durante as observações, tanto nas consultas como nas atividades educativas, percebeu-se que em sua totalidade, as gestantes estavam desacompanhadas e não foram instigadas a trazer um acompanhante nos próximos encontros. No momento da consulta individual, somente a Enfermeira permanecia no consultório, uma vez que as Técnicas de Enfermagem utilizavam as demais dependências da unidade para a verificação dos sinais vitais.

O Protocolo Municipal que embasava a assistência de pré-natal na rede era reconhecido pelas Enfermeiras, no entanto alguns técnicos em enfermagem desconheciam a existência de um protocolo, fato que esteve presente em alguns depoimentos abaixo:

“Sim, tem, mas é com a enfermeira. Nunca vi, porque até mesmo assim como o pré-natal é com a enfermeira.” (TecEnf1)

“Sim, sim, pelo Ministério da Saúde, e a gente tem também um protocolo do município, tem funções específicas de todos os profissionais, diz que o enfermeiro pode solicitar exames e prescrever alguns medicamentos.” (Enf1)

“Isso é a enfermeira que faz, então não sei te dizer muito.” (TecEnf5)

“A gente tem um protocolo municipal que se baseia no Caderno do Ministério da Saúde. Traz qual é a rotina das consultas, quais são os exames e qual período que deve ser solicitado, em caso de alterações e algum exame, qual é a rotina de tratamento, quando que deve ser encaminhado a gestante ou não.” (Enf3)

DISCUSSÃO

Confrontando as informações colhidas através do instrumento de captação objetiva com as entrevistas e observação participante, percebeu-se que a rede de atenção à gestante do Município Pinheiro Machado, apresenta alguns nós críticos que vão, em última instância, interferir no cuidado à gestante e/ou à família.

A adesão à Rede Cegonha foi consolidada, contudo, existia certo descompasso entre o que é preconizado e o que a equipe realizava. Uma vez que as consultas deveriam ser intercaladas entre o médico e a enfermeiro, ainda o profissional Enfermeiro deveria assumir a maior parte das consultas no pré-natal de risco habitual, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c).

Este fato não ocorria no município, pois apenas uma equipe realizava a consulta de pré-natal desta forma. Nas demais UBS, ou o Enfermeiro ficava

responsável pelo preenchimento dos papéis, ocupação historicamente repassada aos Enfermeiros que culmina com a diminuição da autonomia destes (MONTEIRO et al., 2011), ou atuava como coadjuvante ou auxiliar da consulta médica, ora para auxiliar os médicos estrangeiros, ora para realizar o exame físico orientado pela visão biomédica, tornando o pré-natal um ato burocrático (CAVALCANTI et al., 2013; DUARTE, 2012; GUERREIRO et al., 2012; PEIXOTO et al., 2011).

Outra questão a ser discutida é a realização de visitas domiciliares somente para busca ativa, o que acarreta um distanciamento velado entre a equipe de Enfermagem e a gestante/família, uma vez que nenhuma outra ferramenta que se utilize na Consulta de Enfermagem dentro da UBS será fiel e captadora como a visão do profissional no ambiente físico destas pessoas. Nesse sentido, Rocha et al. (2011) afirmam que a visita domiciliar propicia maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade, sendo uma oportunidade para evidenciar necessidades básicas.

O estudo apontou que a Rede Cegonha trouxe melhorias na atenção ao pré-natal, como a disponibilização de testes rápidos nas UBS, a realização do pré-natal odontológico e a possibilidade de realização de todos os exames preconizados, já que antes alguns deles não tinham cobertura pelo SUS (BRASIL, 2011b). Porém torna-se pertinente salientar que este aumento no consumo de procedimentos não impacta necessariamente nos níveis de saúde (BRASIL, 2011c).

As atividades educativas, outra ação prevista pela Rede Cegonha, eram realizadas na zona urbana do município, coordenadas pelo Enfermeiro, mas contavam com baixa participação e resistência das gestantes, sugerindo que o serviço oferecido pela equipe diferia do desejo e necessidade das gestantes, já que elas não participavam do planejamento dessas atividades. Neste sentido, Egry (2008) salienta que as práticas de cuidado podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais, aqui representados pelas gestantes.

Na zona rural momentos educativos eram realizados individualmente, fosse pelo difícil acesso, fosse pelo número reduzido de gestantes, corroborando com Araujo et al. (2010), o qual salienta que o difícil acesso prejudica tanto a chegada de profissionais de saúde, como também gera dificuldades para as mulheres se dirigirem até um serviço de saúde.

Ainda sobre as atividades educativas, percebeu-se características dialógicas, pautadas na escuta e na troca de saberes e, em outros momentos, extremamente verticalizada, com repasse de informações apenas, que vão ao encontro do

apontado por Cervera, Parreira e Goulart (2011), em seu estudo, que também apontaram atividades de educação em saúde verticalizadas, com sentido único profissional-usuário, questionando a validade e resultados dessa prática.

A participação da família na assistência pré-natal era mínima, o que, a princípio, não parecia ser visto com preocupação pela equipe, a julgar pelos relatos das entrevistadas, que pouco abordaram a temática e pelas observações das consultas, quando não se evidenciou questionamentos e orientações quanto à importância da presença dos familiares no pré-natal e, também, alguns consultórios não ofereciam acomodações para os familiares.

Também as estruturas físicas arranjadas, a falta de insumos, como os testes rápidos para detecção da gravidez e de veículos para o transporte das equipes comprometeu a qualidade da assistência às gestantes, como captações tardias, necessidades não percebidas pela equipe e desconforto durante as consultas. O estudo de Rocha et al. (2011) menciona a relação da falta de recursos materiais com dificuldades na assistência que acabam por comprometer as ações positivas de atenção à saúde da coletividade.

A rede de atenção ao pré-natal está mapeada, sendo as UBS porta de entrada preferencial para a assistência de pré-natal, contando com retaguarda especializada sempre que necessário, no município e fora dele, confirmando o apontado por Ohara; Saito (2013) de que a AB tem papel fundamental na hierarquização dos serviços. Ainda, a Rede Cegonha estabelece a UBS como serviço de escolha para a realização do pré-natal (BRASIL, 2011b).

Contudo, as dificuldades evidenciadas na referência e a contrarreferência, mais especificamente, no contrarreferenciamento, são cruciais no acompanhamento à gestante, contribuindo para afastamento, perda do vínculo e da corresponsabilização da gestante com a equipe de saúde.

As UBS estão organizadas para a realização do pré-natal, prioritariamente por demanda agendada, mas com acesso garantido também pela demanda espontânea, com oferta de assistência por uma equipe multiprofissional. A ESF tem o diferencial do trabalho em equipe, o qual potencializa recursos, viabilizando diferentes abordagens para diferentes contextos (OHARA; SAITO, 2013)

O município possui um documento orientador – o Protocolo Municipal, construído pela equipe de trabalhadores da rede com base em documentos do Ministério da Saúde, norteados a assistência e garantindo ao profissional Enfermeiro

autonomia na realização da consulta de pré-natal de risco habitual, habilitando-o, inclusive, para solicitar exames e prescrever certas medicações (BRASIL, 2013).

Contudo, é possível que não tenha sido realizada uma conscientização em nível de município sobre tal documento, uma vez que as receitas assinadas pelas Enfermeiras só eram aceitas na Farmácia Básica do município, trazendo desconforto para estes profissionais e questionamentos desnecessários na comunidade, que culminavam na fragilidade da assistência.

Ainda assim, as Enfermeiras tinham ampla participação nas atividades voltadas ao pré-natal, a primeira consulta sempre era com este profissional, não se percebendo diferença na procura por consulta médica ou por Consulta de Enfermagem. No contra ponto, os Técnicos de Enfermagem demonstraram desconhecimento acerca do Protocolo, mesmo participando da assistência ao pré-natal.

Observou-se uma situação de tensão entre as Enfermeiras e a gestão no que diz respeito à coordenação das UBS e a não pactuação de papéis e responsabilidades, à inexistência do diálogo e prática do repasse de ordens e imposições. Acredita-se que tal situação pode refletir negativamente nas atividades assistenciais.

Contudo, pode-se afirmar que o município tem procurado estar em sintonia com as recomendações atuais para a qualificação do pré-natal preconizadas pelo MS (BRASIL, 2011b). No entanto, acredita-se necessário uma gestão municipal mais comprometida e participativa, o que facilitaria a organização da rede.

A definição de papéis nas equipes e a escolha democrática dos seus coordenadores poderiam tornar as relações mais harmoniosas e o trabalho mais satisfatório para todos, resultando em melhoria na assistência e, por conseqüência, a população com melhores condições de saúde e de vida.

CONCLUSÃO:

Os resultados deste estudo apontam que as políticas públicas vigentes no município de Pinheiro Machado-RS-Brasil, especificamente a Rede Cegonha, orientam a Consulta de Enfermagem e a assistência ao pré-natal, demonstrando interesse do município em ofertar um serviço em consonância com as normas e diretrizes atuais do MS. Melhorias em algumas características da assistência pré-natal foram alcançadas com o advento da Rede Cegonha, contudo, alguns nós críticos são reconhecidos, fazendo-se necessário uma gestão municipal mais

participativa e reflexiva que identifique os entraves que impossibilitam a assistência efetiva e promova estratégias voltadas para as necessidades de saúde da população.

Algumas dificuldades e retrocessos que podem prejudicar a assistência foram observados e verbalizados pelas Enfermeiras, mas, ao mesmo tempo, evidenciaram-se potencialidades importantes, como a existência de um Protocolo Municipal que confere autonomia para o agir do Enfermeiro. Sendo necessário, porém, maior divulgação do mesmo, tanto entre os profissionais de Enfermagem, como para a comunidade local.

Ainda, a organização da assistência pré-natal na rede municipal não considerou as características da população, a qual apresenta diversas fragilidades e vulnerabilidades que ficam mais evidentes frente à inexistência de políticas sociais locais. Considerando que as condições de saúde da população estão estritamente relacionadas com as condições sociais de dada população, um movimento em busca de dispositivos sociais locais é estudo extremamente necessário no município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAUJO, Suelayne Martins; SILVA, Maria Emanuela Dutra; MORAES, Raquel Cavalcante; ALVES, Danielle Santos. A importância do Pré-Natal e a Assistência de Enfermagem. Veredas FAVIP. Revista Eletrônica de Ciências, v.3, n.2, jul./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, 2011c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco (recurso eletrônico). 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CASTRO, Carmen Magda Almeida de. Reflexões sobre a inserção do cirurgião-dentista na ESF: levantamento e revisão bibliográfica a partir de 2004. 2011. 42f. Monografia (Especialização em Psicologia Clínica Ênfase em Saúde Comunitária) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VASCONCELOS, Ana Lucia Ribeiro de; GUERREIRO, André Vinícius Pires. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.23, p.1297-1316, 2013.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.(supl.)1, p.15471554, 2011.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. *Ciencia y Enfermeria*, v.2, n.18, p.75-82, 2012.

EGRY, Emiko Yoshikawa (Org.). Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone Editora, 2008. 96 p.

EGRY, Emiko Yoshikawa. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996. 144p.

GUERREIRO, Eryjoso Marculino; RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVEIRA, Maria Adelaide Moura da; LUCENA, Nájori Bárbara Ferreira de. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar da gestante e enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.3, n.16, p.315-323, jul./set. 2012.

MONTEIRO, Akemilwata; SANTOS, Ana Dulce Batista dos; MACEDO, Isabelle Pinheiro de; GURGEL, Polyanna Keitte Fernandes Gurgel; CAVALCANTE, Jaldisia Maria Pinheiro. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Revista de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, v.19, n.3, p.426-431, jul./set. 2011.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Org.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidades. 3ª ed. São Paulo: Martinari, 2013.

OLIVEIRA NETO, A. V. O. Modelo Tecnoassistencial em Saúde na Cidade do Recife no período de 2001-2008: em busca de seus marcos teóricos. 2009. 61f. Monografia (Residência em Medicina de Família e Comunidade) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

PEIXOTO, Catharina Rocha; FREITAS, Lydia Vieira; TELES, Liana Mara Rocha; CAMPOS, Fernanda Câmara; PAULA, Priscila Fontenele de; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Revista de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro*, v.2, n.19, p.286-291, abr./jun. 2011.

PERNA, Paulo de Oliveira; CHAVES, Maria Marta Nolasco. O Materialismo Histórico-Dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do "coletivo" para ação da enfermagem. *Trabalho Necessário*, n.6, ano 6, 2008.

ROCHA, Francisca Cecília Viana; CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; CALDAS, Célia Pereira. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, v.19, n.2, p.186-191, abr./jun. 2011.

VIEIRA, Adilson Mota; NETO, José Manoel; CREPALDI, Tatiana Macedo Santos; SAITO, Raquel Xavier de Souza. Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, Raquel Xavier de Souza (Org.). *Integralidade da Atenção: Organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito*. São Paulo: Martinari, 2008.