

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde
Coletiva**

Carla Dias Dutra

Pelotas, 2014

Carla Dias Dutra

**Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde
Coletiva**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.
Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Pelotas, 2014

Carla Dias Dutra

Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde
Coletiva

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 19/12/2014

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr^a. Marilu Correa Soares (Orientadora)
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

.....
Prof. Dr^a Emiko Yoshikawa Egry
Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

.....
Prof. Dr^a Sonia Maria Könzgen Meincke
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Prof. Dr^a Rosani Manfrin Muniz
Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo

.....
Prof. Dr^a Stefanie Griebeler Oliveira
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico este trabalho aos colegas Enfermeiros que se preocupam em ofertar uma assistência de enfermagem de qualidade, passível de proporcionar transformações positivas na vida dos usuários.

Agradecimentos

À Deus, por ter me permitido este desafio.

À minha filha Clara, minha razão de viver, pelo carinho e amor sempre dispensado a mim.

À meu esposo, pais, sogros, comadres e compadres, por terem assumido o cuidado da minha filha em minhas ausências.

À colega Enfermeira Bruna Correa, pelo incentivo e partilha dos momentos da seleção deste Mestrado.

Às minhas amigas Carolina e Anna Paula, maiores incentivadoras nessa caminhada.

Às queridas amigas do grupo Entrefatos, pelos momentos em que acolheram o meu Mestrado como assunto de discussão, sempre proporcionado auxílio e palavras amigas.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Marilú Correa Soares, pelo incentivo, paciência e confiança com que me conduziu neste processo e pelos ensinamentos proporcionados.

À Prof^a Dr^a Sonia Maria Konzgen Meincke, pelos momentos partilhados durante o Mestrado, pelas contribuições durante o exame de qualificação e na defesa desta dissertação, e também, pela amizade e carinho demonstrados.

À Prof^a Dr^a. Emiko Yoshikawa Egri que positivamente respondeu ao meu convite para integrar a banca de defesa desta dissertação, ainda que estivéssemos com um curto prazo de tempo.

À Prof^a Dr^a. Stefanie Griebeler Oliveira pelo aceite em participar da banca de defesa desta dissertação.

À Prof^a. Dr^a Luciane Kantorski e Lucia Beatriz Ressel pelas contribuições por ocasião do exame de qualificação.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Pinheiro Machado, em especial às equipes de enfermagem, pela acolhida e generosidade em conceder as entrevistas.

À Ronaldo Madruga, Fernanda Santos, Traudie Cornelsen e Adriana Nascimento pela disponibilidade e presteza na liberação das minhas atividades laborais sempre que necessário fosse.

À estagiária graduanda de enfermagem Ândrea Lopes Peraça, pela amizade, ajuda e companheirismo em grande parte desta caminhada.

Aos meus compadres Márcia e Xirú, pela acolhida em sua casa em vários momentos desta trajetória.

Obrigado

“Por mais que se fale em extensão de cobertura, em Estratégia Saúde da Família com cada família recebendo tanto a assistência promocional da saúde quanto a preventiva e a curativa necessárias, não podemos nos esquecer das diferenças historicamente construídas entre grupos sociais”.
(Emiko Egry)

Resumo

DUTRA, Carla Dias. **Consulta de Enfermagem no pré-natal:** uma investigação da Práxis em Saúde Coletiva. 2012. 179f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O presente estudo buscou investigar a Consulta de Enfermagem, enquanto instrumento de trabalho da equipe de Enfermagem, na Estratégia Saúde da Família, no âmbito da assistência ao pré-natal, haja vista que este, apesar dos inúmeros avanços e melhorias, ainda apresenta indicadores de saúde e assistência precários. O objetivo geral do estudo foi investigar se a práxis da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal atende às necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade. O Referencial Teórico utilizado foi a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, a qual visa intervir no processo saúde-doença da coletividade, o qual é entendido como socialmente determinado. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, orientado metodologicamente pela referida Teoria. Foi realizado no município de Pinheiro Machado, Rio Grande do Sul, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, com os profissionais que integram as equipes de Enfermagem destas unidades. Obedeceu a Resolução 466/12 e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, sob o parecer nº 750.613. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2014, por meio do instrumento de captação da realidade objetiva, das entrevistas e da observação participante. O estudo foi embasado nas duas primeiras fases da Teoria, a captação da realidade objetiva e a interpretação desta realidade objetiva. A análise dos dados foi feita à luz da referida Teoria. Verificou-se uma assistência desarticulada das necessidades de saúde da população, inexistência de Teoria de Enfermagem que embase a assistência, assim como inexistência de instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levando à uma assistência voltada para a demanda e não para as necessidades de saúde das gestantes. Participação discreta dos Técnicos de Enfermagem. Abordagem das necessidades em saúde caracterizada pelo modelo biomédico. Condutas de enfrentamento das necessidades em saúde frágeis e desprovidas de articulação com outros setores. Dessa forma, acredita-se que a TIPESC tem grande potencial para embasar a Sistematização da Assistência à Saúde Coletiva, por ora inexistente na realidade estudada, com vistas a alcançar a integralidade na assistência de Enfermagem no campo da Saúde Coletiva.

Palavras chaves: Enfermagem; Pré-natal; Consulta de Enfermagem; Necessidades em Saúde.

Abstract

DUTRA, Carla Dias. **Prenatal nursing appointment:** a Collective Health Practice investigation. 2012. 177l. Thesis (Master of Science) - Graduate Program in Nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2014.

This study has the aim of investigating the Nursing Appointment as a Nursing team work tool, on the Family Health Strategy, on the prenatal assistance sphere, once this, despite the advances and improvement, still has precarious health and assistance numbers. The main goal was to know the Nursing Appointment of the Family Health Strategy made in the prenatal assistance, connecting it to the pregnant/ family/ community health necessities. The Theoretical Reference used was the Nursing Practical Reference on Collective Health which aims to intervene on the collective health-disease process that is understood as social determined. It is a qualitative and descriptive study, methodologically oriented by that Theory, performed in Pinheiro Machado city, Rio Grande do Sul, Brazil, in the Family Health Basic units, with the Nursing staff of these units. It was according the 466/12 Resolution and the Nursing Professional Ethic Code, being approved by the Research Ethics Committee of the Medicine College of UFPel, under the nº 750.613. The data collection took place between August and October of 2014, through an instrument of the objective reality captation, interviews and participant observation. The study was based on the two first steps of the Theory that are the objective reality captation and the participant observation. The data analysis was performed through this Theory light. A disarticulated assistance on the population health needs no Nursing Theory that supports the assistance, as well as no tools for a Nursing Assistance Systematization were noticed, leading to a assistance for demand and not for the pregnant necessities. Nursing Technics discrete participation. Necessities approach on health characterized by the biomedical model. Health necessities approach posture fragile and with no articulation with other sectors. Thus, it is believed the TIPESC has a great potential of supporting the Collective Health Assistance Systematization now inexistent on the studied reality, aiming to reach the totality on the Nursing assistance in Collective Health field.

Key words: Nursing; Nursing Appointment; Health Necessities.

Lista de Esquemas

Esquema 1 -	Esquema das Fases do Processo de Enfermagem (Consulta de Enfermagem).....	48
Esquema 2 -	Esquema das habilidades a serem desenvolvidas para a coleta de dados na Consulta de Enfermagem.....	49
Esquema 3 -	Esquema explicativo da determinação social do processo saúde-doença	61
Esquema 4 -	Esquema das dimensões da realidade segundo a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPEsc)	63
Esquema 5 -	Esquema das categorias dimensionais da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPEsc).....	67
Esquema 6 -	Esquema da categoria dimensional Interrelação entre o Estrutural, o Particular e o Singular	68
Esquema 7 -	Esquema da categoria dimensional Práxis.....	69

Lista de Mapas

Mapa 1 -	Território do município de Pinheiro Machado.....	72
Mapa 2 -	Território adstrito pela Estratégia Saúde da Família Torrinhas.	93
Mapa 3 -	Território adstrito pela Estratégia Saúde da Família Zona Leste.....	95
Mapa 4 -	Território adstrito pela Estratégia Saúde da Família São João Batista.....	97
Mapa 5 -	Território adstrito pela Estratégia Saúde da Família Zona Norte.....	99
Mapa 6 -	Território adstrito pela Estratégia Saúde da Família Zona Sul.	101

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Série histórica das características Populacionais do município de Pinheiro Machado.....	73
Tabela 2 -	Série histórica do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes.....	74
Tabela 3 -	Série histórica da renda, Pobreza e Desigualdade no município de Pinheiro Machado.....	76
Tabela 4 -	Série histórica de alguns indicadores de habitação do município de Pinheiro Machado.....	77
Tabela 5 -	Série histórica da Vulnerabilidade Social no município de Pinheiro Machado.....	78

Lista de Gráficos

Gráfico 1 -	Pirâmide etária do município de Pinheiro Machado.....	73
Gráfico 2 -	Evolução do Desenvolvimento Humano Municipal de Pinheiro Machado.....	75
Gráfico 3 -	Taxa de Atividade e de Desocupação no município de Pinheiro Machado no ano de 2010.....	77
Gráfico 4 -	Faixa etária dos participantes do estudo.....	86
Gráfico 5 -	Tempo de serviço dos participantes do estudo na Estratégia Saúde da Família.....	87
Gráfico 6 -	Tempo de formação dos participantes do estudo.....	85

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Quadro das expressões e representações dos processos saúde-doença das gestantes.....	106
------------	---	-----

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPESC	Classificação Internacional de Práticas em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	E-SUS Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer do colo do útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1	Introdução	17
2	Objetivos	28
2.1	Objetivo geral	28
2.2	Objetivo específico	28
3	Revisão de Literatura	29
3.1	O processo de trabalho da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica: uma revisão integrativa de literatura	29
3.2	O conceito de necessidades de saúde sob o olhar da Saúde Coletiva	41
3.3	Concepções sobre a Consulta de Enfermagem na atenção ao pré-natal no âmbito da Saúde Coletiva	45
3.4	O pré-natal na Saúde Coletiva sob a ótica da Rede Cegonha	56
4	Referencial Teórico: A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC	60
5	Metodologia	71
5.1	Caracterização do estudo	71
5.2	O campo de estudo	72
5.2.1	Apresentando o município de Pinheiro Machado	72
5.2.2	Local do estudo	79
5.3	Participantes do estudo	79
5.4	Crerios para seleção dos participantes	79
5.5	Princípios éticos	80
5.6	Procedimento de coleta de dados	82
5.7	Análise dos dados	83
6	Apresentando os resultados	86

6.1	Caracterização dos profissionais de Enfermagem participantes do estudo	86
6.2	A captação da realidade objetiva	88
6.2.1	Um retrato da assistência pré-natal à nível municipal – a dimensão estrutural	88
6.2.2	Conhecendo os territórios adstritos – a dimensão particular	92
6.2.2.1	Estratégia Saúde da Família Torrinhas	92
6.2.2.2	Estratégia Saúde da Família Zona Leste	95
6.2.2.3	Estratégia Saúde da Família São João Batista	97
6.2.2.4	Estratégia Saúde da Família Zona Norte	99
6.2.2.5	Estratégia Saúde da Família Zona Sul	101
6.2.2.6	Características similares entre as UBSFs	102
6.2.3	A dimensão singular dos sujeitos	105
6.3	O encontro com o empírico: construindo as categorias analíticas	108
6.3.1	A estrutura: arcabouço da equipe de enfermagem para a assistência	108
6.3.2	O particular: cenário do saber-fazer da Equipe de Enfermagem	113
6.3.3	O singular: percepção e potencial de apoio da equipe de enfermagem	119
7	Discussão dos Resultados – Interpretando a Realidade Objetiva	122
7.1	Descompasso na rede de assistência ao pré-natal	122
7.2	Fragilidades na Consulta de Enfermagem	127
7.3	Abordagem das necessidades em saúde: uma realidade a ser alcançada	130
8	Considerações finais	133
	Referências	137
	Apêndices	148
	Anexos	175

1 Introdução

“A saúde como um direito não é um objeto de estudo recente no Brasil, haja vista a presença histórica de atores sociais como o Movimento Sanitário Brasileiro e o campo da Saúde Coletiva, que viabilizaram a constituição de sujeitos ao longo de três décadas” (SANTOS; CUBAS, 2012, p. 03).

“A Reforma Sanitária refere-se ao projeto articulado ao longo dos anos 70 e 80 no Brasil, na perspectiva de reformulação do sistema de saúde, tendo como momento expressivo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986” (AGUIAR, 2011, p. 36).

O Campo da Saúde Coletiva se organizou nos anos 70, resultando da aproximação entre as Ciências Sociais e o campo da saúde, introduzindo as categorias trabalho, política, conflito social, estado e classes sociais, exclusão social entre outros, se propondo a estudar o processo saúde-doença pela sua determinação histórica social e como produto de um processo coletivo (PERNA; CHAVES, 2008).

Neste contexto, para Egry (1996), o processo de trabalho da enfermagem está inscrito em uma sociedade e tempo concreto, devendo, portanto, ser considerado na lógica fundamental do capitalismo, ou seja, suas relações contraditórias no contexto da apropriação do excedente econômico e da luta de classes - quer seja latente ou manifesta.

Em 1986, a Conferência Nacional em Saúde já trazia em seu arcabouço teórico o seguinte conceito para o termo saúde:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 04).

A reforma do setor saúde foi debatida e pactuada para sua inscrição na Constituição Federal, no capítulo da saúde da nova constituição em 1988.

No Artigo 196 da Constituição, a saúde é declarada como de direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 55).

De acordo com Egry (2008), foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que possibilitou esta ampliação do conceito de saúde, constituindo um marco na política de saúde no Brasil.

Neste cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios doutrinários e preceitos constitucionais de universalidade, equidade e integralidade, representa um grande avanço no Projeto de Reforma Sanitária; já que esta deveria se constituir na forma social de alterar o cuidado à saúde/doença do povo brasileiro (SANTOS; CUBAS, 2012). Buscando construir um sistema de saúde integral e equânime, o Brasil tem focado em estratégias que procuram atender às necessidades de saúde da população (VIEIRA et al, 2008).

Nesse sentido, a Atenção Básica (AB), em conformidade com os princípios do SUS, tem um papel fundamental na hierarquização do sistema de saúde, na integralidade da atenção e equidade na disponibilização e utilização dos recursos (OHARA; SAITO, 2013). O termo Atenção Básica à Saúde significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido com a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Na literatura mundial o termo ABS é pouco encontrado, sendo o conceito usual para este campo de práticas Atenção Primária à Saúde (APS), como decorrência do pacto mundial realizado em 1978 - Declaração de Alma-Ata (SANTOS; CUBAS, 2012).

Em 1994 surge o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para reorganizar a ABS, estando sintonizado com os princípios do SUS e voltado para a promoção à saúde, despontando como possibilidade de aproximação entre serviço/sistema e usuários/necessidades (VIEIRA et al, 2008). A história do PSF pode ser dividida em dois momentos: o primeiro que se inicia com sua criação e estende-se até 1996, caracterizado pela

cobertura a grupos populacionais mais vulneráveis e, o segundo, quando passa a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial (AGUIAR, 2011).

Conforme Castro (2011) foi por meio da Portaria de Nº 648, de 28 de março de 2006 que o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), numa ampliação da perspectiva de um programa de ações de saúde, ficando explícita a proposta de uma forma de reorganização do modelo assistencial visando a integralidade. Nesse sentido, Santos e Cubas (2012), salientam que o PSF apresenta-se como uma estratégia potencialmente transformadora, pautada no conceito de saúde como qualidade de vida e capacidades humanas determinadas socialmente, coerentes com os princípios do SUS.

Como forma de fortalecer a Atenção Básica, a Portaria nº 399/GM, de 22 de Fevereiro de 2006 estabeleceu o Pacto pela Saúde e definiu as responsabilidades entre as três esferas gestoras do SUS no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde. (BRASIL, 2006).

Ainda, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considera os termos atenção básica e APS como termos equivalentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes definidas no documento, reafirmando que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012).

O PSF se constitui como unidade prestadora de serviços que atua em uma lógica de transformação das práticas de saúde, abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde, enraiza-se na vida social dos indivíduos a partir do espaço/domicílio de cada família e direciona-se para a promoção da equidade, ou seja, da diminuição das injustiças (SANTOS; CUBAS, 2012). A ESF tem como diferencial o trabalho em equipe, o que possibilita potencializar os recursos e viabilizar ações com diferentes abordagens para os diferentes contextos locais/regionais na qual a estratégia é adotada (OHARA; SAITO, 2013).

No que se refere às características do processo de trabalho das equipes do PSF, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) traz, em seu anexo A, “programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população”, “a avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade” (BRASIL, 2012, p. 41).

Quanto às atribuições dos profissionais da equipe do PSF, em relação às necessidades de saúde, às equipes compete

realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local e [...] participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2012, p. 44).

Nesse sentido, Moraes (2008) com base nas diretrizes estabelecidas pela PNAB, aponta que o reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde da população de um dado território estão intimamente vinculadas aos princípios básicos do SUS, principalmente à integralidade e a equidade.

Quanto às atribuições do Enfermeiro, o trabalho deste profissional necessita estar vinculado aos indivíduos e famílias cadastradas na ESF em todas as fases do desenvolvimento mediante realização da consulta de enfermagem (BRASIL, 2012). A Consulta de Enfermagem está estabelecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, no artigo 11, inciso I, alínea “i”, (COFEN, 2012). Na Resolução nº 159/1993, o COFEN a considera como uma atividade-fim, afirmando que, na Consulta de Enfermagem deverá ser utilizado componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença e fundamentar-se nos princípios e diretrizes do SUS e na perspectiva de consolidação de modelos assistenciais voltados às necessidades de saúde da população (COFEN, 1993). Ainda, tanto a Lei, quanto a Resolução acima apresentadas, afirmam que a Consulta é função privativa do Enfermeiro, conferindo a este profissional um *status* diferenciado dentro da equipe de Enfermagem (SANTOS; CUBAS, 2012).

A Resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implementação do Processo de Enfermagem explicita que, cabe ao Enfermeiro:

[...] a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas (COREN/RS, 2012, p. 49)

Ademais, segundo esta Resolução, o Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, incluindo as instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros. O Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nestes ambientes como Consulta de Enfermagem, sendo que, o Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem participam da sua execução sob a supervisão e orientação do Enfermeiro (COREN/RS, 2012).

Essa conciliação retira, em parte, o estabelecimento legal de que a Consulta é privativa do enfermeiro, pois sendo considerada similar ao Processo de Enfermagem, possui etapas em que todos os membros da equipe de Enfermagem são envolvidos. Assim, no contexto legal, passa a ser considerado um instrumento do trabalho da Enfermagem capaz de documentar a assistência prestada e que necessita ser norteado por um método sistemático (SANTOS; CUBAS, 2012). No presente estudo, considerar-se-á a Consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde Coletiva, como sinônimo de Processo de Enfermagem.

Sobre a responsabilidade social do Enfermeiro, Egry (1996) destaca a importância de visualizar possibilidades e necessidades de mudanças efetivas no seu saber-fazer, entendido como a intervenção no processo saúde-doença da população, desalienando-se e quebrando a âncora mecanicista que vem sustentando sua prática.

Com o desenvolvimento e expansão do setor saúde no País e o reconhecimento da importância e potencialidades do processo de trabalho da equipe de Enfermagem no cuidado ao indivíduo, família e comunidade, inúmeras políticas públicas de saúde foram sendo desenvolvidas e apontaram a necessidade de inserir profissionais de Enfermagem nas práticas de assistência à saúde, como, por exemplo, a assistência à saúde da mulher.

Neste contexto em 1984, o MS, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que, entre outras ações visava o aperfeiçoamento do controle pré-natal (OSIS, 1998). As mulheres reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam a gestação e o parto, requerendo ações que proporcionassem a melhora das condições de saúde em todos os ciclos da vida (BRASIL, 1998).

Com o surgimento do SUS em 1988, o PAISM incorporou os princípios e diretrizes do mesmo e estabeleceu linhas de ação e estratégias para um modelo assistencial voltado à saúde das mulheres de forma integral (BRASIL, 1998). O PAISM não teve uma implantação efetiva em todo país, devido, principalmente, a morosidade e o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas. Existiam questionamentos quanto à integralidade e universalidade do Programa, já que os objetivos explicitados focavam-se nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher, sugerindo uma intenção controladora oculta (OSIS, 1998). Autores reconhecem que, mesmo com as dificuldades apresentadas o PAISM foi fundamental para a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (OSIS, 1998; LEMOS, 2011; SANTOS, 2012).

Sob a influência do PAISM, o MS instituiu por meio da Portaria nº 569/GM de 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo era desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS. O PHPN propõe incentivo à assistência pré-natal, com o intuito de estimular os estados e municípios a realizarem o acompanhamento completo e o cadastramento das gestantes (BRASIL, 2000). Para Andreucci e Cecatti (2011, p. 1062), “o PHPN representou uma iniciativa sem precedentes na saúde pública do Brasil, ao estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação”.

No ano de 2004 o PAISM foi substituído pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) devido à necessidade de englobar os pressupostos da promoção à saúde, imprescindíveis para o processo de transformação do paradigma da saúde da mulher (OHARA; SAITO, 2013). A PNAISM em seu Plano de Ação 2004-2007 trazia como um dos seus objetivos, promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, tendo como metas, entre outras, ampliar a adesão ao PHPN e ampliar a realização de exames de rotina de pré-natal. Propõe como estratégias para o alcance das metas relacionadas à atenção ao pré-natal na atenção básica, a distribuição de *kits* pré-natal para as Unidades Básicas de Saúde(UBS), capacitação e educação

permanente dos profissionais, distribuição de material informativo e fomento à integralidade (BRASIL, 2004).

Contudo, para Freitas et al (2009), esta política mantém a valorização da doença em parte das ações propostas, fazendo com que, na prática, a integralidade não seja contemplada; também, os serviços de saúde apresentam dificuldade para atender mulheres em situações específicas, como as indígenas, as lésbicas e as presidiárias. Neste sentido, Gomes (2011) afirma que, as dificuldades em atender à saúde das mulheres de forma integral devem-se às abordagens biomédicas reducionistas, a não contextualização da mulher no campo das relações de gênero, ao domínio quase que exclusivo da heteronormatividade, às questões estruturais que limitam o acesso à saúde e ao comprometimento na quantidade e na qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Quanto ao PHPN, diversas fragilidades foram apontadas, principalmente, a falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez e a escassa realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2008). Nesta perspectiva, Nascimento et al (2007) apontaram as dificuldades na consolidação do PHPN, como a baixa cobertura pelas UBS da rede básica tanto de consultas pré-natais quanto de exames básicos e consulta puerperal. Andreucci e Cecatti (2011) referiram o baixo cumprimento de todo o conjunto das metas propostas, com grandes variações por região do país. Já Aguiar (2011); Oliveira et al (2012), evidenciaram indicadores precários. Serruya et al (2004) referiram pequena parcela das mulheres cadastradas com registro do cumprimento integral dos critérios, sendo que, a maioria delas recebeu uma assistência desarticulada e parcial. Por fim, Coutinho et al (2010) assinalaram a insustentabilidade de um papel preponderante do PHPN na tendência de melhoria da assistência.

Diante deste quadro, no ano de 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para a atenção ao pré-natal, as quais foram incorporadas pelo MS em suas orientações para qualificar e humanizar a atenção à mulher no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2005). Assim, por meio da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal que estabeleceu as metas a serem pactuadas na AB, indicando este cenário como o local ideal para a atenção ao pré-natal (BRASIL, 2006).

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, 2011a). Para Cavalcanti et al (2013), a Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as morbimortalidades materna e infantil permanecem elevadas, com prevalência da medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas e desconsideração da gestante como protagonista do processo de gestação e parto.

A Rede Cegonha está embasada na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, caracterizando-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

No contraponto, algumas opiniões conflitantes surgiram frente aos pressupostos das redes de atenção. Para Gusso (2011), a idéia das redes verticais, como a da Rede Cegonha, representa enorme retrocesso e a possibilidade de desarticulação das redes integradas que foram construídas nos últimos anos e que precisam ser aprimoradas com funcionamento adequado. Para as feministas, também representa um retrocesso de 30 anos na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina, já que reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria mulher estariam orientadas para a maternidade, desumanizando o evento reprodutivo; nesta perspectiva, solicitam a retomada da proposta do PAISM (CARNEIRO, 2013).

Já Cavalcanti et al (2013) observou em seu estudo sobre a Rede Cegonha que existem lacunas em sua lógica (falta de descrição de seus elementos e não previsão de ações de planejamento familiar e de vigilância dos óbitos de mulheres e crianças), apontando para a necessidade de rever a teoria desta estratégia com vistas a aumentar suas chances de sucesso.

No entanto, Ceccim e Cavalcanti (2011) entendem que com a Rede Cegonha o nascimento no Brasil assumiu características cidadãs, superando a simples noção

de intervenção sobre indicadores bioestatísticos, e sim de uma política pública que objetiva proteger as mulheres na maternidade. Nesta mesma linha, Carneiro (2013, p. 51) afirma que

quanto à denominação da política, Rede Cegonha, também criticada pelas feministas, eles teriam divergido e tentado esclarecer que o termo cegonha vem atrelado à idéia de transporte, e não de gestar e de parir, cabendo, portanto, à mulher parir, mas, à sociedade, viabilizar o seu transporte e suporte.

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, 2010). Neste sentido, Peixoto et al (2011) sugerem que o aumento no número de consultas pode estar relacionado à expansão da ESF que propiciou maior nível de adesão às consultas quando comparadas às gestantes acompanhadas em outros serviços.

Oliveira Neto (2009) salienta também que o modelo de atenção ao pré-natal tem incorporado crescentes custos gerados pela inclusão acrítica de tecnologias (exames, procedimentos, medicamentos); porém a contrapartida de resultados não tem sido suficiente. Conforme Brasil (2011), apesar do acesso ao pré-natal ser praticamente universal no país, não apresenta qualidade satisfatória, demonstrando que, o consumo de procedimentos não impacta, necessariamente, nos níveis de saúde.

Estudos ressaltam que apesar do aumento significativo no número de consultas de pré-natal, 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 que tem se transformado, em grande medida, em um ato burocrático (CAVACALTI et al, 2013; DUARTE, 2012; GUERREIRO et al, 2012; PEIXOTO et al, 2011)

Neste contexto, a UBS apresenta-se como a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. 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, 2013b).

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. Considerando a equipe de enfermagem no contexto da Saúde da Família e, ancorada no desenvolvimento da profissão com vistas à autonomia e a prática do cuidado, torna-se necessário apropriar-se desta “nova” forma de agir na prática; somado ao fato de que, especificamente referente ao pré-natal, a Consulta de Enfermagem assume papel de relevância no contexto da Rede Cegonha, demonstrando ser necessário estudos mais diretamente relacionados ao tema das necessidades em saúde.

Nesta direção, a metodologia da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) propõe desencadear um processo prático de intervenção na realidade de saúde. Dentro do objeto fenomênico de recorte da enfermagem sugere uma aproximação entre a teoria e a prática e a superação da dicotomia entre o saber e o fazer como primeiro movimento necessário para a práxis. A TIPESC tem a finalidade genérica de transformação da realidade de saúde e doença da coletividade (EGRY, 1996).

Diante do exposto, buscou-se neste estudo investigar a Consulta de Enfermagem, enquanto instrumento de trabalho da equipe de enfermagem, na ESF, no âmbito da assistência ao pré-natal, haja vista que este, apesar dos inúmeros avanços e melhorias, ainda apresenta indicadores de saúde e de assistência precários.

Assim, tomando-se como base a perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da gestante, enquanto indivíduo inserido na família e na comunidade e a integralidade da assistência e embasados no referencial teórico da TIPESC, realizou-se uma aproximação com os conceitos inerentes ao processo saúde-doença apresentados na Constituição de 1986 e, reafirmados nas legislações relacionadas à AB e ao trabalho da equipe de enfermagem, os quais visam garantir a integralidade do cuidado, por meio do reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença.

Neste contexto, para a realização deste estudo, defendeu-se os seguintes pressupostos:

- Apesar da assistência ao pré-natal estar pautada em políticas públicas que trazem em seu bojo o conceito de integralidade e equidade da atenção, o enfrentamento das necessidades de saúde percebidas pelos profissionais ocorre de forma reducionista e imediatista, com foco naquelas de caráter biológico e individual, assim como na medicalização da atenção;

- A práxis das equipes de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família não está alicerçada em instrumentos metodológicos próprios da profissão, além do que, a Consulta de Enfermagem não é vista como um instrumento de trabalho que necessita ser norteado por um método sistemático, mas como uma atividade rotineira complementar à Consulta Médica;

- A equipe de Enfermagem não faz uso da determinação social do processo saúde-doença na sua prática diária (apesar de tal afirmação estar contemplada no conceito de saúde firmado na 8ª CNS, há mais de 25 anos) não contemplando, portanto, o conceito de integralidade na assistência prestada;

Assim, a justificativa deste estudo está pautada na possibilidade de servir como subsídio para reflexão sobre a Consulta de Enfermagem na ESF no pré-natal e no atendimento às necessidades de saúde das gestantes no contexto do SUS. Também, visa contribuir para o desenvolvimento de uma proposta de sistematização da assistência, ancorada em um referencial teórico, que possa fortalecer, no âmbito do pré-natal, a Rede Cegonha, atual política ordenadora das ações na linha de cuidado materno-infantil, bem como a prática do cuidado de Enfermagem na Saúde Coletiva.

Neste contexto, elaborou-se a seguinte questão norteadora:

A prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal atende às necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal relacionando-a as necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as condições sociais de (re)produção das políticas públicas vigentes na sociedade, que orientam a Consulta de Enfermagem na assistência ao pré-natal da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar práticas e instrumentos utilizados na Consulta de Enfermagem que possibilitem reconhecer o perfil das necessidades em saúde das gestantes;
- Identificar a percepção e formas de enfrentamento da equipe de enfermagem frente às informações objetivas e subjetivas relacionadas às necessidades em saúde da gestante/família/comunidade.

3 Revisão de Literatura

3.1 O Processo de Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica: uma revisão integrativa de literatura

Com o objetivo de construir esta revisão integrativa, algumas etapas foram percorridas. Primeiramente, definiu-se o tema do estudo e o objetivo, emergindo a questão de pesquisa. A seguir, estabeleceram-se as bases de dados a serem utilizadas e os critérios de inclusão e exclusão para busca, selecionando-se a amostra. Posteriormente passou-se à categorização dos estudos, com extração das informações em formulário próprio, organização e sistematização das informações e formação do banco de dados do estudo. Na seqüência realizou-se a avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão, seguida de discussão e interpretação dos resultados. Finalmente, a última etapa consistiu na apresentação da revisão.

A seguinte questão de pesquisa norteou esta revisão: Quais as características do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde?

As bases de dados utilizadas na seleção dos artigos foram MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem* on-line), disponibilizada pela PUBMED da U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca dos artigos foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2014. Os critérios para inclusão dos artigos na presente revisão compreenderam a disponibilidade do resumo, publicação nos últimos 10 anos (março/2004-fev/2014) em português, inglês ou espanhol e estudo realizado com seres humanos.

Como as duas bases possuem método de busca diferenciado, procurou-se manter as mesmas características das buscas em ambas, utilizando-se descritores

e/ou palavras-chaves relacionadas com a questão de pesquisa e manutenção dos critérios de inclusão, buscando a coerência e evitando possíveis vieses.

Assim, pesquisou-se no *Medical Subject Headings* (MeSH) a existência dos descritores de interesse para o estudo. Foram definidos os descritores controlados em inglês para o PUBMED, quais sejam *Outcome and **Process** Assessment (Health Care)*, *Nursing Primary Health Care*. A seguir, procedeu-se à busca dos artigos por acesso *on-line*, utilizando-se os três descritores ligados pelo conector AND, além dos critérios de inclusão, emergiram 267 artigos. Por meio da leitura dos resumos, 222 estudos foram excluídos por apresentarem temática diferente ao objetivo do estudo (87 estudos tratavam do processo de trabalho da enfermagem em ambiente hospitalar e 135 artigos, tratavam da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde, porém, não abordavam o processo de trabalho da enfermagem). Esta primeira seleção foi composta por 45 artigos.

Os 45 artigos foram lidos na íntegra para possível inclusão nesta revisão integrativa. Contudo, 39 deles foram excluídos por não apresentarem temas relacionados com o propósito deste estudo (37 deles, apesar de trazerem a enfermagem em seu desenvolvimento, não abordavam o processo de trabalho e 02 tinham como campo de estudo o hospital). Finalizou-se esta busca, portanto, com 06 artigos selecionados para inclusão na revisão.

Para a base de dados LILACS, utilizou-se Enfermagem de Atenção Básica, Enfermagem de Atenção Primária e Enfermagem de Saúde da Família como descritores em português, sendo consultados previamente no Descritor em Ciências da Saúde (DeCS). Além destes, utilizou-se as palavras Processo e Trabalho (já que quando se utilizou estes como descritores, ao cruzá-las com os descritores apresentado acima, a busca apresentava-se zerada). Em primeira busca, se utilizou os descritores Enfermagem de Atenção Básica/Enfermagem de Atenção Primária, surgindo 18 estudos (quando se cruzou com as palavras processo e trabalho, não houve artigos selecionados). Em seguida, utilizou-se o descritor Enfermagem de Saúde da Família cruzado com as palavras Processo e Trabalho, resultando em 17 estudos. Um artigo repetiu-se nestas buscas, finalizando, portanto, uma pré-seleção de 34 artigos, considerando os mesmos critérios de inclusão da busca realizada no PUBMED. Destes 34 títulos, após a leitura dos resumos, 23 foram excluídos (15 deles não abordavam o processo de trabalho da enfermagem e 08 estudos referiam-se ao ambiente hospitalar), resultando 11 artigos para serem incluídos nesta revisão.

Desta forma, a presente Revisão Integrativa de literatura foi constituída de 17 artigos, os quais, foram submetidos à um instrumento para a coleta dos dados com informações referentes à identificação da publicação, introdução, objetivos/questão de investigação/hipótese, características metodológicas (delineamento do estudo, amostra, técnica para coleta de dados e análise dos dados), avaliação dos resultados encontrados e das conclusões.

Para fins de análise, informações dos artigos foram transcritos em uma tabela, de forma a promover uma visão ampla dos estudos em análise, além de apresentar uma síntese dos mesmos. Nesta tabela, os seguintes aspectos foram considerados: ano de publicação, revista/periódico, procedência do pesquisador principal/universidade, autores, título, objetivo, categoria e metodologia (tipo de estudo, sujeitos do estudo, local do estudo, técnica de coleta de dados), referencial teórico.

A apresentação dos resultados e discussão foi feita de forma descritiva, com auxílio de recursos gráficos (Tabela), para melhor apreciação das características dos estudos, e de um quadro-síntese que demonstra o objetivo desta Revisão Integrativa, ou seja, as considerações dos estudos relacionadas trabalho da equipe de enfermagem.

Por meio da análise dos estudos, procurando resgatar as características do trabalho da enfermagem neles descritas, evidenciou-se que este ainda apresenta características do modelo biomédico, com dificuldades para se estabelecer uma visão ampliada do processo saúde-doença, mas sim, ainda com um foco centrado na doença e com dificuldades para assimilação deste novo modo de pensar e agir, característico da atenção primária em saúde (GREASLEY, 2005; PEREIRA et al, 2009; MONTEIRO et al, 2011; FLORÊNCIO et al, 2012, BACKES et al, 2012; ARAGÃO et al, 2013). Mas, apesar deste contexto, o Enfermeiro ainda é visto como o profissional-chave para nortear as políticas públicas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF (BACKES et al, 2012).

Vários estudos trouxeram o domicílio como cenário importante para as práticas de enfermagem na atenção primária à saúde, sendo as atividades educativas inerentes à esta prática (DICK; FRAZIER, 2006; SCHIMIT; LIMA, 2009; KAISER et al, 2009; KEBIAN; ACIOLI, 2011; CERVERA et al, 2011). Também, verificou-se que as atividades coletivas consomem boa parte do processo de trabalho do Enfermeiro (SCHIMITH; LIMA, 2009), ficando os encontros individuais

escassos na rotina diária deste profissional, seja pela demanda de consultas direcionada ao médico (SCHIMITH; LIMA, 2009), seja pelas ações de assistência que são delegadas aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (MONTEIRO et al, 2011). Contudo, as atividades assistenciais realizadas pelo Enfermeiro no domicílio foram reconhecidas em vários estudos (DICK; FRAZIER, 2006; KAISER et al, 2009; KEBIAN; ACIOLI, 2011).

As atividades gerenciais foram apontadas em alguns estudos (KELEHER et al 2009; MONTEIRO et al, 2011; KAWATA et al, 2011; BACKES et al, 2012; MARILAF et al, 2011), assim como a prática de educação em saúde e identificação de necessidades em saúde está presente no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem em uma tentativa de aproximação com a visão ampliada em saúde (DICK; FRAZIER, 2006; DESHEFY-LONGHY et al, 2008; KAISER et al, 2009; KEBIAN; ACIOLI, 2011; CERVERA et al, 2011; KAWATA et al, 2011; MARILAF et al, 2011; BACKES et al, 2012;). Contudo, apesar do discurso dos Enfermeiros apresentarem conceitos atuais da educação em saúde, na prática, houve referência a uma perspectiva normativa e prescritiva, verticalizada, com sentido único profissional-usuário, questionando-se a validade dessas práticas no contexto atual da APS (CERVERA et al, 2011).

Nos estudos internacionais observou-se que a prescrição de medicamentos é característica da prática do Enfermeiro (SIBBALD et al, 2006; DESHEFY-LONGHY et al, 2008; KELEHER et al, 2009;). No ambiente de cuidados primários, substituindo ou complementando a prática médica, os Enfermeiros são reconhecidos como tão eficientes quanto os profissionais médicos, melhorando a capacidade de atendimento neste nível de atenção (SIBBALD et al, 2006; KELEHER et al, 2009;).

Entraves diversos no processo de trabalho da Enfermagem foram evidenciados, como a dificuldade em operacionalizar o controle e a participação social (KAWATA et al, 2011), inexistência de trabalho em equipe caracterizado pela falta de discussão, planejamento e avaliação do processo do cuidado (SCHIMITH; LIMA, 2009; KAWATA et al, 2011), falta de recursos materiais e humanos, assim como ausência de capacitação para a Enfermagem (ROCHA et al, 2011).

Por fim, apenas dois estudos, ao descreverem o processo de trabalho da Enfermagem, consideraram os demais integrantes da equipe (KAISER et al, 2009; MONTEIRO et al, 2011), além disto, neste último, ficou evidenciado que o profissional de referência para os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem não é o

Enfermeiro, mas sim o médico; sendo o Enfermeiro o profissional de referência para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No estudo de Pereira et al (2009), desenvolvido na atenção básica, ao buscar conhecer as formas de enfrentamento de famílias com agravos crônicos por meio das visitas domiciliares, as autoras relataram que tiveram a difícil tarefa de exercitar a visão ampliada, exigida do Enfermeiro, para compreender que o processo de trabalho não se restringe a atuação sobre doenças e agravos, mas que é necessário dar condições a pessoa, a família e a comunidade para conquistarem saúde biológica, psicológica, espiritual, social e ambiental. Assim, conhecendo quem são, suas condições de saúde-doença, suas dificuldades, suas fortalezas, seus valores e seu ambiente sociocultural.

Tal evidência corrobora com Monteiro et al (2011) que apontam fragilidades no modelo biomédico relacionadas ao atendimento de todas as necessidades e demandas sociais da saúde. Expressam a pertinência do Enfermeiro reinventar ações ou estratégias para atender a população de forma eficaz.

Neste mesmo sentido, no estudo realizado na Inglaterra os enfermeiros que assumem a agenda da saúde pública, necessitam enfrentar os fatores sociais e econômicos relacionados à saúde de seus pacientes (GREASLEY, 2005).

Ainda sobre a prática de enfermagem baseada no modelo biomédico, Florêncio et al (2012) verificou que grande parte da assistência de enfermagem se dá por meio de orientações que visam o êxito do aleitamento materno e que, somente abordam a temática sexualidade se forem solicitados ou questionados, ou seja, centram-se em aspectos biológicos e fisiológicos, fazendo com que a sexualidade pareça inexistir na assistência de enfermagem.

Tal situação foi evidenciada também no estudo de Backes et al (2012) e relacionada à mudança das políticas de saúde no país, quando propõem pesquisar o papel do enfermeiro no SUS. No âmbito da atenção primária à saúde os entrevistados declararam que, com a criação do SUS, o Enfermeiro ampliou sua atuação e inserção no campo comunitário e social, principalmente com a implantação da ESF. Contudo este novo modo de pensar e agir ainda representa certo desconforto e insegurança, para os profissionais Enfermeiros pela necessidade de inserção ativa e responsável na vida das comunidades, devido, em parte, pela lógica fragmentada, dicotômica e pouco resolutiva ainda presente nas instituições.

Nesta mesma perspectiva, Aragão et al (2013), em seu estudo entrevistando enfermeiros procurou analisar como os casos de violência contra as crianças e adolescentes são abordados pela enfermagem na atenção básica, verificou que, em geral, esse tipo de violência não é reconhecida como um problema a ser resolvido pela enfermagem, não havendo menção quanto à discussão de casos com os demais membros da equipe, nem ação partilhada com outros sujeitos públicos ou privados e que a sensação de impotência impele os Enfermeiros a transferir o problema à outros profissionais, cabendo-lhes apenas em notificar e/ou encaminhar, caracterizando uma atuação centrada na concepção de saúde como ausência de doenças.

Em contrapartida, o estudo de Backes et al (2012) evidenciou que o Enfermeiro é reconhecido por ser o interlocutor e o principal agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF.

Já Schimith e Lima (2009) evidenciaram em seu estudo de caso que as atividades coletivas são coordenadas e, via de regra, executadas pela Enfermeira nas casas dos moradores. Os momentos de encontro individual com os pacientes são escassos e foram observados somente durante a coleta de exames citopatológicos.

Para Monteiro et al (2011), a falta de especificidade do papel do Enfermeiro fica evidente na divisão de tarefas com a equipe de enfermagem. As ações voltadas para a assistência aos clientes geralmente competem aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, enquanto os Enfermeiros se responsabilizam pelas ações gerenciais. O estudo evidenciou que, quando o Enfermeiro coloca o cuidado como centro de sua prática, expressando a necessidade de estar presente e contribuir nas ações de cuidado das pessoas de sua área de abrangência, adquire autonomia e a Enfermagem passa a ser vista como uma esfera privilegiada na área da saúde.

Em estudo sobre os sentidos atribuídos pelo enfermeiro e agentes comunitários de saúde acerca das práticas de saúde desenvolvidas na visita domiciliar, verificou que o papel do Enfermeiro está atrelado a educação em saúde, identificação das necessidades de saúde das famílias, realização de atividades assistenciais de enfermagem e benfeitoria. A prática do Enfermeiro está voltada para a intervenção na saúde, a partir da investigação das necessidades afetadas, deixando de utilizar o espaço da visita domiciliar para fortalecer o vínculo com as famílias e estimular a interação profissional com o ACS (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

Dick e Frazier (2006) conduziram estudo em Boston/EUA buscando, entre outras questões, identificar as atividades de prestação de cuidados primários no domicílio e descrever as percepções do Enfermeiro sobre o resultado de suas atividades, concluindo que, embora os Enfermeiros entrevistados concordem que realizam o cuidado às queixas, o exame físico caracteriza o menor tempo durante a visita, já que se concentram nas questões psicossociais e funcionais do usuário.

Outro estudo realizado nos EUA, na região da Nova Inglaterra, procurou descrever a prática dos profissionais da enfermagem na atenção primária, evidenciou que esses profissionais proporcionam aconselhamento sobre prevenção da doença e promoção da saúde em maior proporção que outros profissionais, apesar de terem a prescrição de medicamentos inserida na sua prática (DESHEFY-LONGHiet al, 2008). Backes et al (2012), evidenciaram em seu estudo que o foco de atuação do Enfermeiro está voltado para a educação, promoção e proteção da saúde.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Kaiser et al (2009), realizado também nos EUA, em Nebraska, com o objetivo de testar os efeitos das visitas de enfermeiros. Para os autores a intervenção no domicílio pode motivar e envolver os clientes de forma mais eficaz na mudança de comportamento de saúde, ainda que por breves períodos de tempo, além da redução da intensidade da necessidade de cuidados de saúde, tais resultados relacionam-se à eficiente educação em saúde fornecida no atendimento.

Sobre a percepção dos Enfermeiros acerca da educação em saúde, Cerveraet al (2011), verificaram que, no contexto da ESF, está ligada às visitas domiciliares e consultas de enfermagem, correspondendo, a maioria delas, a palestras e grupos, sendo uma prática institucionalizada, com um sentido único profissional-usuário, tendo como objetivo a interferência no comportamento da comunidade, pautada nas perspectivas normativas e prescritivas.

Kawataet al (2011), buscando analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho de enfermeiras na Saúde Família verificaram que a supervisão é uma atividade inerente ao cotidiano destes profissionais, envolvendo as dimensões de educação e controle com o intuito de conferir, corrigir e informar. Também, o trabalho das Enfermeiras está articulado ao da equipe para produção do cuidado, possibilitando uma abordagem mais integral e resolutiva. As enfermeiras têm noção dos conceitos de controle e participação social, mas não conseguem operá-los no

cotidiano, para além da dimensão técnica do trabalho e que, seu trabalho se desenvolve no sentido de organizar o fluxo de usuários e informações tanto na unidade como entre os serviços e de realizar controle de infra-estrutura, de recursos humanos e de previsão e provisão de material.

As situações acima são confirmadas por Backes et al (2012) em seu estudo, quando os entrevistados reconhecem o Enfermeiro como portador de habilidade interativa e associativa, que encaminha e otimiza as intervenções de cuidado em saúde, realiza atividades interativas e gerenciais que requerem maior envolvimento, sistematização e comprometimento com as reais necessidades de saúde da população.

No que se refere ao trabalho em equipe, Schimith e Lima (2009) evidenciaram realidade diferente, uma vez que não verificaram, em seu estudo, momentos de reunião de equipe, discussões e planejamento.

No estudo de Kawata et al (2011), as enfermeiras têm desenvolvido ações que estão voltadas para mobilização do cuidado, indicando a articulação entre a dimensão gerencial e dimensão assistencial, no desenvolvimento do trabalho em saúde. O planejamento está direcionado às atividades pontuais de promoção à saúde e de educação permanente, às escalas e ao cuidado, não existindo um processo sistemático de avaliação das atividades desenvolvidas pelos serviços. A coordenação está relacionada à organização do trabalho para a produção do cuidado, sendo raras as iniciativas para o planejamento mais global voltado ao território e à avaliação das ações individuais, coletivas e de organização da unidade de saúde.

Em estudo similar realizado no Chile por Marilaf et al (2011) para descobrir a percepção de usuários e enfermeiros da zona rural a respeito do papel do Enfermeiro nas unidades de saúde rurais, apontou que as funções identificadas pelos informantes se agruparam segundo aquelas internacionalmente estabelecidas, quais sejam, assistencial, administrativa e educativa. A imagem ou representação do profissional foi caracterizada por reconhecimento e continuidade das ações e nas competências profissionais figurou conhecimentos, destreza e habilidades equanto ao conceito do cuidado em saúde, a pertinência e a qualidade das ações das enfermeiras foi evidenciada pelos entrevistados.

O estudo sobre o cuidado do enfermeiro ao idoso na ESF realizado por Rocha et al (2011) assinala que os profissionais referem como limites para que haja

eficiência do cuidado a falta de recursos materiais, de capacitação e do envolvimento de outros recursos humanos no processo.

Em contrapartida, estudo de Revisão Sistemática realizado por Keleher et al (2009) na Austrália demonstrou evidências internacionais que as enfermeiras de cuidados primários podem fornecer cuidados eficazes e alcançar resultados positivos para a saúde dos pacientes, semelhantes aos previstos pelos médicos. Os enfermeiros são eficazes na gestão de cuidados e conseguem boa adesão do paciente, são também eficazes na gestão de doenças crônicas, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Conclusões semelhantes foram apontadas por Sibbald et al (2006), no Reino Unido, após analisar a situação da Enfermagem neste país, verificou que a utilização dos profissionais de Enfermagem para substituir e complementar os cuidados médicos é uma estratégia plausível para melhoria do atendimento primário, sem comprometer a qualidade dos cuidados de saúde ou resultados para os pacientes.

CONCLUSÃO

Na presente revisão integrativa em relação ao processo de trabalho da Enfermagem na APS/AB foi possível evidenciar que o processo de transição entre os modelos de atenção à saúde da população está posto, com tentativas de se abandonar o modelo biomédico e, ao mesmo tempo, internalizar o novo modo de pensar e agir requerido pela visão ampliada do processo saúde-doença. Também, é necessário que se compreenda que a equipe de Enfermagem caracteriza o processo de trabalho da profissão, e não apenas do profissional Enfermeiro.

Compreende-se que apesar das dificuldades e falhas observadas no processo de trabalho da Enfermagem, que, ora concentra-se nas práticas coletivas, extra-muros e educativas, ora nas práticas assistenciais, individuais e médico-centradas o profissional Enfermeiro é reconhecido como detentor de características essenciais ao novo modo de ver e fazer saúde, sendo apontado como apto para aproximar as políticas públicas da equipe, planejar as atividades de saúde, assim como coordenar ações e serviços.

Retomando a proposta desta Revisão Integrativa, observam-se evidências fortes e congruentes acerca do processo de trabalho da Enfermagem de quase todas as regiões do país (sul, sudeste, nordeste e centro-oeste), bem como de diferentes continentes (América do Sul, América do Norte, Europa e Austrália).

Contudo, lacunas foram evidenciadas no que diz respeito a estudos nacionais que foquem o processo de trabalho da Enfermagem em si, pois, quase que a totalidade deles tinha outros objetivos que levaram à constatação de características do processo de trabalho.

Compreende-se que o processo de trabalho do Enfermeiro tem por base a Consulta de Enfermagem (seja ela nos limites da Unidade de Saúde, no domicílio ou na comunidade, de forma individual ou coletiva) esperava-se encontrar mais enfoque desta prática nos estudos que abordam a temática. Talvez a quase inexistência de estudos nessa ótica, evidenciem a fragilidade do trabalho do Enfermeiro no país, provavelmente relacionada à dificuldade de se colocar no atual cenário da APS/AB como profissional autônomo e detentor de tecnologia específica da profissão, o cuidado. Ou, a Consulta de Enfermagem não é reconhecida como um potente instrumento do processo de trabalho da enfermagem, não estando, assim, estes termos relacionados entre si e, portanto, não evidenciados nos artigos analisados nesta revisão.

Diante desta realidade, verifica-se a necessidade de intensificar esforços em prol do desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências acerca do tema investigado no cenário brasileiro, já que os estudos internacionais demonstraram claramente as características do processo de trabalho da enfermagem, assim como a autonomia e reconhecimento do papel do Enfermeiro na atenção primária à saúde.

Observação: A caracterização dos estudos, expressa em tabelas, consta no Apêndice A, assim como o quadro-resumo com a apresentação dos artigos incluídos nesta revisão, no Apêndice B.

3.2 – O conceito de necessidades de saúde sob o olhar da Saúde Coletiva

Neste tópico discute-se a essência da Saúde Coletiva, assim como seu marco teórico-filosófico, apresenta-se, ainda, o conceito de necessidades de saúde assumido por este estudo e, corporificado na concepção da Saúde Coletiva. Também, propõe-se uma reflexão acerca do trabalho da enfermagem, na perspectiva do Materialismo Histórico Dialético, bem como de alguns princípios e diretrizes do SUS intimamente relacionados à noção de necessidades de saúde apresentada.

As práticas em saúde coletiva tem na ESF seu marco mais fértil de implementação. Nestes espaços que as necessidades em saúde são reconhecidas e que se buscam estratégias para atendê-las. O processo de descentralização do SUS visa atender às necessidades de saúde da população, assegurando a universalidade do sistema de saúde e a integralidade da atenção, pois a descentralização propicia uma maior aproximação entre o gestor e a população e, conseqüentemente, melhor adaptação do sistema às necessidades e demandas locais (EGRY, 2008a).

Pensar e fazer saúde é sempre um desafio a ser realizado. Trabalhar com a coletividade é estar em permanente ação-reflexão na busca de uma sintonia com a sociedade (COSTA et al, 2007).

Nessa perspectiva, é necessário aproximar o trabalho da Enfermagem, deste campo teórico-filosófico. Para Egrý (2008), abordar a enfermagem como trabalho significa compreender que as práticas de saúde são práticas sociais e que devem ser tomadas para além de uma aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnicos-científicos. A prática em saúde é determinada pela finalidade social do trabalho, sendo dinâmica, requer revisão periódica frente às transformações da sociedade e dos modelos de atenção à saúde.

De acordo com Merhye Chakkour(1997), o trabalho em saúde produz atos de saúde, caracterizados, por exemplo, por procedimentos, consultas de enfermagem, acolhimento. Os atos de saúde são relações entre trabalhadores e usuários que produzem o cuidado, o qual atua sobre os problemas de saúde, sejam individuais ou coletivos, de forma a causar impacto nos usuários, tendo como meta o atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos e comunidade.

Egrý (2008) considera importante o debate acerca da forma como o usuário é tratado no jogo de necessidades/direitos. Ele pode ser atendido como um mero consumidor de atos de saúde ou como um sujeito singular que requer atos cuidadores que o auxiliem a resgatar, manter e fortalecer seu modo de vida.

Sobre a maneira como o profissional se posiciona nesse contexto é válido refletir sobre a contribuição de Boff (2000), que distingue dois modos de ser-no-mundo. O primeiro denominado trabalho, com características intervencionistas, marcado por relações tecnicistas e pela dominação das pessoas e coisas, colocando-as à serviço dos interesses de terceiros, compartimentalizando a realidade visando conhecê-la melhor, subjulgá-la, utilizando-se do poder e até mesmo da agressão para alcançar seus objetivos utilitários. O segundo, denominado

cuidado, caracterizado pela relação sujeito-sujeito, almejando a convivência por meio da interação, existindo proximidade, acolhimento, centrado no valor intrínseco das pessoas. Estes modos não se opõem, mas complementam-se, sendo um desafio combiná-los, uma vez que constituem a integralidade da experiência humana.

Para Egry (2008), o desafio na área da saúde é o exercício da integração entre os procedimentos técnicos e as ações de cuidado representadas pela atenção, respeito, acolhimento, compromisso e a preocupação no atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Ainda, conforme a mesma autora, “definir necessidades em saúde é antes de tudo falar sobre o campo teórico-filosófico, pois como outros fenômenos sociais apresentam-se completamente diferentes, a partir da visão de mundo em que se subordina” (EGRY, 2008a, p. 7).

Assim como o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado, as necessidades em saúde são igualmente complexas, relacionadas à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos ou famílias e às particularidades dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais e ainda aos processos mais gerais de estruturação da sociedade, referindo-se às múltiplas dimensões da realidade (EGRY, 2008a).

Conforme Melo-Filho (1995), assim como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, situando-se entre natureza e cultura, não se referindo apenas à conservação da vida, mas, também, à realização de um projeto em que o indivíduo progressivamente humaniza-se.

Nessa perspectiva, Mandú e Almeida (1999) afirmam ser necessário considerar como, no nosso sistema social, tais necessidades se apresentam, considerando a questão da criação/satisfação social das necessidades humanas e da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades.

Para Egry (2008) os sistemas de saúde reconhecem e legitimam algumas necessidades sociais, em detrimento de outras, além de criarem novas necessidades. No entanto, são considerados problemas de saúde, apenas aquelas necessidades que alcançaram um alto grau de legitimação, normatização e consenso, dessa forma, as práticas de cuidado vigentes em um determinado

momento histórico podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais.

Na linha de pensamento de Cecílio (2001) as necessidades podem funcionar como analisadoras das práticas de cuidado e a integralidade nos serviços de saúde pode ser definida como o esforço da equipe em traduzir e atender da melhor forma possível as necessidades de acordo com seu nível de complexidade.

Ainda Cecílio (2001) propõe uma taxonomia para as necessidades de saúde, organizando-as em quatro grandes grupos: necessidades de boas condições de vida; de acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; de criação de vínculos afetivos entre usuários e equipes de saúde; e necessidades de autonomia, em graus sempre crescentes, implicando na possibilidade de reconstrução dos sentidos de sua vida, repercutindo no seu modo de viver.

Para Egry (2008),

adotar esta autonomia para leitura das necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde, especialmente os vinculados à AB, pode favorecer a reflexão dos trabalhadores de saúde, de modo a reorientar a lógica do trabalho em saúde pela perspectiva da integralidade (EGRY, 2008a, p. 27)

Nesse sentido, Moraes (2008) em seu estudo para identificar processos de reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população pelos trabalhadores de equipes de saúde da família, concluiu que as concepções de necessidades relacionavam-se a agravos de saúde já instalados e más condições de vida, demonstrando um conceito de saúde ainda centrado na ausência de doença, reducionista e distante das realidades concretas dos sujeitos.

Nesse mesmo sentido, Campos e Bataiero (2013) apontam a tendência dos serviços de saúde de considerarem o conceito de necessidades de saúde de forma operacional, ou seja, aquele utilizado para selecionar o objeto da atenção à saúde.

Para Egry (2008), a identificação, a interpretação e a resposta às necessidades de saúde exigem das equipes de saúde um conjunto de ações articuladas e complementares, que devem estar presentes no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde, buscando alcançar os princípios de integralidade e equidade do SUS. A tomada de decisão sobre as necessidades de saúde presentes na dialética produção-consumo de atos de saúde deve considerar que a qualidade de vida dos grupos sociais é diferente, já que é

distinta a sua exposição aos processos de risco, bem como ao acesso a processos benéficos ou potencialidades de saúde.

Santos e Cubas (2012) ressaltam que

parte das necessidades de saúde pode ser satisfeita pelo setor saúde, quando a atenção a tais necessidades se dá por meio da integralidade das ações do setor saúde e outra parte na relação com os demais setores sociais na perspectiva da intersetorialidade, e por que não pensar em ação em rede, numa trama de ações articuladas no próprio setor saúde de um lado e de outro, na ligação deste com os demais setores sociais da comunidade (SANTOS e CUBAS, 2012, p. 20)

Nesse sentido, para Campos (2004) a atenção à saúde deve estar pautada na leitura de necessidades de saúde que apreenda as formas como os sujeitos se reproduzem socialmente. Assim, responder a necessidades de saúde significaria implementar processos de trabalho na perspectiva intersetorial, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde das diferentes classes sociais que compõem o território.

Para responder as necessidades em saúde e melhorar as condições de vida, Santos e Cubas (2012) afirmam que a Consulta de Enfermagem pode ser uma excelente ação associada a outras práticas, uma vez que pode orientar formas de captação de renda, de mudança para hábitos saudáveis de vida, ampliar o acesso do sistema de saúde (sem entendê-la como triagem), ampliar a confiança que o usuário tem nessa consulta na medida em que ele verifica mudanças benéficas em sua vida, e oferecer ao usuário e sua família possibilidades de apoio para o autocuidado, gerando autonomia para conduzir sua vida com qualidade.

3.3 – Concepções sobre a Consulta de Enfermagem na atenção ao pré-natal no âmbito da Saúde Coletiva

Neste tópico, apresentam-se os conceitos e tendências da Consulta de Enfermagem sob a ótica da Saúde Coletiva, entendida como um instrumento de trabalho da equipe de Enfermagem com enfoque nas necessidades de saúde do indivíduo/família/comunidade. Discorre-se acerca das possibilidades da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na saúde coletiva e sua relação com a integralidade da atenção, por meio de uma abordagem baseada na determinação social da situação de saúde.

Aborda-se, também, acerca do cuidado de enfermagem durante o pré-natal, uma vez que a Consulta de Enfermagem na assistência pré-natal guarda relação com as necessidades de saúde das gestantes, envolve sua família e a comunidade nesta prática.

Conforme Santos e Cubas (2012), a Consulta de Enfermagem caracteriza-se como uma atribuição legal, considerada como uma atividade-fim, presente nos serviços de saúde desde a década de 1960, fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS e na perspectiva de consolidação dos modelos assistenciais voltados às necessidades de saúde da população.

Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem podem e devem ser incluídos na execução do Processo de Enfermagem (PE) sob a supervisão do Enfermeiro, sendo que o PE quando realizado em espaços não hospitalares, é usualmente denominado de Consulta de Enfermagem, instrumento do trabalho da Enfermagem para documentar a assistência prestada e que precisa de um método sistemático (SANTOS; CUBAS, 2012, p. 35).

Dessa forma, neste estudo, os termos Processo de Enfermagem e Consulta de Enfermagem são considerados como sinônimos, diferindo apenas o local onde são executados, sendo, o primeiro em nível hospitalar e, o segundo, nos demais cenários de cuidado da Enfermagem. Utilizar-se-á, no decorrer das discussões, a expressão “Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem”, procurando garantir essa compreensão.

O trabalho desenvolvido na APS pelo enfermeiro carece de instrumentos capazes de nortear a assistência, dado a complexidade da prática da consulta, é necessário que seja realizada de forma crítica e reflexiva, com competência interativa com o usuário e com análise da determinação social do processo saúde-doença (SANTOS; CUBAS, 2012). Conforme Ledesma-Delgado e Mendes (2009), para os enfermeiros, a consulta está integrada aos cuidados rotineiros, ficando distante da teoria aprendida no ensino formal, o que pode resultar em uma prática pouco crítica e reflexiva.

Para Machado et al (2005), a consulta exige competência humana com vistas a estabelecer uma interação entre o enfermeiro e o usuário. Na APS, o enfermeiro ainda visualiza o indivíduo como seu objeto de intervenção, deixando de incluir a dimensão social deste (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Cabe salientar, neste contexto, o fato de que um serviço de APS não deve preocupar-se apenas com o atendimento de usuários com agravo instalado, mas também e, principalmente, com a Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos, por isso a Consulta de Enfermagem deve ser prática disponível para intervir nestas situações (SANTOS; CUBAS, 2012).

Em seu estudo, Oliveira et al (2012) reconhecem o potencial da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem como estratégia tecnológica de cuidado, importante e resolutive, respaldada por lei, privativa do Enfermeiro. Contudo, Santos e Cubas (2012) salientam que, para sua operacionalização, o enfermeiro necessita de um conjunto de conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser), os quais evidenciam sua competência profissional.

Os dicionários, ao exemplificar a aplicação do vocábulo ou do verbo consultar, ligam-no às profissões que tradicionalmente (e socialmente) tem em sua prática rotineira a consulta, ou seja, médicos, advogados e dentistas. Talvez este seja um fator que contribua para o não reconhecimento ou a estranheza no uso da palavra relacionada à enfermagem, embora o próprio COFEN refira seu uso há mais de cinco décadas (SANTOS e CUBAS, 2012, p. 35).

Importante contribuição trazem Lopes et al. (2007) quanto à percepção das ações da enfermagem pelas pessoas que desconhecem esta profissão. Os autores afirmam que os aspectos psicomotores, da ação propriamente dita, ou os aspectos afetivos, são passíveis de percepção, contudo os aspectos intelectuais que estão envolvidos no cuidar não ficam evidentes:

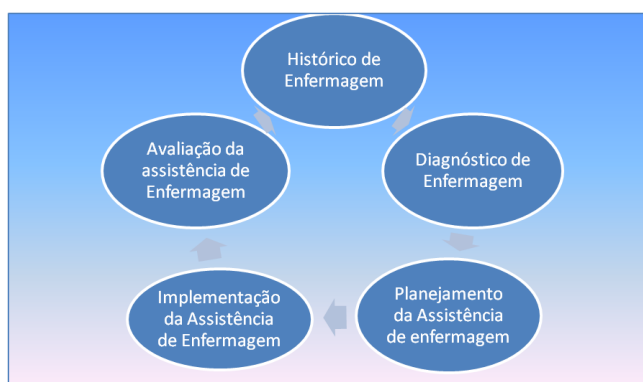
Tal situação é ainda mais prejudicada devido ao fato de que, com frequência, não se registra de modo sistemático, ordenado e compreensível o cuidado realizado, e nem o que o determinou; o descaso com o registro sistemático pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática, uma vez que ela não é explicitada no sistema de comunicação utilizado no campo da saúde (LOPES et al., 2007, pág. 116).

Santos e Cubas (2012) ressaltam a necessidade legal de registrar formalmente o que foi executado. Por vezes, o profissional executa muito mais do que anota ou anota situações aquém do que foram executadas, ocasionando, a invisibilidade do trabalho da enfermagem em sistemas de informações ou a ocorrência de uma contravenção.

Estudo de Abdonet al (2009) verificou que o registro do exame físico (parte do histórico de enfermagem) é insatisfatório e que isto pode estar relacionado ao grande número de dados coletados que precisam ser escritos, demonstrando a necessidade de que, na prática, os instrumentos de coleta sejam mais objetivos e ágeis.

Ao utilizar a Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem na prática assistencial, o Enfermeiro potencializa a qualidade dos serviços prestados e alguns benefícios são esperados, como a demonstração do caráter educativo da consulta, a troca de saberes; a aquisição de confiança e a construção de vínculos. A Consulta de Enfermagem ao ser aplicada concomitantemente a uma teoria que embasa o cuidado direciona o atendimento, facilitando sua organização reduz a frequência de internações, propicia ações de autocuidado e o desenvolvimento de processo comunicacional, como ponto de partida para o alcance da integralidade e da longitudinalidade por meio da detecção precoce de desvios de saúde e o acompanhamento das medidas instituídas (SANTOS; CUBAS, 2012).

Quanto ao caráter metodológico, a Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem possui etapas circulares, interligadas e inter-relacionadas, conforme a Resolução nº 358/2009 do COFEN, conforme apresentado no esquema 1.



Esquema1 – Esquema das Fases do Processo de Enfermagem (Consulta de Enfermagem).
Fonte: Santos e Cubas, 2012, p. 36.

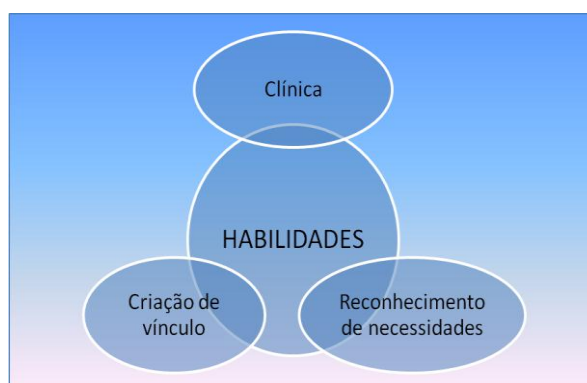
Para Santos e Cubas (2012), no espaço da AB, estas etapas devem ser direcionadas ao ciclo de vida do indivíduo, da família ou da comunidade que está sendo atendida, estabelecendo elementos essenciais para a prática da enfermagem, como, “o que os enfermeiros fazem (ações e intervenções) com relação a determinadas necessidades humanas (diagnósticos de enfermagem) para produzir determinados resultados” (SANTOS; CUBAS, 2012, p. 45).

Na saúde coletiva, Barros et al. (2007) afirmam que busca-se tomar como o objeto do processo de trabalho em saúde, as necessidades e as intervenções específicas da profissão, na assistência e no cuidado dos indivíduos, famílias e grupos sociais.

Na coleta de dados (etapa do histórico de enfermagem) é propício garantir espaço de escuta, rompendo barreira na comunicação, possibilitando a exposição dos motivos de busca pelo serviço, na ótica do usuário e a identificação das demandas de cuidado para além das exclusivamente físicas. Por se tratar de APS se preconiza considerar a determinação social do processo saúde-doença, é importante que esta etapa possa se basear nas duas primeiras fases da TIPESC – a Captação e a Interpretação da Realidade Objetiva (abordando dados estruturais da sociedade, do macro e do microgrupo) (SANTOS; CUBAS, 2012).

Contudo, Nascimento et al. (2007) afirmam que a Enfermagem, como profissão da área de saúde e presente nas equipes multidisciplinares, tomou para si parte do modelo tradicional, baseado na rigidez das ações, especialização do saber, tecnicista e rotineiro.

Para o estabelecimento de um Diagnóstico de Enfermagem são necessárias três condições ancoradoras e determinantes do efetivo raciocínio clínico, conforme esquema 2, habilidade clínica relacionada à execução do exame físico (completo ou direcionado à queixa e/ou ciclo de vida); habilidade para o reconhecimento das necessidades de saúde, ancoradas na determinação do processo saúde-doença; e, habilidade para criação de vínculo (SANTOS; CUBAS, 2012).



Esquema2 – Esquema das habilidades a serem desenvolvidas para coleta de dados na CE.
Fonte: Santos e Cuba, 2012, p. 38.

No espaço de estabelecimento de Diagnósticos de Enfermagem, Santos e

Cubas (2012) citam o esforço do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) para o estabelecimento de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, direcionados a clientela específica ou focos de atenção, denominada Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE).

Também, uma taxionomia que apresenta diagnósticos validados é a NANDA Internacional (North American Nurse Association, 2009). Ainda, para a integração de modelos de taxionomias foi proposta pela Organização Internacional de Padronização (ISO) a ISO 18.104/2003 Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 2003).

No planejamento e implementação das intervenções é necessário levar em consideração, além dos aspectos teóricos e das evidências que sustentam o cuidado, os referenciais culturais de quem está recebendo a assistência. É preciso considerar que trabalho da enfermagem não é concluído como um produto e sim como uma satisfação de necessidades de quem o procura, portanto, o papel co-participante de quem usa o serviço é essencial para sua efetividade (SANTOS; CUBAS, 2012).

Cabe salientar que Resultados e Intervenções de Enfermagem também possuem taxionomias, como a Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK Ed, 2004) e a Classificação de Resultados de Enfermagem – NOC (MASS et al, 2008), além da CIPE e da ISO 18.104/2003, ambos já citados anteriormente.

Barbosa et al (2007) verificaram que valorizar a cultura e o saber popular, ancorado por escuta ativa, é fator decisivo para a regularidade e frequência da clientela a um programa, conferindo estabelecimento do vínculo, ampliando a abordagem profissional e a autoconfiança do binômio profissional-população para os novos saberes construídos.

Para Santos e Cubas (2012) é o próprio cuidado que fornece o indicativo de quais tecnologias são necessárias para determinada situação se é a tecnologia dura, leve-dura ou uma leve.

Quanto à avaliação do cuidado prestado, entendida como resultado alcançado é considerada essencial para a longitudinalidade da assistência. Os indicadores de resultados podem mostrar a responsabilidade da Enfermagem e sua contribuição para o tratamento de saúde (ALMEIDA et al. , 2008).

Neste sentido, para Lima et al (2010), os protocolos da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem que possibilitem avaliação sistemática, periódica e sucessiva do usuário, com planejamento das intervenções e priorização das atividades, viabiliza a obtenção de resultados satisfatórios, e também gera sentimento de satisfação profissional.

Quando os próprios enfermeiros avaliaram o uso da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem em seu trabalho diário nas UBS, declararam que há o reconhecimento do trabalho específico do enfermeiro, que reflete em confiança e melhor relacionamento com o usuário, bem como a identificação do seu papel na equipe (CUBAS et al, 2006).

Nesse sentido, Lopes et al. (2007) consideram que o cuidar, para as Enfermeiras, além de ser um imperativo moral, pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo profissional, não negociável.

Poucos são os estudos direcionados ao tempo e ao custo da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem, mas Margarido e Castilho (2006) verificaram que esta consome tempo significativo (49 minutos para consulta inicial e 22 minutos para as subseqüentes) e que seu custo ultrapassa o repasse do SUS. Ressaltam a importância dos enfermeiros conhecerem o tempo e o custo da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem, para justificar sua presença e os recursos necessários para torná-lo efetivo.

Assim, Santos e Cubas (2012) salientam que a Consulta de Enfermagem pode ser inserida em instituições que buscam a qualidade do serviço. Já Silva et al (2010), entendem que, para a implantação da CE/PE, faz-se necessária a adoção de estratégias de replanejamento e controle para maximizar os resultados.

Contudo, inúmeros fatores são limitadores na aplicação da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem, como à sobrecarga de trabalho e a falta de tempo (WALDOW, 2001). A falta de conhecimento das etapas do Processo, a baixa qualidade da educação profissional e a incipiência de informações da coleta de dados (POKORSKI et al, 2009).

Para Waldow (2001), a saída pode estar em opções mais viáveis da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem, com uso mais prático e reduzido focalizando as necessidades de quem está sendo cuidado.

Santos e Cubas (2012) apresentam alguns pré-requisitos para a viabilidade da implantação da Consulta de Enfermagem como a colaboração coletiva da equipe

de enfermagem; escolha de uma teoria que embasará o cuidado; instrumentos de coleta de dados ou adaptação dos já existentes, bem como sua validação por quem vai utilizá-lo; nomenclatura para nominar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e um processo de educação continuada e/ou permanente para os profissionais.

Para implementação da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem, é necessário a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), caracterizada pelo planejamento realizado por Enfermeiro, incluindo a elaboração de manuais de normas e rotinas e padronização de ações e registros. A SAE é atividade privativa do Enfermeiro assegurada por lei, devendo ser constituída em cinco etapas inter-relacionadas, a saber: coleta de dados (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem) (COFEN, 2009).

Existem diversas maneiras ou métodos de sistematizar a assistência de enfermagem, como os planos de cuidado, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem (BASTON; HALL, 2010).

Nesse sentido, Oliveira et al (2012) afirmam que a Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem deve ser norteada pela SAE, de modo que o cuidado de enfermagem seja adequado, individualizado e efetivo.

De acordo com Silva et al (2011), a SAE é uma metodologia de cuidado que se inicia a partir de um julgamento da Enfermeira sobre as necessidades da clientela. A relevância de interiorizar e incorporar no *ser* enfermeira o cuidado integral e organizado, a partir da ação sistematizada, por certo contribuirá para resultados positivos na atenção à clientela.

Neste sentido, Santos e Cubas (2012) salientam que a SAE caracteriza o agir específico da prática de cuidar, por meio do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, colaborando com a integralidade da atenção à saúde.

Nesta premissa, Reis e Andrade (2008) verificaram, em seu estudo, que a enfermeira tem uma visão fragmentada da assistência à saúde da mulher, pautada nas queixas físicas. Não consegue definir a integralidade, apesar de, no discurso, referir um cuidado holístico.

Inúmeros autores confirmam a importância da utilização da SAE pelo profissional Enfermeiro. Lopes et al (2007), afirmam que, por meio da SAE, são justificados não somente o cuidado de Enfermagem que foi prestado, mas a própria

razão de ser da profissão, documentá-los, portanto, deveria ser uma decorrência não somente rotineira, mas, sobretudo, necessária.

Para Silva et al (2011), a SAE mostra-se como elemento integrado na prática do cuidado de enfermagem, com etapas interdependentes que elevam, valorizam e validam a assistência autônoma e específica de enfermagem.

Nascimento et al (2008), consideram a SAE como importante instrumento técnico-científico capaz de assegurar a qualidade e a continuidade da assistência, proporcionar autonomia ao Enfermeiro, respaldo seguro do registro e promover a aproximação do Enfermeiro com o usuário e com a equipe multiprofissional.

Para Venturini et al (2009) a SAE assume papel de indicador de qualidade, visto que é reconhecida como um guia que promove o conhecimento das ações desenvolvidas no processo de cuidado e um sensor na detecção de falhas.

As metodologias de cuidado para Nascimento et al (2007), sejam quais forem as suas denominações, representam uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da Enfermagem.

Especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Varela et al (2012), assinalam que os profissionais em meio aos obstáculos que perpassam sua prática profissional acabam por não efetivarem a SAE de maneira integral. Salientam a necessidade de avançar nesta perspectiva, com vistas a permitir o registro de toda a assistência ofertada ao usuário e a possibilidade de construção de um saber próprio e autônomo da profissão Enfermagem.

Outro resultado pertinente do estudo acima citado se refere à constatação de que a SAE na ESF caminha a passos lentos. Para que a mudança ocorra é necessário que a Enfermagem reorganize o seu saber e a sua prática, e que as instituições ofereçam um arcabouço estrutural, organizacional e orçamentário para a efetiva da aplicação da SAE.

Barros et al (2007) citam o projeto Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) como importante ferramenta no auxílio à operacionalização da SAE na APS. A CIPESC demonstra o que faz a Enfermagem nos serviços básicos de saúde, além de analisar o porquê deste fazer, salientando que sua aplicabilidade, assim como a SAE, depende do envolvimento do profissional na prática de Enfermagem.

Ainda sobre os projetos CIPESC e CIPE (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem), Barros et al. (2007) salientam que estes aproximam-se

mais das necessidades biopsicossociais dos usuários, sendo que, o primeiro busca padronizar a linguagem em atenção básica à saúde e, o segundo, é um marco unificador das diferentes classificações do processo saúde-doença.

Nesta proposta de cuidado, Alves et al. (2013) declararam, no seu estudo que a SAE articulada aos diagnósticos de Enfermagem da CIPESC trará benefícios imensuráveis para a Enfermagem, pois possibilita a avaliação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais da família e coletividade, além de permitir a autonomia e a participação resolutiva dos profissionais. Contudo, salientam que é necessária a apropriação destes conhecimentos e a transformação dos mesmos em pilares do fazer de cada profissional no seu espaço de trabalho.

Assim, na perspectiva de uma atenção diferenciada e integral, tendo o usuário como foco e objetivo a Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem no âmbito da APS, além de manter relação com o modelo proposto para a assistência prestada pela Enfermagem, necessita ser ancorada pelos pressupostos da saúde coletiva, bem como pelos princípios do SUS (SANTOS; CUBAS, 2012).

No cenário de assistência pré-natal, quanto à Consulta de Enfermagem o Decreto nº 94.406/87 (COFEN, 1987) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) afirmam que o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo profissional Enfermeiro. Segundo a Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986 (COFEN, 1986), compete ao Enfermeiro a realização da Consulta de Enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem, privativamente, e, como integrante da equipe de saúde, está capacitado legalmente para desenvolver as ações de prescrever medicamentos, desde que estabelecidos protocolos de programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

No entendimento de Baston e Hall (2010), na Consulta de Enfermagem no pré-natal, o Enfermeiro tem suas ações voltadas tanto para a assistência às mulheres quanto para os aspectos preventivos direcionada para a educação em saúde. Contudo, salientam que para uma assistência eficiente, torna-se necessário a realização do diagnóstico de enfermagem, para subsidiar a elaboração do plano de atuação cujos resultados trarão benefícios para o profissional, para as usuárias e para a instituição.

Em relação a aplicação da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, Guerreiro et al. (2012) apontam que o cuidado vem sendo incorporado à prática na assistência,

porém com diversas conotações que variam de uma abordagem tecnicista a uma visão mais humanizada.

Já para Shimizu e Lima (2009), a Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem desponta como importante instrumento para a humanização da assistência, ampliação da cobertura pré-natal e melhoria da qualidade dos cuidados dispensados neste período, pois propicia o desenvolvimento sistemático de ações preventivas e promocionais da saúde das gestantes.

Em relação a Consulta de Enfermagem desenvolvida por Enfermeiros estudos apontam que há satisfação das gestantes com o cuidado na consulta de pré-natal realizada por estes profissionais e que no início do atendimento, as gestantes compreendem a Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem como serviço complementar à consulta médica, contudo, no decorrer dos atendimentos fazem a diferenciação, avaliando-a positivamente como um espaço de diálogo e de educação em saúde (SHIMIZU; LIMA, 2009; GUERREIRO et al., 2012).

Neste contexto, Peixoto et al (2011), afirmam a importância do acompanhamento pré-natal ser conduzido por médico e enfermeiro, visto que estes têm características específicas em suas consultas, mas complementares na atenção às usuárias do serviço de saúde.

Quanto às etapas da Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem no pré-natal, Baston e Hall (2010) sugerem o uso de um instrumento próprio para a etapa de coleta de dados adequado à teoria de enfermagem escolhida para sustentar a prática do cuidado.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, Freitas (2008) aponta que na consulta de pré-natal de baixo risco, o uso dos diagnósticos envolve um processo de análise e interpretação das informações obtidas para a tomada de decisões sobre a situação de saúde das gestantes, ou seja, a identificação e definição de problemas.

Quanto ao planejamento de enfermagem, Baston e Hall (2010) consideram que se trata da prescrição de enfermagem, caracterizada pelo conjunto de ações decididas pelo profissional Enfermeiro que direciona e coordena a assistência de enfermagem à gestante de forma sistemática e individualizada.

Segundo Peixoto et al (2011) para realização de um pré-natal de qualidade, a Consulta de Enfermagem/Processo de Enfermagem deve abordar fatores de natureza física, econômica, emocional e familiar, visto que, estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta e, conseqüentemente, na qualidade do

acompanhamento, também, um diagnóstico baseado em necessidades e problemas se faz importante para alcançar a integralidade da assistência.

Portanto, parece pertinente que, ao prestar assistência de enfermagem, se utilize a Consulta de Enfermagem como instrumento com grande potencial para qualificar a assistência. A Consulta de Enfermagem pautada nas necessidades em saúde, entendidas como boas condições de vida, acesso à saúde, vínculo e autonomia no modo de levar a vida, por certo contribuirão para elevar os índices de qualidade de vida das pessoas.

3.4 - O pré-natal na Saúde Coletiva sob ótica da Rede Cegonha

Neste tópico contextualiza-se a atenção ao pré-natal na Saúde Coletiva, discutindo o escopo teórico das Redes de Atenção à Saúde que são a base definidora da Rede Cegonha, justificando o porquê da utilização do termo Saúde Coletiva e a relação desta com os pressupostos da ESF, local do presente estudo.

A Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1,459, foi lançada pelo MS em 2011, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011a).

Está embasada nos pressupostos das Redes de Atenção à Saúde, conforme a Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Esta Portaria estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, a qual tem o objetivo de integrar ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, por meio da ampliação do acesso, da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Em contrapartida, para Carneiro (2013), a Rede Cegonha aparece como política de saúde de âmbito nacional, que se vê questionada quanto à validade de

sua extensão, num país carente de políticas públicas, plural em termos de costumes, estilos de vida e composto por mulheres urbanas, rurais, indígenas, negras, pobres, ricas, com distintas orientações religiosas, saberes tradicionais, crenças e modos de existência.

Conforme Brasil (2011), a Rede de Atenção à Saúde caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na ABS, pela centralidade nas necessidades em saúde, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

De acordo com Portaria/GM nº 4279/10, uma das atribuições da Rede de Atenção à Saúde é a AB estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada no sistema, com equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde, por meio de uma atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população (BRASIL, 2010).

Efetivar os pressupostos da AB e estruturar redes de atenção representa possibilidades de assegurar a integralidade desta. Assim, a AB passa a ter papel fundamental na hierarquização do sistema de saúde, na integralidade da atenção e equidade na disponibilização e utilização dos recursos. (OHARA e SAITO, 2014).

Conforme Santos e Cubas (2012), a ESF é uma estratégia política que visa promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde, fundamentada em nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

No que se refere à atenção ao pré-natal nesse nível de atenção, Baston e Hall (2010) consideram ser necessário uma assistência a partir de um contexto físico, emocional, psicológico, espiritual, social e cultural. Ainda, salientam que, para muitas mulheres, os cuidados pré-natais são sua primeira apresentação aos serviços formais de atendimento à saúde.

Neste sentido, Mendoza-Sassiet al. (2011) em seu estudo transversal, verificaram a existência de um processo de atenção ao pré-natal mais completo no modelo da ESF quando comparado com o tradicional. Assemelhando-se com resultados de outros estudos (RIBEIRO et al., 2004; FACCHINI et al., 2006; CALDEIRA et al., 2010). Também, conforme Duarte (2012), com a expansão desta

estratégia, a atenção ao pré-natal ocorre multidisciplinarmente, permitindo que as responsabilidades sejam compartilhadas.

Segundo Caldeira et al. (2010), não existe prejuízo da prática assistencial à gestante de risco habitual nas unidades da ESF em relação às unidades tradicionais. Reforçam a importância da ESF e a necessidade de investimentos contínuos na educação permanente dos profissionais do cuidado materno-infantil de ambos os serviços.

Em contrapartida, Peixoto et al (2011) constataram que ainda há dificuldades para garantir às gestantes um acompanhamento pré-natal de qualidade na ESF.

Costa et al (2009) verificaram que no PSF, apesar de avanços como a melhor adesão das gestantes ao pré-natal e maior facilidade de acesso proporcionada pelo Agentes Comunitários de Saúde, persiste uma atenção à saúde da gestante fragmentada, com fortes características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica.

Já Costa et al (2013), evidenciou que as inadequações do atendimento pré-natal na rede básica de saúde estavam relacionadas ao início tardio do pré-natal e à pouca participação em atividades educativas.

Apesar do aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS (de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010), esse indicador ainda apresenta diferenças regionais significativas.

Em contrapartida à essa ampliação na cobertura do pré-natal, continua elevada a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica se mantém como a causa mais freqüente de morbi-mortalidade materna e perinatal no Brasil, sinalizando comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2011b).

Estudo de coorte no Município de Pelotas/RS, no sul do Brasil, demonstrou melhora dos indicadores de cobertura de pré-natal relacionados à média de consultas e ao trimestre de início do pré-natal. Estes resultados na atenção ao pré-natal podem ser melhorados com a adoção das estratégias e condutas previstas em manual técnico do MS (MENDOZA-SASSI et al., 2011).

Para Donabedian (1984), o cumprimento das normas e das regras pode melhorar a qualidade na atenção, quando o foco da análise é o processo, uma vez que orientam os responsáveis pela assistência sobre o cumprimento de determinadas práticas, que, quando cumpridas, deverão garantir melhor resultado.

Nesta ótica, a padronização de certos procedimentos e cuidados à saúde da gestante, mediante a utilização de protocolos poderá contribuir com a atenção de qualidade para todos os usuários do sistema de saúde (MENDOZA-SASSI et al., 2011).

Neste sentido, conforme Brasil (2011) para se considerar o pré-natal qualificado vários aspectos necessitam ser observados. Tais aspectos complementam-se e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito da RC, como a captação precoce da gestante para confirmação da gestação na UBS, realização de todos os exames e disponibilidade dos resultados em tempo oportuno, avaliação de risco e vulnerabilidade gestacional (salientando que a AB deve continuar o acompanhamento das gestantes de risco, de modo a manter o vínculo e a prestação de cuidado integral à gestante e à família). Ainda, a vinculação da gestante ao local onde será realizado o parto, o sistema de informação necessita ser alimentado (Sisprenatal WEB) e os relatórios parciais precisam ser utilizados como subsídio para a tomada de decisão e melhoria do processo de trabalho, o apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para realização das consultas de pré-natal e do parto (como forma de estimular a captação precoce e a realização de todas as consultas e exames preconizados no protocolo da atenção básica) (BRASIL, 2011b).

É fato que as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde compreendem a importância de se reconhecer e buscar o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Neste sentido, a Rede Cegonha busca garantir uma atenção à saúde da gestante embasada nas suas necessidades de saúde para garantir a integralidade do cuidado. Ainda, reconhece a AB como porta de entrada do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Todas as gestantes devem realizar o pré-natal, reportando-se à ESF como estratégia prioritária para a reorganização deste nível de atenção, o que deixa evidente a necessidade dos profissionais assumirem o preconizado pelo MS, além de embasar sua prática profissional nos pressupostos da Saúde Coletiva, de forma a garantir que as necessidades de saúde da gestante, da família e da comunidade sejam trabalhadas.

4. Referencial Teórico: A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPEsc

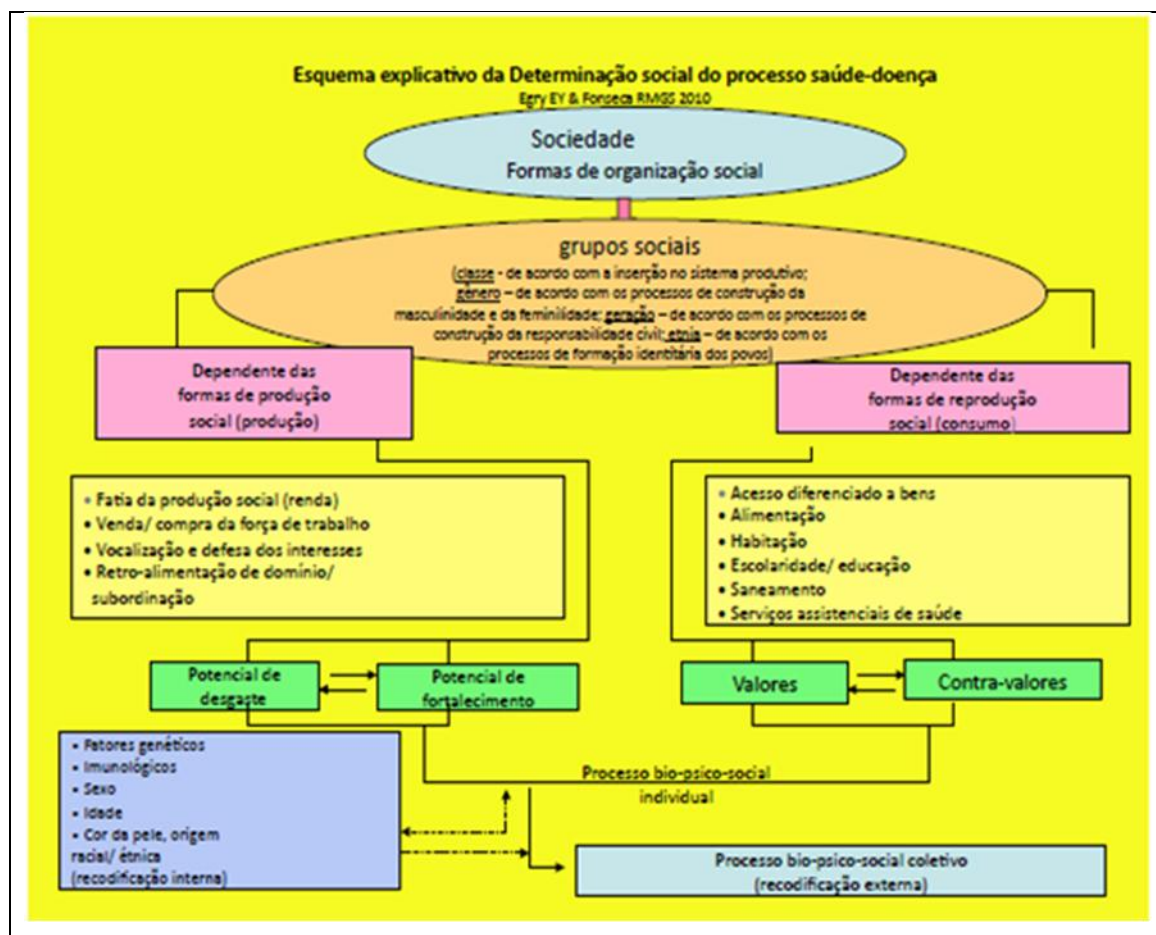
O presente estudo utilizará como referencial teórico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPEsc, proposta por Egry no ano de 1996.

A TIPEsc é uma teoria de enfermagem, assentada na visão de mundo materialista, histórica e dialética que busca a intervenção da Enfermagem por meio de uma metodologia dinâmica e participativa. É uma forma de sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social, referentes à saúde-doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e prosseguir reinterpretando a realidade objetiva para novamente interpor instrumento de intervenção (EGRY, 2008a, p. 03).

De acordo com Silva e Almeida (2000), Egry critica a produção teórica no Brasil embasando-se no fato de que as bases teóricas da enfermagem brasileira apresentam três questões principais: uso de modelos alienígenas sem adequação à realidade brasileira, não articulação da teoria com o processo de trabalho e a não emergência da teoria da problematização social; sendo, a primeira teórica de enfermagem no país voltada ao campo da saúde coletiva.

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 sendo 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, 2008a).

O esquema 3 apresenta o esquema da determinação social do processo saúde-doença proposto por Egry e Fonseca, considerado como uma das categorias conceituais da TIPESC.



Esquema3 – Esquema explicativo da determinação social do processo saúde-doença.
Fonte: Egry, 2011, p 07.

Para Lacaz (2001), em relação à desigualdade e a pobreza, a abordagem marxista de classe, é de extrema importância para a superação da visão largamente difundida nos anos 50 e 60 do círculo vicioso da pobreza e da doença. Esta abordagem explica a ocorrência dos agravos à saúde devido à pauperização das populações carentes.

Nesta linha de pensamento é preciso considerar que a qualidade de vida de cada classe social é diferente, como também é diferente a sua exposição a processos de risco e o acesso a processos benéficos ou potencialidades de saúde (QUEIROZ e EGRY, 1988).

A TIPESC tem suas raízes em duas bases filosóficas, a historicidade e a dinamicidade. A primeira encontra-se ancorada no materialismo histórico e

caracteriza a mobilidade constante da história, o vir-a-ser contínuo das transformações sociais, tem como qualidades a provisoriedade, a instabilidade, a labilidade, a imperfeição e a precariedade. Enraizada na historicidade está a visão do desenrolar da história que procura a causa final e a grande força motriz de todos os acontecimentos importantes no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção e de troca, na conseqüente divisão da sociedade em classes distintas e na luta entre elas (EGRY, 2008a).

A segunda base filosófica, a dinamicidade, sustenta-se no modo dialético de pensar, cujo conceito chave é a contradição, entendida como oposição entre dois pólos incompatíveis, um negando, o outro, afirmando ao mesmo tempo e sobre a mesma coisa. A dialética que a dinamicidade reporta-se é a dialética materialista, cuja contradição é o próprio motor interno do desenvolvimento (EGRY, 2008a).

Desta forma, as bases filosóficas da TIPESEC estão em conformidade com a compreensão do materialismo-histórico e do materialismo dialético. Sob esta ótica, os fenômenos de saúde são compreendidos como resultado da organização social para a produção/consumo. Os seres humanos dependem desta produção/consumo para suprirem suas necessidades vitais, assim “transformações no modo de produção e reprodução social de um determinado momento histórico geram igualmente transformações na saúde humana” (PERNA; CHAVES, 2008, p. 3).

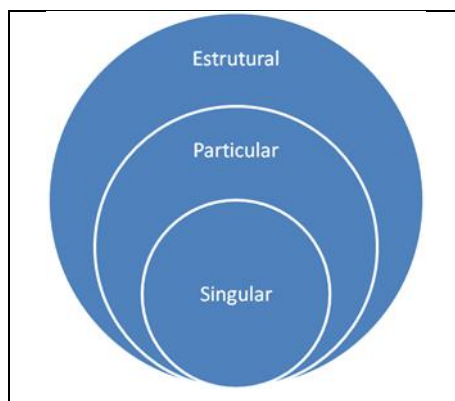
O caráter histórico da existência e sua compreensão dialética exigem, pois, que se leve em consideração uma teoria do conhecimento que articule historicidade e materialidade da existência humana. “É por essa razão que a captação da realidade objetiva – a organização humana para o trabalho – é parte constituinte da TIPESEC” (PERNA; CHAVES, 2008, p. 4).

Baseado em Queiroz e Egrý (1988), a compreensão da realidade objetiva consiste em compreender que esta existe independentemente e fora da consciência humana, em três dimensões:

- A dimensão estrutural é formada pelas relações econômicas, sociais e político-ideológicas derivadas dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade em um determinado período histórico;
- A dimensão particular é formada pelos processos de reprodução social (produção/consumo) expressos nos perfis epidemiológicos indicativos do processo saúde-doença vivido pelas distintas classes sociais;

- A dimensão singular é formada pela expressão do processo saúde-doença de cada indivíduo, em sua classe social, e no qual o desgaste físico e psíquico (doenças, agravos, entre outros) ocorre em suas especificidades, no entanto, sempre determinados pelo tipo de inserção do sujeito na produção.

A esquema 4 demonstra as três dimensões da realidade objetiva, cada uma delas representando um âmbito ou enfoque, no qual esta realidade será analisada.



Esquema 4: Esquema das dimensões da realidade segundo a TIPESC.
Fonte: Dutra. 2014.

De acordo com Egry (2008), para o desenvolvimento da TIPESC, cinco fases são importantes de serem percorridas, mesmo que haja simultaneidade algumas vezes em duas fases, sendo elas:

- Captação da realidade;
- Interpretação da realidade objetiva (busca das contradições dialéticas da realidade objetiva);
- Planejamento da intervenção na realidade objetiva (no qual se estabelecem as prioridades, de acordo com as vulnerabilidades de espaço, conteúdo e forma);
- Intervenção na realidade objetiva (quando se coloca em ação o que foi planejado para a superação das contradições dialéticas da realidade objetiva);
- Reinterpretação da realidade objetiva (etapa em que se avaliam processos e produtos, buscando a explicitação das contradições dialéticas advindas da execução de cada uma das fases anteriores).

Nas etapas de captação, interpretação e intervenção, a assistência de enfermagem baseia-se nas leis da dialética: a lei da unidade e luta dos contrários, lei da passagem de transformações quantitativas para novos estados qualitativos e a lei da negação da negação (EGRY, 1996).

Conforme Perna e Chaves (2008), na aplicação da lei da unidade e luta dos contrários, o objetivo é refletir sobre as contradições para se identificar os seus pontos vulneráveis e de possível modificação, identificando, ainda, o grau de governabilidade do profissional sobre as dimensões e contradições que estão determinando o fenômeno, com vistas à modificá-lo e alcançar a realidade desejada.

A lei da passagem de transformações quantitativas para novos estados qualitativos pode ser percebida no momento da intervenção, já que “as transformações qualitativas são resultados de mudanças que acumuladas (quantitativamente), levarão à modificação do fenômeno” (PERNA; CHAVES, 2008, p. 22).

Quando se verifica a mudança qualitativa do fenômeno, uma nova realidade objetiva se estabelece, negando-se, portanto, a realidade anterior e, colocando-se um novo horizonte para o profissional retomar o processo dialético; aqui está a lei da negação da negação (nega-se a realidade anterior e identifica-se uma nova que mantém as marcas características da anterior, mas que é qualitativamente diferente) (PERNA; CHAVES, 2008).

Assim, a intervenção no processo saúde-doença vai muito além da assistência possível de ser prestada no setor saúde e, as políticas adotadas pelos Estados são definidoras de como o indivíduo viverá, adoecerá e morrerá em uma determinada realidade, demonstrando que, para se conseguir mudanças efetivas na saúde, necessita-se de mudanças na sociedade que atinjam, principalmente, a lógica da produção/apropriação dos bens e riquezas (PERNA; CHAVES, 2008).

De acordo com Silva e Almeida (2000), a TIPESC respalda-se nos postulados da Reforma Sanitária brasileira vinculada ao projeto de mudança radical da sociedade por meio da saúde; salienta ainda que, na enfermagem, cuja prática se vincula ao indivíduo, família e grupos específicos, uma teoria que se apóie nas explicações de âmbito estrutural, isto é, nos aspectos macrosociais, deve se adequar aos aspectos do microcosmo social, domínio e espaço prático da enfermagem (SILVA; ALMEIDA, 2000, p. 50).

“O escopo teórico da TIPESC apresenta categorias conceituais e dimensionais, por meios das quais é possível estabelecer a compreensão dos fenômenos de uma dada coletividade” (MORAIS, 2008, p. 43)

Conforme Egry (1996, p. 51), “a categoria conceitual representa um conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus

espaços as partes interligadas do fenômeno considerado”. As categorias dimensionais referem-se ao conjunto de noções que lidam com o processo de desenvolvimento da teoria, no seu prisma operacional e que, por não possuírem bordas rigidamente definidas, atravessam-se umas às outras (EGRY, 1996).

Os principais conceitos da categoria conceitual são sociedade, homem, processo saúde-doença, saúde coletiva, assistência à saúde coletiva, processo de ensinar e aprender e enfermagem, já, as categorias dimensionais são representadas pela totalidade, práxis e a interdependência do estrutural, do particular e do singular (EGRY, 1996).

Conforme Egly (2011), a categoria conceitual deve ser compreendida na perspectiva de mediação para a compreensão do fenômeno e pode ser considerada também, como um conhecimento mais próximo do particular do que o estrutural. Cada categoria conceitual sofre processo de redefinição contínua, significando que além de afirmar os elementos de sua constituição interna, abre pólos para as novas totalizações.

Quanto às categorias conceituais, conforme Egly (2006):

- Na perspectiva da saúde, a sociedade é a base que fundamenta as possibilidades e necessidades sociais, pois, enquanto processo saúde-doença articulado e dependente das formas de trabalho (produção social) e de vida (reprodução social), o conhecimento acurado sobre a forma histórica e particular de estruturação da sociedade torna-se imprescindível, na busca de elementos de vulnerabilidade;
- O homem é entendido como um ser biológico e social. É um ser de vida social que, ao pertencer a diferentes classes sociais, condiciona diferentes condições de vida, de saúde e de assistência à saúde. É um ser histórico porque, transformando-se, transforma a sociedade.
- O processo saúde-doença é a resposta dinâmica que as classes sociais manifestam de forma diferenciada, de acordo com sua inserção no sistema de produção frente aos determinantes sociais, resposta esta dada pelas características de riscos e de potencialidades que são reflexos do processo biológico de desgaste.
- A saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença, incorporando o método materialista dialético. Coloca-se como recurso de luta popular e da crítica-renovação

estratégicas do 'que-fazer' estatal. Propõe uma ação para a mudança radical. Tem como objeto o corpo social;

- A assistência à saúde coletiva refere-se à interferência consciente (sistemizada, planejada e dinâmica) no processo saúde-doença de uma dada coletividade, consideradas as distinções dos grupos sociais, realizada pelo conjunto de trabalhadores de saúde com a coletividade, objetivando a transformação do perfil de saúde-doença;

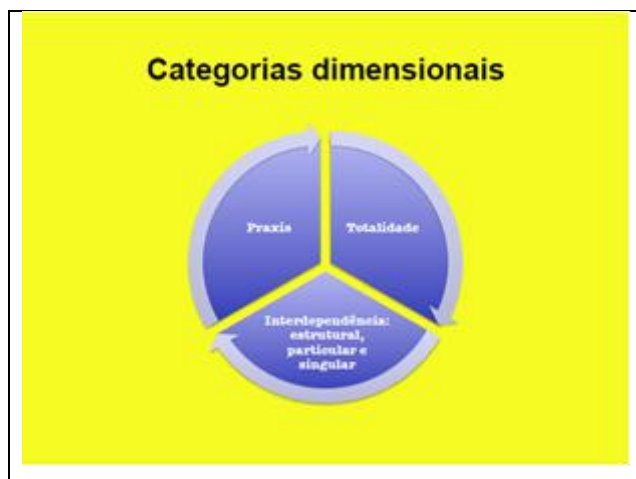
- O processo de ensinar-aprender é entendido como um compartilhamento de experiências entre o educador e o educando, vivenciado, na prática, a busca conjunta de soluções para as questões a serem enfrentadas. É necessário levar em conta as experiências anteriores que cada educando possui. Na enfermagem tem como ponto de partida a relação concreta da prática e, numa relação dialética entre a teoria e prática, tenta estabelecer a devida relação entre o existente e o possível, entre o conhecimento construído e aquele a ser construído, entre a competência técnico-científica e a política. O que garante o ato educativo emancipador é a decisão de intervir para transformar.

- O conceito Enfermagem é entendido como prática social, executada com instrumentos próprios e procedimentos baseado em conhecimento científico. Constitui-se pelo conjunto de relações sociais da sociedade em que se insere e, assim, é histórica e está socialmente determinada. A intervenção no processo saúde-doença deve ser realizada considerando-se as distinções das classes sociais a que pertencem os sujeitos-alvo desta intervenção, uma vez que a qualidade de vida está efetivamente distinta, a depender da classe social a que pertence o usuário. Ainda, não se concebe uma ação que não tenha o suporte de uma teoria

Sobre as categorias dimensionais representadas pela Totalidade, Práxis e Interdependência: estrutural, particular e singular, Egry (2011) afirma que

São o conjunto de noções que lidam com o processo de desenvolvimento da teoria o seu prisma operacional. Dá relevância à trajetória processual e prática da intervenção nas perspectivas da Situacionalidade, do Horizonte e da Participação. Enquanto as categorias conceituais podem ser consideradas a trama do tecido que abarca o fenômeno, as categorias dimensionais são o design deste tecido (EGRY, 2011, p.08).

O esquema 5 demonstra o esquema construído por Egry para representar as categorias dimensionais.



Esquema 5 – Esquema das categorias dimensionais da TIPESC.
Fonte: Egry, 2011, p. 09.

Assim, Egry (2008a) ressalta que:

- A Totalidade é a categoria chave para a integralidade, pois expressa a relação do todo com a parte e das partes entre si (não quer dizer todos os fatos nem todas as partes); caracteriza-se pela relatividade histórica, é mutável, desintegrável e limitada a um período concreto e determinado. Cada realidade e cada esfera dela são totalidades de determinações, de contradições atuais ou superadas. Ainda, “a totalidade-parte, considerada como objeto da intervenção, deve ser sempre relacionada com as demais partes do todo e às totalidades imediatamente superiores e imediatamente inferiores a ela”. (EGRY,2006, p.81)

- A Interrelação entre o Estrutural, o Particular e o Singular permite, simultaneamente, iluminar as diferentes partes do objeto fenomênico e expor a dialética entre as partes referidas ao todo (Egry, 2006).

Na medida em que, a Estrutural é formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e do desenvolvimento das relações de produção, da formação econômica e social e das formas político-ideológicas derivadas; a Particular é formada pelos processos de reprodução social, perfis epidemiológicos de classes, integrado pelos perfis reprodutivos de classes e perfis de saúde-doença, e formas especiais de prática e ideologia em saúde; e, por fim, a Singular é formada pelos processos que em última instância levam a adoecer e a morrer (potencial de desgaste), ou ao contrário, a desenvolver o nexos biopsíquico (potencial de fortalecimento), pelo consumo-trabalho (produção e reprodução)

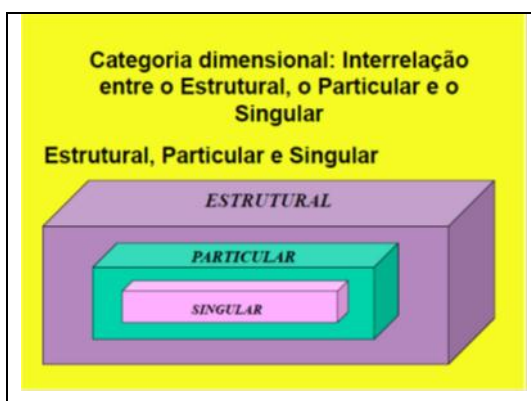
individual e pelas formas de participação e construção da consciência (Egry, 2008b, p. 14, 15 e 16).

Assim, conforme Egry (2006, p. 84), a dimensão estrutural se reporta “aos aspectos mais macroscópicos ou macroestruturais do objeto focalizado”, sendo, no presente estudo, representado pelas políticas públicas vigentes orientadoras da assistência ao pré-natal.

Na dimensão particular, a autora explica que, “cada momento produtivo corresponde a um momento reprodutivo particular e da combinação de ambos dependem os padrões de desgaste-reprodução que originam o processo saúde-doença dos grupos sociais” (Egry, 2006, p. 85), assim, o momento produtivo-reprodutivo foco deste estudo é a Consulta de Enfermagem na assistência ao pré-natal que, a depender do modo como se estabelece, atenderá ou não às necessidades de saúde da gestante. Esta dimensão liga a primeira com a dimensão singular, descrita a seguir.

Conforme Egry (2006), a dimensão singular compreende também os processos de trabalho específicos de uma unidade ou setor assistencial, dentro dos serviços, é aquilo que é mais específico e próximo do objeto, aqui evidenciado pelo saber-fazer da equipe de enfermagem na assistência à gestante/família/comunidade.

O esquema 6 mostra o esquema que Egry construiu para explicar esta categoria dimensional:

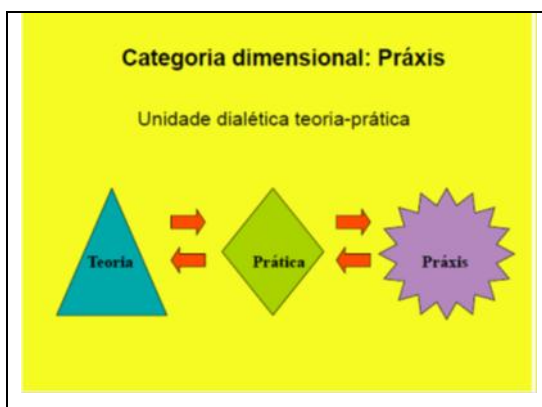


Esquema 6 – Esquema da categoria dimensional Interrelação entre o Estrutural, o Particular e o Singular.

Fonte: Egry, 2011, p. 13.

- A Práxis se refere à unidade dialética teoria prática. No sentido marxiano é a atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa de reflexão, do auto-questionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática (KONDER, 1992).

O esquema 7 mostra o esquema desta categoria dimensional:



Esquema 7 – Esquema da categoria dimensional Práxis.
Fonte: Egry, 2011, p. 12.

Para Queiroz e Egry (1988), a compreensão de um determinado problema só será possível pela consciência crítico-reflexiva que o profissional tem sobre os mesmos, o que se dá pelo percebimento da determinação do processo saúde-doença de indivíduos ou grupos sociais levando-se em consideração a classe social, os aspectos econômicos, jurídicos e ideológicos de uma determinada sociedade, além do tempo histórico no qual se busca identificar as contradições existentes. Esta análise permite ao profissional identificar e compreender o fenômeno saúde-doença mais amplo, assim como as relações existentes nesse cotidiano, compreendendo, dessa forma, a determinação particular e estrutural desse fenômeno.

Para se aplicar a TIPESC em investigação científica, recorre-se às categorias interpretativas que representam a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional, no sentido da operacionalização metodológica da teoria. Define eixos de recorte operacional do processo total de intervenção, ou seja, são orientadoras para o recorte do fenômeno das dimensões estrutural, particular e singular. Representam, também, o movimento dialético entre quantidade versus

qualidade, situacionalidade versus historicidade, necessidade versus casualidade, conteúdo versus forma (EGRY, 2006).

Para Perna e Chaves (2008), a TIPESC se insere no rol dos instrumentos teórico-metodológicos que podem possibilitar ao trabalhador de saúde o exercício de uma crítica preocupada não somente com a pesquisa, mas com a mudança do atual modo de organização social, uma vez que orienta a Enfermagem para a análise do real, para a intervenção concreta, para uma práxis sanitária, por meio da articulação das três dimensões do fenômeno como forma de compreensão da 'realidade objetiva', de modo a perceber identidades e contradições, e assim aproximar o profissional criticamente da realidade.

Ainda, coerentemente com o entendimento materialista histórico-dialético, a TIPESC busca compreender e explicar os objetos de sua intervenção, pois entende que a intervenção (assistência) não é apenas para melhorar o que existe (serviços, organizações, políticas, entre outros), mas para superar as condições (concretas, materiais) que tornam possível o sofrimento humano na escala em que este se apresenta; propondo trabalhar com as questões de gênero, cultura, subjetividade etc, mas reconhecendo que as manifestações culturais não se explicam por si mesmas (culturalismo), mas sim pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para a produção material da vida, assim gerando formas culturais diversas (PERNA; CHAVES, 2008).

Conforme Silva e Almeida (2000), por ser uma prática que se realiza no âmbito social, inserida, portanto, na lógica do capitalismo, a enfermagem tende a reproduzir o que lhe é mais peculiar, como as relações contraditórias no contexto de luta de classe social (latente ou expressa) e a mais valia.

Dessa forma, a metodologia de assistência em enfermagem dentro da concepção materialista histórica e dialética pressupõe que a enfermagem e a própria assistência não se caracterizam como meros objetos das transformações sociais, mas que elas serão também as que irão transformá-la, uma vez que, ao mesmo tempo em que as transformações da sociedade impõe mudanças na prática, levam à mudanças sociais (QUEIROZ; EGRY, 1988).

5 Metodologia

5.1 Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se como qualitativo e descritivo orientado metodologicamente pela TIPEsc. O aspecto qualitativo guarda relação com a proposta de estudar a práxis da Consulta de Enfermagem no que concerne ao atendimento das necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade.

De acordo com Minayo (2013)

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] se conformam melhor a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (MINAYO, 2013, p. 57).

Trata-se também de um estudo descritivo já que buscará descrever as condições sociais de (re)produção das políticas públicas, as práticas e instrumentos utilizadas na Consulta de Enfermagem, além da percepção e enfrentamento da equipe de enfermagem frente as informações objetivas e subjetivas relacionadas às necessidades em saúde.

Conforme Michel (2009),

A pesquisa descritiva se propõe a verificar e explicar problemas, fatos ou fenômenos da vida real, com a precisão possível, observando e fazendo relações, conexões, à luz da influência que o ambiente exerce sobre eles. Não interfere no ambiente; seu objetivo é explicar os fenômenos, relacionando-os com o ambiente (MICHEL, 2009, p. 44).

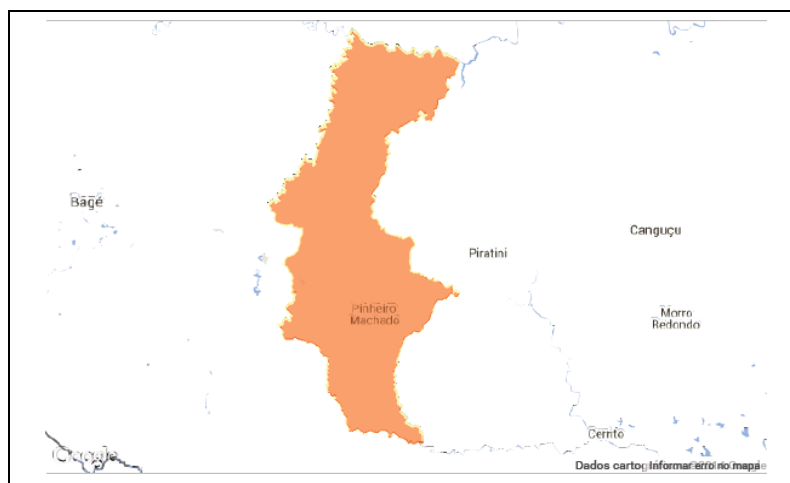
O presente estudo utilizou-se das duas primeiras fases da TIPESC: a captação da realidade objetiva e a interpretação desta realidade. Assim, “a trajetória processual e prática de intervenção passa primeiro pelo exame da situacionalidade do nosso saber-fazer, enquanto... leitura crítica do real” e, sucessivamente, “ao ampliar a compreensão da realidade objetiva, dissecada por meio das categorias analíticas, busca-se a interpretação mais refinada para a elucidação das vulnerabilidades” (EGRY, 1996, p. 93).

Ainda para Egly (1996), qualquer que seja o objeto de trabalho socialmente definido do nosso fazer, é preciso decodificar tal objeto, aqui representado pela Consulta de Enfermagem. Somente à medida que compreendemos nosso fazer enquanto um trabalho, ou seja, uma prática social historicamente construída articulada à estruturação de produção mais geral de nossa sociedade, é que podemos passar a entender o significado dos nossos processos de trabalho.

5.2 O campo do estudo

5.2.1 Apresentando o Município de Pinheiro Machado

O estudo foi realizado no município de Pinheiro Machado, localizado na Microrregião da Serra do Sudeste, entre os municípios de Pelotas e Bagé, à 350 km de distância da Capital do Estado, Porto Alegre (IBGE, 2014). Integra o grupo de municípios da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual tem como sede a cidade de Pelotas/RS. Conforme a Resolução nº 039, de 16/05/2002, integra a 21ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul – Pelotas/RioGrande, juntamente com outros 21 municípios (ASSTEPLAN, 2014). A seguir, apresenta-se o mapa territorial do município (mapa1).



Mapa 1 – Território do município de Pinheiro Machado.
Fonte: IBGE, 2014.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o município possui uma população de 12.780 pessoas, distribuída numa área de 2.249,555 Km², no bioma Pampa. A estimativa para 2014 é de 13.011 pessoas. Conforme demonstrado na tabela 1, a grande parte da população está concentrada na zona urbana, existindo uma paridade entre a população masculina e a feminina.

Tabela 1 – Série Histórica das Características Populacionais do município de Pinheiro Machado.

Fonte: PNUD et al, 2013.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização - Pinheiro Machado - RS

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	12.379	100,00	13.699	100,00	12.780	100,00
População residente masculina	6.269	50,64	6.981	50,96	6.381	49,93
População residente feminina	6.111	49,37	6.718	49,04	6.399	50,07
População urbana	8.014	64,74	9.539	69,63	9.784	76,56
População rural	4.365	35,26	4.160	30,37	2.996	23,44
Taxa de Urbanização	-	64,74	-	69,63	-	76,56

No município, jovens e adultos até os 45 anos representam a maior porcentagem de residentes (gráfico1). A média de ocupação dos domicílios é de 2,70 pessoas, sendo que o município possui uma densidade demográfica de 5,68e uma taxa de crescimento anual estimada em 3,4% (IBGE, 2014).

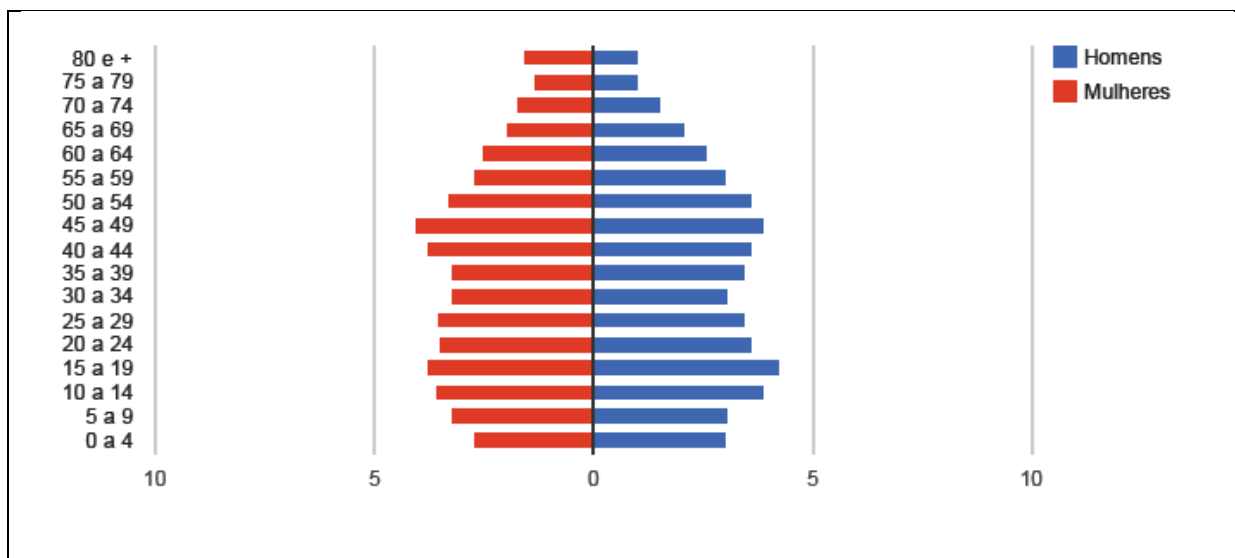


Gráfico 1 – Pirâmide etária do município de Pinheiro Machado no ano de 2010.
Fonte: PNUD et al, 2013.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Pinheiro Machado é 0,661, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699) (PNUD et al, 2013).

Na tabela 2 apresenta-se o IDHM e seus componentes, bem como a evolução do índice durante os anos.

Tabela 2 – Série Histórica do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes.

Fonte: PNUD et al, 2013.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Pinheiro Machado - RS			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,189	0,394	0,499
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	19,16	28,66	42,94
% de 5 a 6 anos na escola	14,99	38,73	71,46
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	37,70	77,31	89,57
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	20,08	44,37	35,26
% de 18 a 20 anos com médio completo	2,38	24,50	18,81
IDHM Longevidade	0,686	0,790	0,846
Esperança de vida ao nascer (em anos)	66,16	72,39	75,73
IDHM Renda	0,594	0,640	0,685
Renda per capita	321,60	430,37	567,32

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Conforme o gráfico 2, este IDHM está abaixo da média do estado do Rio Grande do Sul, assim como do Brasil. Pinheiro Machado ocupava a 2870ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 2869 (51,55%) municípios estavam em situação melhor e 2.696 (48,45%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 496 outros municípios de Rio Grande do Sul,

Pinheiro Machado ocupa a 433ª posição, sendo que 432 (87,10%) municípios estão em situação melhor e 64 (12,90%) municípios estão em situação pior ou igual (PNUD, 2013).

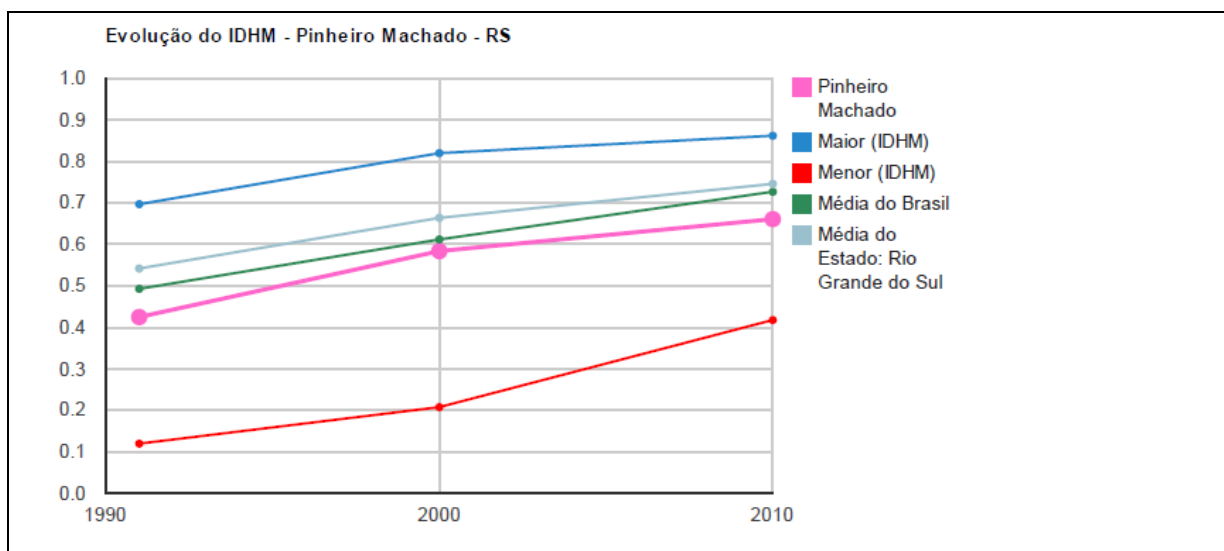


Gráfico 2 – Evolução do Desenvolvimento Humano Municipal de Pinheiro Machado e suas relações

Fonte: PNUD et al, 2013

Referente à educação de crianças e jovens, no período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 84,51%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos freqüentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 15,86% entre 2000 e 2010 e 105,07% entre 1991 e 2000. A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 20,53% no período de 2000 a 2010 e 120,97% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 23,22% entre 2000 e 2010 e 929,41% entre 1991 e 2000 (PNUD et al, 2013).

Já referente aos adultos, em 2010, 42,94% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 23,37% o ensino médio. No Rio Grande do Sul, 56,29% e 37,73% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 8,31% nas últimas duas décadas (PNUD et al, 2013).

O número de alfabetizados é de 10.793 pessoas (84,5%), sendo o maior déficit de alfabetização na população entre cinco e nove anos e naqueles com mais de 50 anos (IBGE, 2014).

Os anos esperados de estudo referem-se ao número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar. Em 2010, Pinheiro Machado tinha 8,87 anos esperados de estudo, em 2000 tinha 10,34 anos e em 1991 9,33 anos. Enquanto que o RioGrande do Sul tinha 10,00 anos esperados de estudo em 2010, 10,25 anos em 2000 e 10,25 anos em 1991(PNUD et al, 2013).

A esperança de vida ao nascer é de 75,7 anos. A mortalidade até 1 ano de idade é de 11,8 por mil nascidos vivos, e de 13, 8 quando considera-se até os 5 anos de idade. A taxa de fecundidade total (filhos por mulher) é de 1,9 (PNUD et al, 2013)

A renda per capita média de Pinheiro Machado cresceu 76,41% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 321,60 em 1991 para R\$ 430,37 em 2000 e R\$ 567,32 em 2010. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 17,88% em 1991 para 8,86% em 2000 e para 6,00% em 2010 (PNUD et al, 2013).

A desigualdade diminuiu, já que o Índice de Gini passou de 0,57 em 1991 para 0,55 em 2000 e para 0,48 em 2010 (PNUD et al, 2013). Este índice calcula a desigualdade de distribuição de renda, em que zero corresponde à completa igualdade de renda e um corresponde à completa desigualdade, em que uma pessoa tem toda a renda e as demais nada têm (IBGE, 2014). Tais dados podem ser verificados na tabela 3.

Tabela 3 – Séria Histórica da Renda, Pobreza e Desigualdade no município de Pinheiro Machado.

Fonte: PNUD et al, 2013

	1991	2000	2010
Renda per capita	321,60	430,37	567,32
% de extremamente pobres	17,88	8,86	6,00
% de pobres	45,39	26,86	12,97
Índice de Gini	0,57	0,55	0,48

A base econômica está na agropecuária, especialmente na criação de ovinos (IBGE, 2014).

O gráfico 3 mostra que, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais passou de 57,41% em 2000 para 61,36% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação passou de 13,00% em 2000 para 4,54% em 2010 (PNUD et al, 2013).

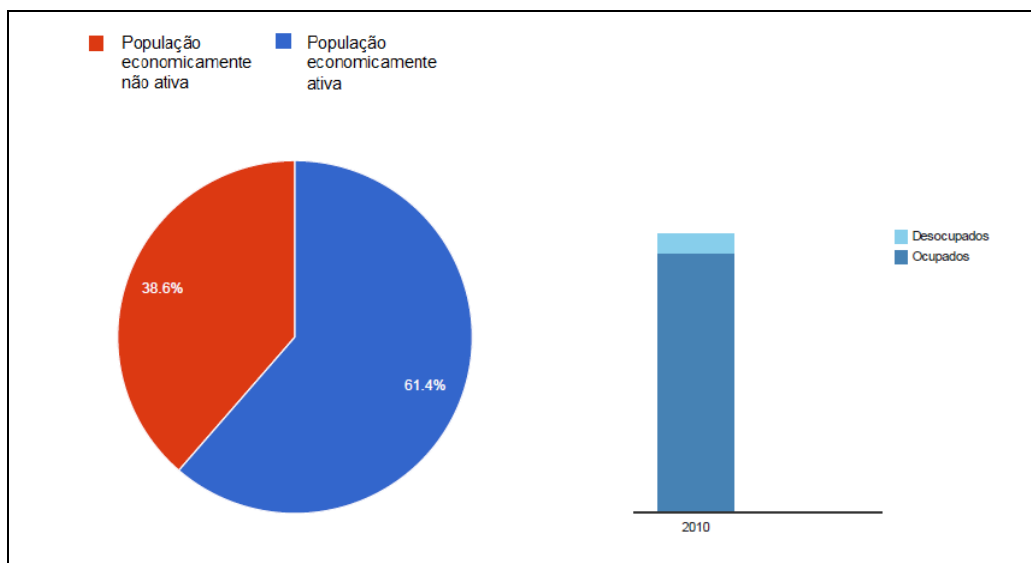


Gráfico 3 – Taxas de Atividade e de Desocupação no município de Pinheiro Machado no ano de 2010

Fonte: PNUD et al, 2014

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 27,26% trabalhavam no setor agropecuário, 0,75% na indústria extrativa, 7,10% na indústria de transformação, 6,22% no setor de construção, 2,77% nos setores de utilidade pública, 10,08% no comércio e 35,03% no setor de serviços (PNUD et al, 2013).

A religião predominante no município é a católica, representando (64,9%). (IBGE, 2014)

A tabela 4 apresenta a série histórica de alguns indicadores de habitação, demonstrando a evolução dos mesmos.

Tabela4 – Série Histórica dos Indicadores de Habitação do município de Pinheiro Machado. Fonte: PNUD et al, 2013.

Indicadores de Habitação - Pinheiro Machado - RS

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	83,29	91,98	96,38
% da população em domicílios com energia elétrica	76,37	86,74	99,58
% da população em domicílios com coleta de lixo *Somente para população urbana	96,61	99,37	99,72

Por fim, a tabela 5 mostra as situações de Vulnerabilidade Social percebidas no município.

Tabela 5 – Série Histórica da Vulnerabilidade Social no município de Pinheiro Machado.
Fonte: PNUD, 2013.

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	28,37	18,10	11,80
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	89,63	66,55
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	13,71	6,04	2,94
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	-	18,72	9,80
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,00	1,15	0,00
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	5,87	3,98	7,07
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	4,07	9,64
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	7,55	16,84	19,97
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	7,38	3,85	1,59
% de crianças extremamente pobres	24,61	17,45	9,91
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	66,25	48,61	32,00
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	56,77	45,97
Condição de Moradia			
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	1,98	1,63	0,42

Na rede de atenção à saúde, o Município conta com um hospital privado, sem fins lucrativos, conveniado com o SUS, onde está localizado o Centro Regional de Oftalmologia; um Pronto Atendimento 24 horas municipal, com clínica geral e equipe de Enfermagem, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Laboratório de Próteses Dentárias (informação verbal)¹.

Serviços de pediatria, ginecologia/obstetrícia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, vigilância em saúde e farmácia básica, localizados na Policlínica Municipal, onde, também está localizada a sede Secretaria Municipal de Saúde; a coordenação municipal da Estratégia Saúde da Família e a coordenação municipal da Vigilância em Saúde (informação verbal)¹.

Também está sob direção da Secretaria de Saúde, o Departamento de Assistência Social (informação verbal)¹.

A Estratégia Saúde da Família é composta por 5 (cinco) Equipes de Saúde da Família com saúde bucal que cobrem 100% da população. Conta com 23 (vinte e três) agentes comunitários de saúde (em processo de expansão para 32). Três das equipes de Saúde da Família estão situadas na zona urbana e, duas, na zona rural.

¹ Informação fornecida por Fernanda Pereira Santos, Secretária Municipal de Saúde de Pinheiro Machado em outubro de 2013.

Na área adscrita de uma das ESF da zona rural estão situados os sete (sete) Projetos de Assentamentos da Reforma Agrária do Município (informação verbal)¹.

No ano de 2012, o Município recebeu uma Unidade Odontológica Móvel que é utilizada pelas equipes de saúde bucal da zona rural, com o intuito de qualificar a atenção à população. Também, possui na Policlínica Municipal, equipamento de raio-x odontológico. As ações das equipes de saúde da família contam com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo II, composto por um nutricionista, dois educadores físicos, um psicólogo e um assistente social (no momento estes últimos dois profissionais foram transferidos para o CAPS) (informação verbal)¹.

5.2.2 Local do estudo

O local do estudo foi o conjunto de Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Pinheiro Machado. As cinco Unidades Básicas de Saúde da Família do município foram contatadas, com vistas à integrarem o presente estudo, objetivando garantir um panorama municipal da questão estudada.

A seleção desses serviços ocorreu em função da Atenção Básica municipal estar organizada, na sua totalidade, por meio da Estratégia Saúde da Família.

5.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo integrantes das equipes de enfermagem que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Pinheiro Machado no Rio Grande do Sul.

¹Informação fornecida por Fernanda Pereira Santos, Secretária Municipal de Saúde de Pinheiro Machado em outubro de 2013.

5.4 Critérios para Seleção dos Participantes

- Ser profissional de enfermagem das equipes de Saúde da Família do município;
- Permitir a gravação das entrevistas;
- Integrar há pelo menos um ano a equipe de enfermagem da Unidade;

5.5 Princípios Éticos

Este estudo obedeceu a Resolução 466/12² do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem³ embasado na Resolução COFEN 311/2007 Cap. III, Art. 89, 90 e 91 que trata das responsabilidades e deveres e os Art. 94, 96 e 98 que se refere às proibições.

Primeiramente, foi encaminhada carta de autorização juntamente com uma cópia do projeto ao Gestor da Saúde Municipal, solicitando permissão para a realização do estudo no serviço (Apêndice C), sendo esta concedida, conforme Carta de Anuência (Anexo A).

De posse da autorização, o projeto de pesquisa “Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Práxis em Saúde Coletiva” foi encaminhado à Plataforma Brasil (Apêndice D), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, em 31 de julho de 2014, sob o parecer n. 750.613 (Anexo B).

Após foi realizado contato com os profissionais de Enfermagem das equipes de Saúde da Família do município, para convidá-los a participar do estudo informando os objetivos da pesquisa. Diante do aceite foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos profissionais (Apêndice E), no qual constam objetivos da pesquisa, justificativa, procedimento para coleta dos dados, riscos e benefícios para o participante, garantia de anonimato e de desistência de participação sem prejuízo para os profissionais.

² Resolução nº 466/12 incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

³ Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - Cap. III (dos Deveres): Art. 89 Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo especificidade da investigação; Art. 90 Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91 Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Cap. III (das Proibições): Art. 94 Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade; Art. 98 Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Os profissionais de enfermagem foram esclarecidos quanto ao risco à que estariam submetidos, qual seja, o desconforto causado pela entrevista e a observação participante, podendo responder ou não as questões sem prejuízo para entrevistado. Assim como, quanto aos benefícios, relacionados à possibilidade de reflexão sobre sua prática e, até mesmo, qualificação da Consulta de Enfermagem, bem como da assistência de enfermagem ofertada em sua equipe.

Após os esclarecimentos, foi solicitado aos participantes a assinatura do TCLE em duas vias, sendo que uma ficou com o profissional e outra com a pesquisadora.

Também, foi solicitado às gestantes consentimento e, no caso de gestantes menores de 18 anos, consentimento à seus responsáveis e assentimento das mesmas, para observação da Consulta de Enfermagem realizada durante as atividades de assistência ao pré-natal. Quando consentido, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das gestantes e/ou responsáveis (Apêndice F) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice G), nos quais constavam objetivos da pesquisa, justificativa, procedimento para coleta dos dados, riscos e benefícios para o participante, garantia de anonimato e de desistência de participação sem prejuízo para os profissionais.

As gestantes e seus familiares foram esclarecidos quanto ao risco à que estão submetidos quando da observação participante no momento da Consulta de Enfermagem, estando este relacionado a possível desconforto e dificuldade de expor suas questões ao profissional devido à presença do pesquisador no ambiente da assistência. Quanto aos benefícios, foi esclarecido quanto a inexistência de benefícios diretos aos mesmos, contudo, elas estariam contribuindo para qualificação da Consulta de Enfermagem, bem como da assistência de enfermagem ofertada pela equipe de Enfermagem.

Após todos os esclarecimentos foi solicitado à gestante ou responsável a assinatura do TCLE em duas vias e do TALE, para as gestantes menores de 18 anos, sendo que uma via ficou com o usuário e outra com a pesquisadora.

Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto ao caráter voluntário de sua participação e da possibilidade de interrompê-la a qualquer momento, sem prejuízo algum, assim como, da confidencialidade de sua identidade durante todas as etapas do estudo.

Para manter o anonimato das participantes da pesquisa, as mesmas foram identificadas pelas iniciais da categoria profissional, seguido por números ordinais na ordem de realização da entrevista (Enf1, TecEnf1).

Após a análise, os dados digitais serão armazenados por cinco anos no Núcleo de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Posteriormente serão incinerados.

5.6 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto, setembro e outubro de 2014.

Para a coleta de dados do presente estudo 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 Egry (1996) na TIPESC, objetivando a captação da dimensão estrutural, particular e singular do fenômeno foco deste estudo (Apêndice H).

Assim, o primeiro encontro com as Enfermeiras participantes do estudo foi realizado em grupo, entendendo que, para captação da dimensão estrutural, seria pertinente que a totalidade das enfermeiras estivesse presente, já que tratava-se da captação da realidade do município na assistência ao pré-natal. Para a captação da dimensão particular as Enfermeiras prestaram informações com o objetivo de levantar as realidades locais e características de cada território. Para a dimensão singular as informações relacionaram-se especificamente sobre as gestantes e suas famílias.

Em outro momento, foi realizada entrevista semiestruturada gravada individual (Apêndice I) com os profissionais de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde em espaço privativo. Os encontros foram previamente agendados, conforme disponibilidade de cada participante.

De acordo com Minayo (2013, p. 261), a entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Ainda conforme a mesma autora, a gravação da conversa é o instrumento da garantia da fidedignidade mais usual.

Além das entrevistas também foi utilizada a técnica de observação participante (Apêndice J) para a complementação dos dados empíricos. Para Minayo (2013),

a observação participante é o processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. (MINAYO, 2013, p.273).

Para o registro da observação foi utilizado o diário de campo que conforme Minayo (2013)

devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (MINAYO, 2013, p. 295).

Uma vez que este estudo traz um referencial teórico baseado na Teoria Marxista, a observação deu ênfase aos conflitos, contradições e diferenças, focando o contexto, já que se considerou a saúde da população como uma derivação das suas condições de vida. Assim, a perspectiva em campo foi a observação das formas de organização das equipes de enfermagem, o modo como se relacionavam entre si, com os demais membros da equipe e com os usuários do serviço, além das práticas de cuidado prestadas para atenderem as necessidades deste grupo específico.

5.7 Análise dos dados

No presente estudo, o objeto escolhido para compreensão e interpretação é a assistência de enfermagem, representada pela Consulta de Enfermagem. Egry (2006) entende que a assistência de enfermagem, no seu sentido mais amplo, refere-se à coletividade, assumindo um caráter mais geral 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.

Assim, conforme já descrito anteriormente, o estudo foi embasado nas duas primeiras fases da TIPESC, entendendo que, conforme Egry (2006), o recorte

dimensional da realidade objetiva – estrutural, particular e singular - em que pese a categoria dimensional da totalidade, importa compreender que tais dimensões fazem parte da mesma totalidade, estando fortemente articuladas entre si e que, sem a visualização de todas, mesmo com destaques distintos, não se pode proceder a totalização do fenômeno.

A interpretação desta realidade objetiva aqui representada pelo atendimento (ou não) das necessidades de saúde das gestantes por meio da práxis da Consulta de Enfermagem utilizou de categorias analíticas e de categorias interpretativas. Entendendo que, as primeiras são abstrações realizadas com base no exame de uma realidade cuja importância é primordial para a investigação, já que não determina somente sua orientação geral, mas permite sua interpretação correta.

Já a segunda, significa a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional, possibilitando laminar o objeto considerado dentro da perspectiva da finalidade entendido, neste estudo, como a investigação do atendimento às necessidades de saúde das gestantes por meio da práxis da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal.

Neste sentido, o presente estudo tem como objeto a Consulta de Enfermagem e, como finalidade, investigar um dado elemento do processo de trabalho, representado pelo atendimento às necessidades de saúde da gestante.

Assim, com base nas categorias da TIPESEC e nos objetivos deste estudo, as categorias a serem utilizadas para análise dos dados serão:

- Categorias dimensionais: a totalidade, a interrelação entre o estrutural, o particular e o singular e a práxis;
- Categorias conceituais: homem, assistência à saúde coletiva e enfermagem.

Conforme elucidado anteriormente, a articulação das categorias dimensionais com as categorias conceituais resulta nas categorias interpretativas, as quais, segundo Egry (2006, p.104), representam a:

- Dialética da quantidade *versus* qualidade;
- Dialética da situacionalidade *versus* historicidade;
- Dialética da necessidade *versus* casualidade;
- Dialética do conteúdo *versus* forma;
- Dialética entre as categorias sociais classe, raça/etnia e gênero;
- Dialética da alienação *versus* consciência, configurando-se na ideologia;
- Dialética entre as categorias conceituais.

As categorias interpretativas emanadas foram utilizadas como orientadoras para o recorte do fenômeno nas dimensões estrutural, particular e singular, abrindo temas para interpretar a realidade objetiva.

6 Apresentando os Resultados

Para melhor entendimento de como os dados deste estudo foram analisados, optou-se pela apresentação pontual dos resultados que serão discutidos posteriormente.

6.1 Caracterização dos profissionais de Enfermagem participantes do estudo

Este estudo contou com a participação de 10 (dez) profissionais, do total de 12 (doze) lotados na Estratégia Saúde da Família do município, sendo 5(cinco) Enfermeiros e 5 (cinco) Técnicos de Enfermagem. Dois profissionais não participaram do estudo devido à incompatibilidade de horários entre os mesmos e a pesquisadora.

A faixa etária variou dos 26 anos até os 50 anos (gráfico 4).

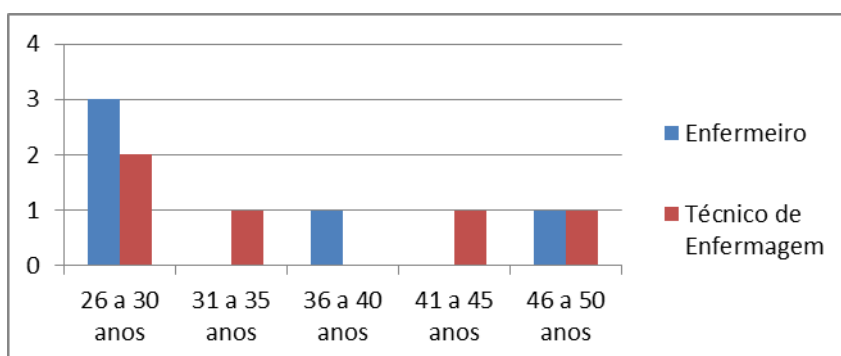


Gráfico 4 – Faixa etária dos participantes do estudo.
Fonte: Dutra, 2014

Quanto ao estado civil, seis eram solteiras, 2 (duas) casadas, 1(uma) divorciada e 1(uma) união estável. A religião mais citada foi a católica, por 6 (seis) delas, 3 (três) relataram não possuir religião e 1(uma) era evangélica.

O tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família variou de 1(um) ano até 13 anos (treze), conforme demonstrado no gráfico 5.

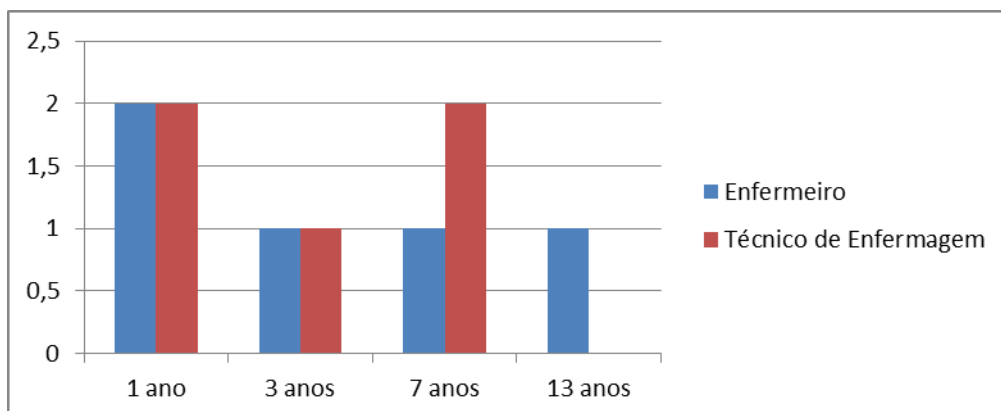


Gráfico 5 – Tempo de serviço dos participantes do estudo na ESF.
Fonte: Dutra,2014

O vínculo empregatício variou entre as participantes do estudo, sendo, 3 (três) enfermeiras estatutárias, 2 (duas) enfermeiras e 4 (quatro) técnicas terceirizadas com carteira assinada e 1 (uma) técnica de enfermagem terceirizada sem carteira assinada.

Referente ao tempo de formação, também houve heterogeneidade, como pode ser visualizado no gráfico 6.

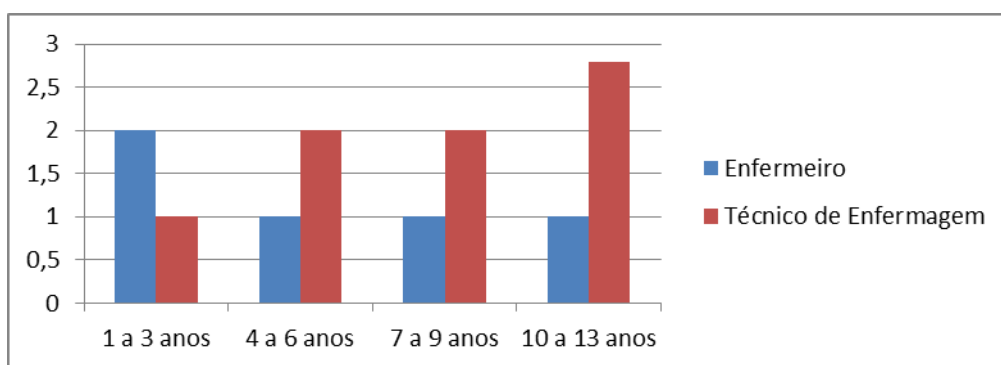


Gráfico 6 – Tempo de formação dos participantes do estudo
Fonte: Dutra, 2014.

Quanto á possuírem curso de especialização ou aperfeiçoamento verificou-se que 1 (um) Enfermeiro possuía Residência multiprofissional em Saúde da Família, além de Especialização em Gestão em Saúde, 1 (um) Enfermeiro possuía Especialização em Saúde da Família e Especialização em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, e 1 (um) Enfermeiro estava realizando Especialização em

Enfermagem do Trabalho. Dois técnicos de Enfermagem possuíam Curso de Aperfeiçoamento em Saúde da Família.

6.2 A captação da realidade objetiva

6.2.1 Um retrato da assistência pré-natal à nível municipal – a dimensão estrutural

Por meio do instrumento de captação da realidade objetiva, buscaram-se na dimensão estrutural, os temas referentes à assistência pré-natal no município, focando-se no modo de produção, políticas sociais e políticas de saúde, sistema e instituições de saúde (rede), espacialização e distribuição da população e serviços, produção e consumo, características primordiais das categoriais sociais.

Desta forma, quanto ao modo de produção da assistência ao pré-natal e participação da equipe de enfermagem neste contexto, verificou-se que a assistência ao pré-natal está norteadas por um Protocolo Municipal de Atenção ao Pré-natal e Puerpério, o qual foi construído no ano de 2008, com base em documentos técnicos do Ministério da Saúde, por meio de encontros e leituras realizadas pelo conjunto de profissionais da rede municipal. Este documento permite ao enfermeiro realizar consultas de pré-natal, solicitar exames e prescrever medicamentos, ainda que se tenha entrave na prescrição, visto que as receitas fornecidas pelos enfermeiros não eram aceitas nas farmácias particulares do município, mas, apenas na farmácia pública.

Referente às políticas sociais e públicas embasadoras da assistência ao pré-natal, as enfermeiras citaram as Políticas do Ministério da Saúde, salientando a adesão à Rede Cegonha, a qual trouxe a realização dos testes rápidos por exemplo. Contudo, dificuldades foram elencadas, como a realização da visita domiciliar na primeira semana de vida do RN, já que faltavam veículos para o transporte dos profissionais até os domicílios, e, também, dificuldade de saber do nascimento ainda na primeira semana, relacionado, principalmente, a inexistência de ACS em diversos territórios.

Sobre o pré-natal odontológico, também previsto na Rede Cegonha, estava sendo realizado. Assim como a oferta do rol de exames às gestantes, tanto

laboratoriais, como de imagem. Contudo, o município não recebeu os kits previstos pelo Ministério da Saúde (kit da gestante e kit da UBS).

Também, no que concerne às consultas, conforme a Rede Cegonha, estas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro, o que ocorre em algumas UBSFs e, em outras, as enfermeiras são responsáveis pela primeira consulta e as demais ficam para o profissional médico ou as consultas são realizadas por ambos, em conjunto.

Quanto às políticas sociais, o Bolsa Família foi citado pelas enfermeiras, o qual possui dados específicos sobre as gestantes, sendo a nutricionista do município a responsável pela alimentação destes dados no sistema e, as UBSFs responsáveis por repassá-los à esta profissional. Existe apoio do município no que se refere ao fornecimento de roupas de bebê para os casos em que se fizer necessário. Tal apoio também é realizado por entidades não-governamentais e pessoas da comunidade.

Por meio do relato das enfermeiras, acerca do sistema e instituições de saúde, ou seja, a rede de assistência ao pré-natal e a situação da Enfermagem nesta rede, percebeu-se que a porta de entrada prioritária na rede era as Unidades de Saúde da Família, nas quais a enfermagem desempenha diversas atividades. 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.

Fora do município, reconhece-se 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 espacialização e distribuição da população e serviços – territorialização, ressaltando a espacialização das equipes de enfermagem, o município conta com 100% de cobertura de ESF, com 5 (cinco) áreas, sendo 2 (dois)

territórios exclusivamente rurais e 3 (três) territórios mistos (zona urbana e rural). Não existia 100% de cobertura dos ACS, faltando cerca de 40% do quantitativo necessário há mais de 1 ano, desde a nova territorialização que demarcou a implantação da 5ª equipe.

O quadro de profissionais estava composto por 5 (cinco) médicos, sendo 3 (três) médicos do Programa Mais Médico, provenientes de Cuba, com 32 horas/semanais e 2 (dois) médicos com 40 horas, as quais não eram cumpridas em sua totalidade. Na enfermagem tinham-se 5 (cinco) equipes de enfermagem, com um quantitativo de 5 (cinco) enfermeiras, 6 (seis) técnicos de enfermagem e 1 (um) auxiliar de enfermagem, já que uma UBSF da zona rural possui unidade de apoio, onde estes técnicos estavam alocados.

O pré-natal era realizado nas UBSFs, as quais eram a porta de entrada para a assistência pré-natal. O município também contava com médico gineco-obstetra, referência para gestantes de risco e, também, para as gestantes de risco habitual, a partir das 30ª semanas, além de ser um apoio às UBSFs. O município de Pelotas, distante 100Km, é a referência para gestações de alto risco.

As UBSFs continuavam a acompanhar as gestantes encaminhadas para as referências, contudo, para as enfermeiras, existia mais dificuldade na continuidade do acompanhamento das gestantes encaminhadas para a referência do município; o que ocorria, talvez, devido à maioria das gestantes já estar no final de gestação, somado ao fato do profissional médico ser aquele que realizava os partos no município de referência para partos de baixo risco – o hospital do município de Piratini (distante 80Km do município de Pinheiro Machado), fragilizando o vínculo com a unidade de saúde. Além desse aspecto, a contra-referência deste serviço era precária, praticamente inexistente, uma vez que assumia as gestantes, não as devolvendo para as UBSFs.

Aquelas gestantes que eram identificadas como alto risco, eram encaminhadas diretamente para a referência em Pelotas, sendo mais facilmente acompanhadas pelas UBSFs.

Outra dificuldade evidenciada foi a falta de ACS em várias regiões do município, que impossibilitava a busca ativa e o acompanhamento da mulher e do RN.

Sobre a produção e o consumo da assistência ao pré-natal e, especificamente da assistência de enfermagem no pré-natal, foi relatado que a estrutura física das

unidades não era adequada para o fim a que se propõe, sendo que, uma delas funciona no prédio de um antigo hospital rural e as outras quatro, bem como as unidades de apoio, eram casas populares adaptadas. Tal situação acarreta espaço escasso, inexistência de sala para o enfermeiro e, conseqüentemente, para a realização da consulta de enfermagem e inexistência de espaço para as atividades educativas; levando ao aproveitamento dos mesmos espaços para diferentes atividades.

Era ofertado, ao menos, um turno por semana para o pré-natal, em algumas unidades o turno era exclusivo para esta atividade, em outras não. A demanda era agendada, contudo, as gestantes acessavam a demanda espontânea sempre que necessário. O turno de pré-natal era utilizado para a realização de diversas ações voltadas para as gestantes – consulta médica ou de enfermagem, consulta odontológica, sala de espera. A atividade educativa ocorria semanalmente ou mensalmente, a depender da UBSF.

O consumo das consultas se dava mais por demanda agendada, contudo, a espontânea respondia por um importante percentual. 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, pois a grande maioria das gestantes ia sozinha; 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.

Especificamente, da assistência de enfermagem ao pré-natal, as enfermeiras relataram não existir nenhuma política específica da enfermagem que norteasse sua realização. Apenas no Protocolo Municipal constavam as atribuições da Enfermagem bem como a legislação que regia sua prática assistencial.

As enfermeiras realizavam 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.

As técnicas de enfermagem participavam na verificação de sinais vitais, coleta de dados antropométricos, realização das vacinas e nas atividades educativas. Não se percebeu diferença em relação ao consumo da consulta de pré-natal médica e a consulta de pré-natal da enfermagem, além desse aspecto, percebeu-se um bom

vínculo das gestantes com a equipe de enfermagem, evidenciado pela procura por estes profissionais, em detrimento do profissional médico.

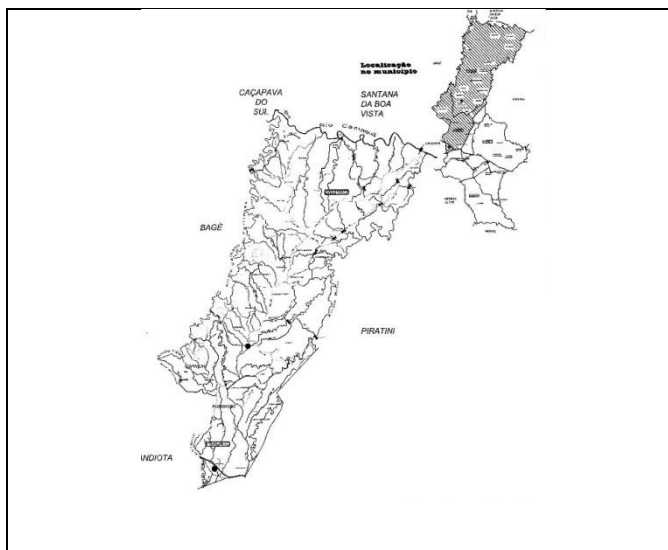
Sobre as características primordiais das categorias sociais existentes no município, houve predominância de populações de renda baixa e média, um grande percentual de população idosa, territórios com significativas disparidades, até mesmo na zona urbana. Importante percentual de analfabetos, desempregados, dependentes do bolsa-família, além de, grande número de habitantes dependentes de medicamentos de uso controlado e, um percentual menor de usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Em relação ao lazer, atividades culturais e esportivas existia um déficit de oferta para a população.

6.2.2 Conhecendo os territórios adstritos – a dimensão particular

No que concerne à dimensão particular, procurou-se focar os temas referentes aos macrogrupos sociais, representados pela comunidade adstrita em cada território sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família, por entender que eles são definidores da assistência pré-natal a ser ofertada pela equipe de Enfermagem.

Os temas alvos da captação foram: classes sociais, grupos organizados, perfis de saúde-doença, modo de consumo coletivo para vida e saúde, relações sociais de raça/etnia, relações sociais intra e entre grupos sociais homogêneos, relações sociais de gênero, perfis de produção conforme Egry (1996).

6.2.2.1 Estratégia Saúde da Família Torrinhas – localizava-se na zona rural do município, no 2º distrito. Possui uma população adstrita de aproximadamente 1700 pessoas residentes exclusivamente na zona rural, numa área de abrangência de 1.144Km² (Mapa 2).



Mapa 2 – Território adstrito pela ESF Torrinhas

A equipe estava constituída por 1 (um) enfermeiro, 1 (um) médico, 2 (duas) técnicas de enfermagem (1 delas alocada na unidade de apoio), 1 (um) auxiliar de enfermagem, 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar de saúde bucal, 2 (dois) recepcionistas (1 deles alocado na unidade de apoio), 6 (seis) agentes comunitários de saúde. Não existiam profissionais responsáveis pela higienização das unidades - na unidade de apoio quem desenvolvia esta atividade era o recepcionista e, na unidade sede a técnica de enfermagem, a auxiliar de enfermagem, a recepcionista e a auxiliar de saúde bucal dividiam-se na execução desta atividade, por iniciativa própria.

A comunidade sob responsabilidade da equipe possuía características bem distintas quando se comparava a população de Torrinhas com a da Vila Umbú (onde está localizada a Unidade de Apoio). Torrinhas possuía uma população na grande maioria idosa, com grande percentual de pequenos pecuaristas, com boas condições financeiras e de moradia, e baixa escolaridade. Na Vila Umbú o nível sócio econômico era inferior, a maioria dos trabalhadores exercia suas funções na indústria de cimento localizada nas proximidades, muitas famílias dependia exclusivamente do bolsa-família. O nível de escolaridade era superior se comparado ao da população de Torrinhas.

Sobre os perfis de saúde-doença da população, havia uma alta incidência de hipertensão e diabetes, grande número de usuários de medicamentos psicotrópicos, além de altos índices de cardiopatias, neoplasias e obesidade. O consumo de tabaco era alto. O uso de drogas ilícitas na zona rural era baixo, sendo mais

evidente na Vila Umbú, principalmente relacionado ao grande número de caminhoneiros residentes, o que também incidia na ocorrência de casos de doenças sexualmente transmissíveis.

O consumo coletivo para a vida e saúde estava relacionado às tradições gaúchas e participação nos grupos de saúde realizados nas comunidades existentes na área, oportunizados pela equipe. Além disso, em Torrinhas, verificava-se o consumo de cursos e atividades voltadas para a comunidade rural, disponibilizados tanto no território como na sede do município.

O consumo das atividades ofertadas pela equipe em conjunto com o NASF – atividades manuais e práticas físicas – era baixo em Torrinhas e, um pouco mais elevado na Vila Umbú; onde também era maior o consumo por atividades de lazer noturnas (festas, bailes, entre outras).

Quanto às relações sociais de raça/etnia, não foram apontados atritos ou dificuldades relacionais, a convivência era harmoniosa entre brancos, negros e pardos. Inclusive, em Torrinhas, existiam localidades com maior percentual de população negra, remanescentes de quilombolas; na Vila Umbú a população negra era minoria.

Da mesma forma, nas relações sociais intra e entre grupos sociais homogêneos – pecuaristas, empregados rurais, trabalhadores da indústria de cimento, caminhoneiros, donas-de-casa e desempregados – não foram referidos conflitos.

Sobre as relações sociais de gênero, na área de Torrinhas não era visível casos de homossexualidade, sendo que, quando ocorria, normalmente, as pessoas passavam a residir na sede do município. Na Vila Umbú, a diversidade sexual era maior e as relações são tranquilas. Não havia problemas de relação diretamente com a pessoa, mas se sabe que existia o preconceito. No interior a submissão das mulheres era comum, a grande maioria delas era responsável pelas atividades domésticas e os homens, responsáveis pelo sustento da família. Inclusive, nos grupos de saúde realizados nas comunidades, existia uma divisão definida por eles, originada dos cultos evangélicos locais, onde, à esquerda acomodavam-se os homens e à direita às mulheres.

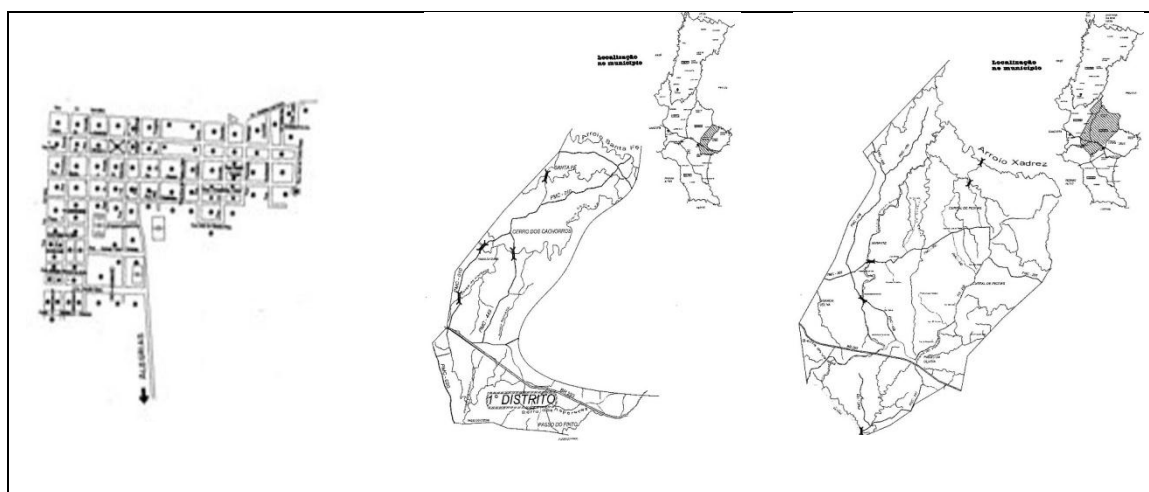
Quanto à hierarquia da unidade, por responder pela coordenação, a enfermeira ocupava o topo, os demais profissionais estavam situados no mesmo

patamar hierárquico, sendo que o auxiliar de saúde bucal deveria estar subordinado ao cirurgião-dentista, mas, na prática isto não ocorria.

Na assistência ao pré-natal a unidade ofertava consultas médicas e de enfermagem, sendo que, a grande parte delas era realizada em conjunto. Atividades coletivas eram realizadas no dia da consulta pela enfermeira, tais atividades, devido ao pequeno número de gestantes, acabavam por ocorrer, às vezes, individualmente. As técnicas de enfermagem e a auxiliar de enfermagem participavam na verificação de sinais vitais, na imunização e na oferta de orientações às gestantes.

Quanto ao registro das atividades de assistência pré-natal, todos os profissionais faziam anotações no prontuário familiar (enfermeiro, médico, técnico e auxiliares de enfermagem, profissionais do NASF), à exceção do cirurgião-dentista, o qual não realizava qualquer registro dos seus atendimentos. Na carteira da gestante e na ficha de pré-natal o enfermeiro e o médico faziam os registros, sendo que existia resistência do profissional médico em realizar anotações.

6.2.2.2 Estratégia Saúde da Família Zona Leste – estava localizada na zona urbana do município, com uma população estimada (última equipe implantada, sem cobertura total de ACS) em torno de 3.000 pessoas, residentes na zona urbana e na zona rural, sendo que esta possuía uma área de abrangência de 465 Km² (Mapa 3).



Mapa 3 – Território adstrito pela ESF Zona Leste.

Fonte: Dutra, 2014

A equipe estava constituída por 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) técnica de enfermagem, 1 (um) médico, 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar de saúde

bucal, 5 (cinco) agentes comunitários de saúde (estava previsto 7 (sete) para cobertura total da área), 1 (um) recepcionista e 1 (um) auxiliar de serviços gerais.

A comunidade possuía características bastante heterogêneas. A população rural, na sua maioria, pertencia à classe média, proprietários de pequenas propriedades que se dedicavam à pecuária e agricultura, o cultivo de uvas finas havia crescido nesta área. Na zona urbana, parte da população caracterizava-se por ser de baixa renda, com importante número de desempregados; uma área de grande vulnerabilidade social, onde estavam localizadas as casas noturnas e pontos de venda e consumo de drogas. No outro extremo do território, a população possuía boas condições sócio-econômicas, estando a grande maioria inserida no mercado de trabalho.

O perfil de saúde-doença da comunidade caracterizava-se pelo elevado uso de ansiolíticos, antidepressivos e estimulantes do humor. A hipertensão arterial acometia um percentual importante da população, além dos problemas cardíacos, obesidade e neoplasias. O uso de álcool e drogas existia, mas não era demanda de atendimento na unidade. A confirmação de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente sífilis e HIV tinha aumentado.

Sobre o perfil de consumo coletivo, pequeno percentual da comunidade apresentava demanda elevada por serviços de saúde, tanto da UBSF como de outros serviços, principalmente em momentos específicos como a implantação do Serviço de Oftalmologia no município e a chegada dos profissionais médicos de Cuba. Um grande padrão de consumo evidenciado estava relacionado às receitas controladas.

Outros consumos percebidos estavam ligados às tradições gaúchas, como as festividades da semana farroupilha e rodeios, especialmente entre a população rural. Um novo consumo que surgiu na população de baixa renda foram os cursos do Pronatec (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego).

A vida noturna representava um consumo importante de grande parte da população urbana. Uma pequena parcela praticava atividades físicas, principalmente os idosos. Reconheceu-se um aumento na procura de serviços educacionais.

Acerca das relações sociais referentes à raça/etnia, havia convivência multirracial, entre brancos, negros e pardos, inclusive a miscigenação era bastante comum, não se verificando conflitos de relação entre raças.

Já quanto às relações sociais intra e entre grupos sociais homogêneos, existiu, em seguida da abertura do serviço, atritos relacionados à posição social das pessoas na comunidade, evidenciada pela resistência de muitos em irem até a UBSF já que esta localizava-se próximo às áreas de baixa renda e, também, a população de baixa renda, residente nas proximidades da UBSF, não se sentiram confortáveis com a presença das pessoas de renda diferenciada. Alguns se recusavam a freqüentar o serviço, principalmente as pessoas de maior renda. Também a localização da UBSF desprivilegiou uma parcela da população, em tese a de maior renda, devido às distâncias. Desta forma, a divisão de classes era explícita.

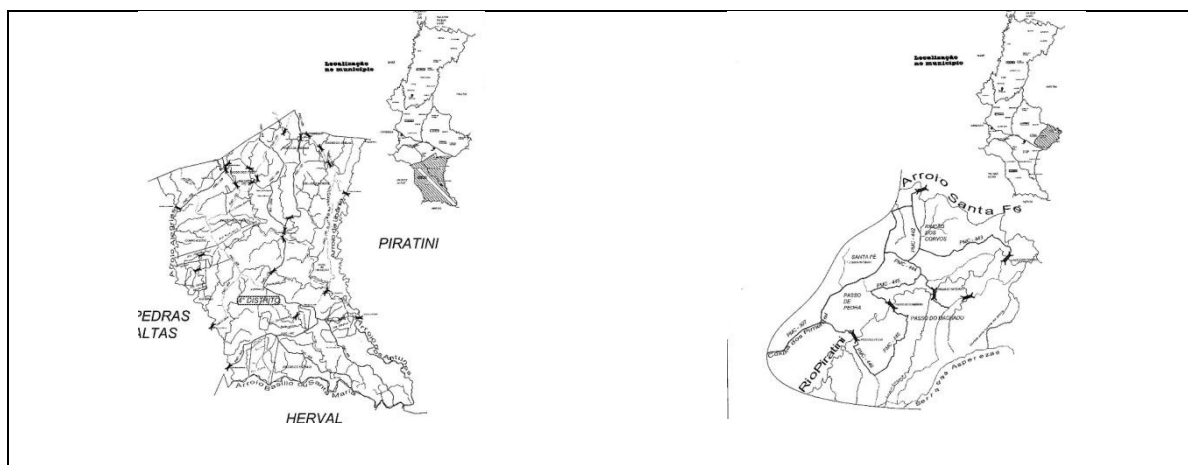
Referente às relações sociais de gênero existia um preconceito velado, porém não havia atritos ou problemas explícitos.

Quanto à hierarquia da UBSF, a enfermeira ocupava o topo, os demais profissionais estavam subordinados a esta, sendo que o auxiliar de saúde bucal estava subordinado ao cirurgião-dentista.

Na assistência ao pré-natal a unidade ofertava consultas médicas e de enfermagem, sendo estas intercaladas; no pré-natal de risco habitual a maior parte das consultas era feita pelo enfermeiro, conforme preconizava a Rede Cegonha. Atividades coletivas de sala de espera eram realizadas no dia da consulta pelos profissionais da equipe (enfermeira, técnica de enfermagem, cirurgiã-dentista e auxiliar de saúde bucal). A técnica de enfermagem participava também na verificação de sinais vitais, na imunização e na oferta de orientações às gestantes.

Os registros da assistência pré-natal eram feitos no prontuário da gestante e na ficha de pré-natal, os quais eram preenchidos pelo enfermeiro, pelo médico e pelo dentista. A caderneta da gestante era preenchida pelo enfermeiro e pelo médico.

6.2.2.3 Estratégia Saúde da Família São João Batista– estava localizada na zona rural do município, com uma população de aproximadamente 1.300 pessoas, alocadas exclusivamente na zona rural, com uma área de abrangência de 345 Km² (Mapa 4).



Mapa 4 – Território adstrito pela ESF São João Batista.

Neste território estavam localizados os 7 (sete) Assentamentos do Projeto da Reforma Agrária, além de uma Comunidade Terapêutica particular.

A equipe estava constituída por 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) técnica de enfermagem, 1 (um) médico, 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar de saúde bucal, 3 (três) agentes comunitários de saúde (estava previsto 5 (cinco) para cobertura total da área). A unidade não possuía recepcionista, nem auxiliar de serviços gerais, sendo estas atividades desempenhadas pela técnica de enfermagem e pela auxiliar de saúde bucal, voluntariamente.

A comunidade possuía características heterogêneas, nas regiões dos assentamentos a maior parte da população pertencia à classe média-baixa e baixa. A outra parcela da população caracterizava-se por pequenas propriedades rurais, que desenvolviam atividades de pecuária e agricultura, pertencendo à classe média. A baixa escolaridade era característica dos residentes nesse território. Existia um grupo nos assentamentos que se dedicavam à agricultura familiar, comercializando os produtos na sede do município, como forma de incremento à renda da família.

O perfil de saúde-doença da comunidade caracterizava-se pelo elevado número de neoplasias e de doenças crônicas (hipertensão arterial, cardiopatias, neoplasias e obesidade), sendo o uso de psicotrópicos, álcool e drogas elevado.

Sobre o perfil de consumo coletivo, predominavam as reuniões comunitárias, atividades ligadas às tradições gaúchas e àquelas proporcionadas pela comunidade escolar.

Acerca das relações sociais referentes à raça/etnia, a grande parte da população era representada por brancos e pardos. Não foram apontados atritos ou dificuldades sociais relacionadas à raça.

Quanto às relações sociais intra e entre grupos sociais homogêneos, percebia-se na comunidade uma divisão explícita entre população assentada e não assentada, contudo não se sabia de atritos entre estes dois grupos. Existia um potencial de tensão entre a comunidade assentada, inclusive com casos de agressão e homicídio. Mas, no espaço da UBSF e nos grupos realizados nas comunidades não ficavam evidentes tais atritos.

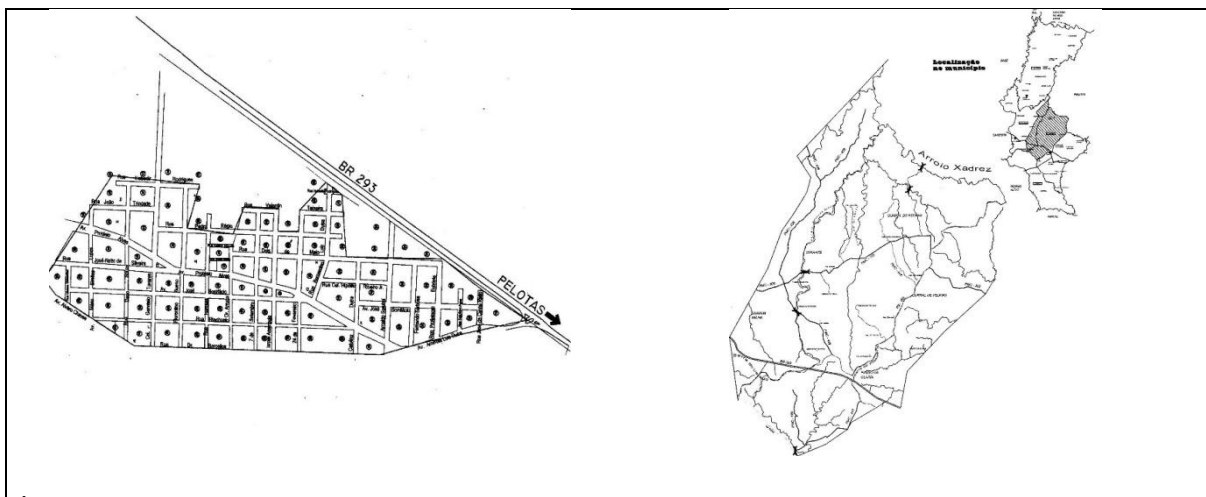
Sobre as relações sociais de gênero, tanto as mulheres, como os homens dedicavam-se às atividades laborais no campo. Não se percebe atritos nestas questões.

Quanto à hierarquia da UBSF, no topo estavam o enfermeiro, o médico e a cirurgiã-dentista; a técnica de enfermagem e os ACS estavam subordinados à enfermeira, o auxiliar de saúde bucal estava subordinado ao cirurgião-dentista.

Na assistência ao pré-natal a unidade ofertava consultas médicas e de enfermagem, sendo que, antes de passarem pela consulta médica, as gestantes passavam pela consulta de enfermagem, com a participação da enfermeira e da técnica de enfermagem, que verificavam os sinais vitais, os dados antropométricos e realizavam orientações. Dado o pequeno número de gestantes, as atividades educativas ocorriam de maneira individualizada, sendo realizadas pela equipe de enfermagem.

Os registros da assistência pré-natal eram feitas no prontuário da gestante e na ficha de pré-natal, os quais eram preenchidos pelo enfermeiro e pelo médico. O cirurgião-dentista quando realizava assistência à gestante fazia seus registros no prontuário. A caderneta da gestante era preenchida pelo enfermeiro e pelo médico.

6.2.2.4 Estratégia Saúde da Família Zona Norte— estava localizada na zona urbana do município, com uma população de aproximadamente 3.000 pessoas, residente na zona urbana e zona rural, com uma área de abrangência de 367 Km² (Mapa 5).



Mapa 5 – Território adstrito pela ESF Zona Norte.

A equipe estava constituída por 1 (uma) enfermeira, 1 (uma) técnica de enfermagem, 1 (um) médico, 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar de saúde bucal, 1 (um) recepcionista, 1 (um) auxiliar de serviços gerais, e 3 (três) agentes comunitários de saúde (estava previsto 7 (sete) para cobertura total da área). A área rural era formada por pequenas e médias propriedades, onde residiam os funcionários, já que a grande parte dos proprietários residia na zona urbana

A comunidade, na sua maioria, pertencia à classe média; uma pequena parcela era menos favorecida, mas não se encontrava casos de pobreza extrema ou miséria. Grande parte da população era idosa, o número de crianças era relativamente pequeno, se comparado às outras áreas do município. A escolaridade era superior às demais áreas adstritas do município. Uma porcentagem importante da população possuía emprego formal, outra parte era representada pelos aposentados, sendo, o número de desempregados, relativamente baixo. Na zona rural, a pecuária era a atividade base.

As doenças crônicas, especificamente a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, lideravam o perfil de saúde-doença da comunidade. As neoplasias, os problemas cardíacos e a obesidade também eram preocupantes.

O perfil de consumo coletivo era representado pelas reuniões comunitárias, atividades festivas voltadas para a 3ª idade, atividades ligadas às tradições gaúchas, além das festas noturnas. Outra característica peculiar dessa comunidade era a participação massiva nas atividades coletivas proporcionadas pela equipe, como os grupos de crônicos, o grupo de caminhada orientada, e outras ações que envolviam práticas físicas.

A população branca e parda prevalecia sobre a negra. Não se percebia dificuldades nas relações entre esses grupos.

Quanto às relações sociais intra e entre grupos sociais homogêneos, reconheceu-se o grupo de idosos bem consolidado e a comunidade católica. Não se verificou problemas relacionais entre estes.

Sobre as relações sociais de gênero verificou-se que ambos os sexos dedicavam-se à atividades laborais formais, as relações homossexuais eram comuns na área.

Quanto à hierarquia da UBSF, no topo estava o enfermeiro. Os demais profissionais estavam subordinados a este, sendo que o auxiliar de saúde bucal estava subordinado ao cirurgião-dentista.

Na assistência ao pré-natal a unidade ofertava consultas médicas e de enfermagem, sendo que as gestantes eram atendidas antes pela enfermeira, a qual analisava as carteiras, investigava a situação da gestante, solicitava exames, fornecia orientações, preenchia a carteira de gestante e ficha de pré-natal. Após passavam para a consulta médica. A técnica de enfermagem verificava os sinais vitais e a situação vacinal. As atividades educativas ocorriam mensalmente, sendo a enfermeira a profissional responsável por sua realização. A cirurgiã-dentista realizava o pré-natal odontológico.

Os registros da assistência pré-natal eram feitos no prontuário da gestante e na ficha de pré-natal pela enfermeira, já que o médico tinha resistência em realizar os registros. O cirurgião-dentista fazia seus registros no prontuário. A caderneta da gestante era preenchida pelo enfermeiro.

6.2.2.5 Estratégia Saúde da Família Zona Sul – localizava-se na zona urbana do município, possuía uma população adstrita de aproximadamente 3600 pessoas, residentes na zona urbana e um pequeno percentual na zona rural (área de abrangência de 175 Km²) (Mapa 6).

e o ProUni (Programa Universidade para Todos). As festas noturnas também representavam um padrão de consumo importante entre os jovens da área.

A população na sua maioria era parda, demonstrando assim um alto grau de miscigenação. Não se verificava problemas relacionais que tivessem a raça ou etnia como causa básica.

Quanto aos grupos sociais homogêneos, pelo fato da população possuir características semelhantes, estavam no mesmo padrão social, não existindo a co-existência de grupos ou atritos relacionados à estes.

Referente às relações sociais de gênero, existia um padrão bem variado, homens chefe de família, mulheres chefe de família, relações homossexuais, heterossexuais, casos de submissão feminina, enfim, uma heterogeneidade. Havia uma convivência harmoniosa, mas o preconceito velado existe.

Na hierarquia da UBSF, todos estavam no mesmo nível, apesar dos profissionais acabarem se remetendo à enfermeira. O auxiliar de saúde bucal se remetia ao cirurgião-dentista e o técnico de enfermagem ao enfermeiro.

Os registros da assistência pré-natal eram feitos na ficha de pré-natal, a qual era preenchida pelo enfermeiro e pelo médico. O cirurgião-dentista possuía uma ficha específica da saúde bucal das gestantes. O preenchimento da carteira da gestante e do prontuário era feito pelo enfermeiro e pelo médico. A ficha do SISPRENATAL era preenchida pela enfermeira.

6.2.2.6 Características similares entre as UBSFs

Quanto à coordenação das UBSFs, apesar da gestão municipal se referir ao enfermeiro como coordenador da equipe, não existia nenhum documento oficial, nomeação ou remuneração para a função, desta forma, existia certa tensão nesta situação, fazendo com que esta atividade fosse imposta aos enfermeiros. As enfermeiras discutiam nas reuniões de equipe assuntos relacionados à gestão da UBSFs e reconheciam que o NASF possuía um papel de apoio importante na gestão das unidades. A gestão do enfermeiro sobre certas atividades, como reunião de equipe, atividades educativas, entre outras, era primordial. A gestão da assistência ao pré-natal era executada pelos enfermeiros.

Não existia participação explícita da comunidade na gestão das unidades. O que ocorria, de maneira informal, eram participações individuais, em momentos de

utilização de algum serviço na UBSF ou com os agentes comunitários de saúde. Algumas unidades já tinham propiciado espaços para que tal gestão ocorresse, sem sucesso. Assim como não existia participação da comunidade na gestão da assistência ao pré-natal.

O único instrumento utilizado para a identificação de necessidades de saúde das famílias residentes no território era o SIAB (o qual estava defasado), que apresentava quantitativamente o número de portadores de algumas doenças, o número de gestantes, o número de beneficiários do bolsa-família, além de características das residências, do abastecimento de água, do tratamento desta no domicílio, da rede de esgoto, do destino do lixo e do uso de meios de comunicação.

Assim, o planejamento e a organização dos serviços nas UBSFs, não eram feitos com base numa análise das necessidades da comunidade/família/indivíduo, da mesma forma ocorria com as atividades voltadas à assistência pré-natal. As atividades eram planejadas em reunião de equipe, levando-se em consideração a demanda da comunidade baseado no que as pessoas traziam durante as consultas e nas demais atividades ofertadas pela unidade, além do que a equipe considerava pertinente e necessário.

A divulgação da assistência pré-natal era feita, principalmente pelos ACS, além daquela realizada na própria UBSF.

Todos os profissionais que constituíam a equipe desempenhavam atividades de assistência ao pré-natal, inclusive os profissionais do NASF. A equipe de enfermagem realizava visitas domiciliares quando necessário, não sendo rotina.

Não existia nenhuma teoria de enfermagem que embasasse a assistência de enfermagem no município, nem instrumento utilizado para a SAE, existia apenas a ficha de pré-natal.

A Unidade articulava-se com os outros recursos de saúde do município e, especificamente, com os recursos específicos da assistência pré-natal, sendo que, na grande parte deles a assistência ocorria por encaminhamento dos usuários e, especificamente, para as gestantes, os enfermeiros, juntamente com os médicos, estavam aptos a realizar o encaminhamento das mesmas, tanto para os serviços alocados no município, quanto para aqueles localizados nos municípios de referência.

Por fim, referente ao sistema de informação em saúde e utilização destas informações pela equipe e pela Enfermagem especificamente, verificava-se uma

situação preocupante, já que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) estava desatualizado e o e-SUS AB ainda não havia sido implantado, sendo que existiam perspectivas para que ocorresse a implantação da primeira etapa apenas, o cadastramento.

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) não havia sido implantado nas UBSFs. Da mesma forma, o SISCOLO e o SISMAMA também não estavam em funcionamento. No Programa Saúde da Escola (PSE) as UBSFs não conseguiam inserir as informações das atividades realizadas.

Especificamente para a população gestante, era utilizado o SISPRENATAL WEB, que apresentava algumas falhas relacionadas à demora no cadastramento, pois a inclusão da gestante no sistema não era feita na UBSF, ocasionando demora no envio do cadastro para o setor responsável pela efetivação, o que levava ao cadastramento de gestantes que já haviam tido seus bebês.

Também, os médicos participantes do Programa Mais Médicos não estavam cadastrados, desta forma, todas as consultas por eles realizadas entravam no nome da enfermeira. Além do que, dados que haviam sido inseridos erroneamente, não podiam ser ajustados.

Assim, naquele momento, a utilização das informações dos sistemas estava comprometida. As equipes não podiam basear-se no SIAB, pois estava desatualizado. O SISPRENATAL WEB não permitia a emissão de relatórios individuais das gestantes, apenas relatórios por unidade; não sendo possível a identificação de gestantes faltosas em consultas ou em exames. Além do que, as unidades da zona rural não tinham acesso à internet.

6.2.3 A dimensão singular dos sujeitos

A captação da realidade objetiva focou, na dimensão singular, os temas referentes aos microgrupos e aos indivíduos, neste estudo representado pelas gestantes e suas famílias. Os temas captados relacionaram-se à sobrevivência e aperfeiçoamento no nível do cotidiano, além de expressões e representações do processo saúde-doença decorrentes do modo específico de viver das famílias.

Quanto à sobrevivência e o aperfeiçoamento no nível cotidiano, na ESF Torrinhas, as gestantes concentravam-se na comunidade da Vila Umbú, sendo comum casos de adolescentes com gravidez planejada, vínculos familiares frágeis,

famílias numerosas, nível socioeconômico baixo, em que a renda principal da família era o bolsa-família.

Em contrapartida existiam, na Vila Úmbu, diversas gestantes com plano de saúde, ofertado à seus companheiros, empregados da indústria ali estabelecida, as quais não utilizavam a UBSF, realizavam o pré-natal na rede particular, quase sempre em municípios vizinhos; estas eram acompanhadas pelos ACS e, também, em visitas domiciliares dos profissionais da equipe. As relações familiares eram apontadas com vínculos frágeis.

Na ESF Zona Leste, as características que envolviam as gestantes eram heterogêneas. Parte daquelas com melhores condições sócio-econômicas não fazia pré-natal na UBSF, realizando-o particular ou por convênio; parte das gestantes realizava o pré-natal na unidade, mas também em outro serviço, via convênio ou particular; e existem ainda, aquelas de baixa renda, algumas com condições de vida precárias, que utilizavam exclusivamente o serviço da UBSF.

Mais de 50% das gestantes eram adolescentes, as quais acabavam, muitas vezes, abandonando a escola. Profissionais do sexo eram presença constante entre as gestantes da UBSF, na grande maioria, iniciavam o pré-natal tardiamente, mantinham sua atividade profissional até o final da gestação, inclusive o uso de drogas, álcool e tabaco. Questões sociais, como vínculos familiares muito fracos e inexistência de planejamento familiar, eram verificadas nas famílias das gestantes.

A ESF São João Batista possuía um número de gestante relativamente baixo, concentrando-se mais na população assentada, uma vez que, nas outras localidades prevalecia a população idosa. Era pequeno o percentual de adolescentes grávidas, mas quando ocorria, prevalecia naquelas adolescentes que já haviam constituído família, já que casar-se cedo fazia parte da cultura local. Desta forma, a maior parte das gestantes possuía estrutura familiar, com vínculos estáveis.

As gestantes do território da ESF Zona Norte possuíam características diversificadas. Uma importante parcela das famílias possuía planos de saúde, não utilizando os serviços da UBSF. Entre aquelas que utilizavam, prevaleciam famílias menos favorecidas, mas que não apresentavam precariedade nas condições de vida. Caracterizavam-se por gestantes jovens, com estrutura familiar consolidada, nível de escolaridade regular e a grande maioria inserida no mercado de trabalho.

Na ESF Zona Sul existia alta incidência de gestantes, mulheres bem jovens, adolescentes, até mulheres maduras, na faixa dos 40 anos. A reincidência de

gestações na adolescência era comum, assim como a multiparidade nas idades mais avançadas. Muitas gestantes dependentes do bolsa-família, com vínculos familiares frágeis e frequentes troca de parceiros e promiscuidade.

A expressão e representações do processo saúde-doença das gestantes e suas famílias estão apresentadas no quadro a seguir:

	ESF Torrinhas	ESF São João Batista	ESF Zona Sul	ESF Zona Norte	ESF Zona Leste
Trabalho	Desempregados Baixa renda Dependentes do bolsa-família,	Pequenos proprietários rurais Sem renda fixa	Trabalhadores com vínculos formais e informais Dependentes do bolsa-família Desempregados Baixa renda	Trabalhadores formais Renda média	Trabalhadores informais Desempregados Estudantes Profissionais do sexo Renda baixa à média
Ambiente físico	Vilarejo na zona rural Moradias humildes Casas de aluguel Saneamento básico precário	Zona rural Moradias humildes Casa própria Saneamento básico precário.	Zona urbana Moradias humildes, algumas precárias Casas de aluguel Programas de habitação Saneamento básico precário	Zona urbana Boas condições de moradia Casas próprias e alugadas Saneamento básico presente	Zona urbana Moradias humildes, inclusive de 1 cômodo Boas condições de moradia Inexistência de saneamento básico em parte do território
Comunicação	Necessidade de transporte coletivo Acesso à todos os meios de comunicação, inclusive internet	Difícil acesso Inexistência de transporte público coletivo Minoria possui meio de transporte próprio. Acesso aos meios de comunicação Acesso à internet é precário	Mobilidade facilitada Não possuem meio de transporte próprio. Acesso à todos os meios de comunicação, inclusive internet	Mobilidade facilitada A maioria possui meio de transporte próprio. Acesso à todos os meios de comunicação, inclusive internet.	Mobilidade facilitada A maioria não possui meio de transporte próprio Acesso à todos os meios de comunicação, inclusive internet
Educação	Possibilidade de acesso ao ensino fundamental e médio Ensino médio Evasão escolar	Possibilidade de acesso ao ensino fundamental e médio Baixa escolaridade Evasão escolar	Possibilidade de acesso ao ensino fundamental e médio Baixa escolaridade - ensino fundamental.	Possibilidade de acesso ao ensino fundamental e médio Ensino médio completo, cursos técnicos e nível superior	Possibilidade de acesso ao ensino fundamental e médio Baixa escolaridade - ensino fundamental incompleto.

Gregarismo	Vínculos familiares frágeis Adolescentes com gravidez planejada Famílias numerosas Mães solteiras	Vínculos familiares consolidados Casamentos ainda na adolescência Vida reprodutiva não inicia tão cedo	Vínculos familiares frágeis Frequente troca de parceiros Promiscuidade Multiparidade Reincidência de gestações entre adolescentes Vida reprodutiva inicia cedo	Vínculos familiares sólidos Famílias com número de filhos pequeno Vida reprodutiva não inicia cedo.	Vínculos familiares fragilizados Mãe solteira Vida reprodutiva inicia muito cedo
Prazer	Escola Vida noturna.	Festejos comunitários	Heterogênea Atividades culturais e de lazer Festas noturnas.	Serviços educacionais dentro e fora do município Atividades de lazer, inclusive fora do município.	Escola Festas noturnas Boates
Corpo biopsíquico	Infecções do Trato Urinário Doenças Sexualmente Transmissíveis (sífilis).	Hipertensão Arterial Sistêmica	HIV (acomete 20% das gestantes da área atualmente) Tabagismo Desnutrição Sobrepeso Transtorno psíquico	Doenças Sexualmente Transmissíveis (sífilis e HIV)	Drogas lícitas e ilícitas Doenças Sexualmente Transmissíveis (sífilis e HIV) Diabetes mellitus gestacional Transtorno psíquico.
Alimentação	Acesso dificultado à frutas, legumes e hortaliças Alimentação de baixa qualidade Disponível em quantidade Pobre em qualidade Não se produz para o consumo	Agricultura familiar - alimentação adequada – qualidade e quantidade Erro alimentar. Acesso dificultado aos alimentos industrializados.	Existe o acesso Pobre em qualidade Disponível em quantidade Elevado consumo de alimentos industrializados	Existe o acesso, Pobre em qualidade Disponível em quantidade Elevado consumo de alimentos industrializados	Existe o acesso Pobre em qualidade Disponível em quantidade Poucas refeições ao dia Elevado consumo de alimentos industrializados
Processo saúde-doença	Reconhecimento dos sintomas físicos Influência das plantas medicinais Forte interferência da religião Serviço de saúde tradicional é o mais acessado	Reconhecimento dos sintomas físicos Influência informal das plantas medicinais Serviço de saúde tradicional é o mais acessado	Reconhecimento dos sintomas físicos Serviço de saúde tradicional é o mais acessado Benzedeiras	Reconhecimento dos sintomas físicos Serviço de saúde tradicional é o mais acessado Percentual de uso do sistema de saúde suplementar é elevado	Reconhecimento dos sintomas físicos Serviço de saúde tradicional é o meio acessado Pequeno percentual usa a saúde suplementar

Quadro 1: Quadro das expressões e representações dos processos saúde-doença das gestantes.

6.3 O encontro com o empírico: construindo as categorias analíticas

Conforme descrito na metodologia, além do instrumento de captação da realidade objetiva, este estudo utilizou a entrevista semiestruturada e a observação participante com vistas à apreensão da realidade da assistência de enfermagem no pré-natal em toda sua dinâmica.

Para tanto, as 10 entrevistas foram analisadas, questão a questão, procurando compreender os núcleos de sentido contidos nas mesmas de forma a agrupar as informações semelhantes, articulando-as entre si e, também, com as impressões das observações registradas no diário de campo, o que proporcionou o surgimento das categorias analíticas descritas a seguir.

6.3.1 A estrutura: arcabouço da equipe de enfermagem para a assistência

Para conhecer como ocorria a assistência de enfermagem no pré-natal em cada UBSF, as entrevistadas foram solicitadas a descrever a maneira como se dava este atendimento. Por meio dos relatos, foi possível observar que algumas atividades foram presença constante na fala das entrevistadas.

A primeira consulta era sempre realizada pelo Enfermeiro, que fazia 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 nesta e nas consultas posteriores se dava por meio da verificação da pressão arterial, do peso, vacinação. Estas atividades puderam ser comprovadas durante as observações, em que a participação das técnicas de enfermagem se resumiu à avaliação da PA e do peso das gestantes. Tais situações ficaram evidentes nos 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 primeira consulta é com o enfermeiro, que eu faço o cadastro, faço os testes rápidos. (Enf4)

A enfermeira faz o cadastro, já faz os primeiros exames aqueles. Solicita os exames. (TécEnf 2)

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

E também as técnicas de enfermagem, que verificam a pressão, o peso, a parte das vacinas, que a gente faz junto. (Enf4)

Verifico a pressão, o peso, e daí passo para enfermeira, médico. (TécEnf 1)

A nossa parte é a parte da assistência mesmo, verifica pressão, pesando, vacina. (TecEnf 3)

Não seria triagem mas uma pré-avaliação de enfermagem, que vê peso, pressão e as vacinas. (Enf1)

Geralmente quando é consulta de enfermagem a recepção faz a ficha e eu mesmo já chamo e já verifico a pressão, peso, tudo é comigo mesmo. Quando é dia do grupo a técnica já me auxilia, olha a pressão e o peso. (Enf3)

As atividades educativas, de periodicidade mensal, também foram relatadas como parte da assistência de enfermagem nas Unidades localizadas na zona urbana. O Enfermeiro apareceu como o responsável pela atividade, ainda que, o técnico tivesse participação ativa em alguns momentos. Na zona rural as atividades costumavam ocorrer de forma individualizada. Durante as observações percebeu-se que tais atividades 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. (TecEnf 1)

Olha o grupo eu faço mensal, com temas. (Enf 5)

A gente faz uma atividade de educação em saúde na unidade, antes das consultas. (Enf 3)

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)

Seria bom se a gente pudesse fazer os grupos de gestantes, mas não tem como, porque são só poucas gestantes. (TecEnf 3)

Não é bem aquilo que tu vê no papel, a gente vai fazendo conforme dá...porque não tem grupo de gestante que eu acho muito importante, as orientações são individuais, a cada chegada, a gente conversa com elas um tempo e tal. (Enf2)

Certas características observadas durante a realização das atividades mereceram ser consideradas. Um desses momentos foi a realização do Teste do Pezinho. A atividade resumiu-se no repasse de informações, a enfermeira citou o nome das doenças incluídas no teste e orientou sobre o melhor período para sua

coleta. As gestantes não foram questionadas se existiam dúvidas, não foram estimuladas a conversar, sequer uma explicação do que são aquelas doenças e o que podem causar no bebê foram tratadas. Este momento foi realizado pela enfermeira, sendo o único integrante da equipe a participar da atividade (Observação 1).

Em contrapartida, em outra unidade, a atividade contou com a presença de diversos profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, cirurgião-dentista, agente comunitário de saúde, recepcionista), todos em pé e as gestantes sentadas, em fileiras. A enfermeira realizou a coordenação do grupo, mas vários profissionais participaram. Iniciou-se com informações referentes ao funcionamento da atividade, já que havia novas integrantes, a equipe apresentou-se, a nutricionista do NASF iniciou a falar sobre alimentação saudável, gestantes trouxeram costumes e hábitos. A cirurgiã-dentista informou sobre a saúde bucal, relacionando-a com a alimentação. A Enfermeira questionou sobre a alimentação das gestantes e possibilidade de aderir às orientações e as gestantes comentaram sobre mudanças já ocorridas na alimentação (Observação 6).

Era notório que as UBSFs careciam de espaço adequado 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 diversos atores que circulavam por estes ambientes.

Quanto à rotina das consultas de enfermagem, observaram-se diferenças entre as UBSFs, ainda que a característica de serem agendadas prevaleceu em todas elas, pois, em algumas a consulta de enfermagem precedia a consulta médica, em outras a consulta 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 1ª consulta.

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. (Enf 3)

É sempre com o médico, se o médico não vem a enfermeira faz. (TecEnf 2)

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)

Antes de passar pelo médico ela sempre passa ali com a gente. (Enf2)

O enfermeiro, aí depois é passado para a consulta médica onde vai ser realizado outras orientações. (Enf5)

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 UBSFs tinham à disposição os testes rápidos para detecção de gravidez, ainda que, por momentos, este insumo faltasse.

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. (TecEnf 1)

Muitas vezes ela não sabe ainda se é gestante, é oferecido um exame, um teste laboratorial ou um teste rápido. (Enf5)

Se ela chega aqui com a desconfiança que está grávida, a gente tem o teste de gravidez, então, algumas não sabem que podem passar pelo enfermeiro e vêm e agendam uma consulta com o médico. Outras já chegam já pedindo por um teste de gravidez, então a recepcionista já passa, já faz a ficha e passa o prontuário direto para a consulta de enfermagem. (Enf3)

Outros relatos trouxeram situações muito pertinentes que, apesar de fazerem parte do escopo da assistência pré-natal, foram muito timidamente percebidos, como a participação da família na assistência, a participação das gestantes no planejamento das atividades educativas e a realização de visitas domiciliares. No que se refere à assistência de enfermagem, havia participação do profissional técnico, enquanto 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)

Elas (as Técnicas de Enfermagem) participam da consulta também. (Enf4)

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

É instruído que esse grupo é muito importante para a gestante, que vai trazer benefícios, que o acompanhante, o esposo, o namorado que seja, podem acompanhar as consultas de pré-natal, que é muito importante. (Enf5)

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

Sempre eu pergunto para elas “você podem trazer dúvidas que a gente levanta os temas, não adianta falar tipo qualquer coisa, quando não for do interesse delas. (Enf5)

Durante as observações, tanto das consultas, como das atividades educativas, a totalidade das gestantes estava desacompanhada e, não foram questionadas ou instigadas a trazer um acompanhante nos próximos encontros e, ainda, percebeu-se que alguns consultórios não possuíam acomodações para o familiar. Também, no momento das consultas individuais, apenas o enfermeiro ficava presente no consultório, já que as Técnicas de Enfermagem realizavam previamente a verificação dos sinais vitais em outro espaço da Unidade.

O município contava com um Protocolo Municipal que embasava a assistência de pré-natal na sua rede, era reconhecido pelos Enfermeiros, mas não tanto pelos Técnicos de Enfermagem.

Sim tem, mas é com a enfermeira. Nunca vi, porque até mesmo assim como o pré-natal é com a enfermeira. (TecEnf 1)

Acredito que sim, não sei dizer, mas acho que tem, tem com certeza. (TecEnf 4)

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. (TecEnf 5)

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)

Protocolo de pré-natal tem. (TecEnf 2)

Protocolo de pré-natal do município. Têm as consultas preconizadas, os exames para serem solicitados durante o pré-natal, as condutas que devem ser tomadas devido a algumas situações. (Enf4)

Tem o pré-natal de baixo risco o protocolo. Alguma coisa até passa, mas procuramos seguir bem. (Enf5)

6.3.2 O particular: cenário do saber-fazer da Equipe de Enfermagem

Objetivando conhecer as características da Consulta de Enfermagem ofertada na assistência de pré-natal e, especificamente a abordagem das necessidades em saúde da gestante e suas famílias, as participantes do estudo foram questionadas sobre as situações a seguir. Um instrumento orientador da Consulta de Enfermagem não existe, assim como, há desconhecimento do que de fato seja isto.

Não, isso ela tem, a enfermeira tem, tem sim. Eu não sei. (TecEnf 1)

Os testes rápidos, HIV. (TecEnf 3)

Não, só o Manual Técnico do Ministério da Saúde. Tem a ficha de PN, que tem dados de identificação, dados da consulta, exames, vacinas. Todos os profissionais usam a mesma ficha, tipo uma ficha espelho. (Enf1)

Não sei, acho que não. (TecEnf 2)

Sim, sigo mais ou menos o protocolo. (Enf5)

Na observação percebeu-se que as Consultas de Enfermagem eram organizadas a partir da demanda trazida pela gestante, ou seja, se ela levava exames, a análise destes era a primeira atividade a ser realizada; se não, o cálculo da idade gestacional e o preenchimento dos instrumentos (carteira da gestante, ficha de pré-natal e prontuário) eram as primeiras atividades realizadas (Observações 2, 3, 5, 7 e 8).

Na sequência, a Enfermeira fazia questionamentos relacionados à sinais e sintomas típicos da gestação, como pirose, sintomas urinários, náuseas, câimbras entre outros; informações sobre vacinas e exames. As orientações prestadas apresentavam características diversas, conforme o profissional. Por ora eram escassas, não esclarecendo as diversas informações que estavam sendo passadas, caracterizando-se por uma comunicação verbal superficial, ainda que existisse coerência, coordenação de idéias e tom de voz adequado (Observações 2, 3 e 5). Em contrapartida, também se observou conteúdos ricos em explicações e tentativas de prover o entendimento das gestantes, caracterizando-se por uma comunicação verbal clara, sendo que todos os assuntos abordados foram bem esclarecidos (Observações 7, 8 e 9).

O exame físico costumava ser realizado em seguida, resumindo-se à palpação abdominal, medida da altura uterina e ausculta dos BCFs. O exame das mamas era realizado por alguns profissionais apenas.

Quanto à comunicação não verbal da Equipe de Enfermagem, considerou-se homogênea, já que apresentavam expressões faciais atentas e tranqüilas, olhavam e escutavam a gestante, os movimentos eram suaves e coordenados, demonstrando atenção e cuidado no trato (Observações 2, 3, 4, 5, 7, 8 e 9). A base da comunicação entre o profissional e a gestante era a comunicação verbal, sendo, em ínfimos momentos, percebida a utilização de demonstração e da comunicação escrita (Observações 7, 8 e 9).

A organização dos consultórios era diversificada, sendo, em alguns a disposição da mesa e cadeiras feita de maneira tradicional (a mesa localizada entre o enfermeiro e a gestante) e, em outros, a mesa estava colocada lateralizada, permitindo uma aproximação maior entre a gestante e o enfermeiro (Observações 7, 8 e 9).

Barreiras no processo de atendimento foram observadas, no que tange à estrutura física, que não proporcionava espaço e acústica adequada em alguns locais. Verificou-se escassez de insumos, havendo necessidade da Enfermeira dividir com o médico quando os dois estão realizando o pré-natal em espaços separados, e; realização de outros atendimentos pela Enfermeira, durante as atividades educativas (Observações 6, 7, 8 e 9).

Sobre a abordagem ou não das necessidades em saúde, verificou-se que existia uma tendência em relacionar os aspectos físicos ou biológicos apenas. Por vezes, as orientações fornecidas pelo profissional são confundidas com a abordagem das necessidades em saúde e, também, os Técnicos de Enfermagem tendem a se eximir desta ação, passando a responsabilidade para o Enfermeiro, a não ser que a iniciativa da abordagem venha da gestante.

A gente sempre aborda, assim tipo, do que ela tem que se cuidar. Que ela tem que manter a higiene. A gente sempre orienta também da alimentação, sal, os temperos, fritura, o peso. Tu vais vendo o que precisa e já vai falando. (Enf2)

Olha eu procuro abordar, não focar somente na gestante, na gestação, no bebê tu pode ter outras conversas, sobre relação sexual, procurava sempre conversar com elas sobre alimentação. (Enf5)

É a enfermeira que faz, eu não faço, só quando elas entram na vacina e aí a gente segue conversando, se elas puxam algum assunto eu até sigo assim, daí eu passo para a enfermeira. Já aconteceu de uma gestante dizer que está passando necessidade, assim, financeira, de alimentação, coisa assim, eu já passei para a enfermeira. (TecEnf 2)

Sim, no caso assim, elas pedem uma orientação sobre as vacinas, a nossa parte é mais isso, mas com a enfermeira sim, se tem algum problema, alguma dúvida, ela sempre procura ajudar. (TecEnf 3)

Acredito que sim, acho que são abordadas. Eu acho que elas relatam alguma coisa e (pausa) a enfermeira ou a partir do relato dos ACSs que constata alguma coisa e trazem para nós. Se perguntam alguma dúvida a gente vai respondendo, às vezes pedem para falar particular com a gente, se tem alguma dúvida, não sabem. (TecEnf 4)

Sim, sim, mas eu não consigo fazer essa abordagem. (TecEnf 1)

No depoimento de alguns enfermeiros notou-se uma noção de necessidades em saúde mais ampliada, demonstrando tentativas de uma atenção mais integral à gestante.

Sim, (pausa) a gente tenta abordar todos os aspectos de moradia, de trabalho, de números de filhos, se tem emprego fixo se não, escolaridade, se usam alguma substância, envolvimento com drogas. (Enf1)

Em geral sim (silêncio) saúde, abordo primeiro no cadastro já tem do SISPRENATAL, já tem aquelas perguntas, quantas gestações, das doenças prévias, do parto, como foram as outras gestações, perguntada família também sobre alimentação, higiene, atividade física tudo é perguntado. (Enf4)

Sim, a primeira consulta geralmente é com o enfermeiro, então tu faz perguntas mais abrangentes porque tem que fazer o cadastro. Tu acaba perguntando no primeiro momento, tanto questões familiares, como vive, qual a ocupação da pessoa e também de gestações anteriores, como ela está vivendo, como ela tá pensando o depois e também claro sempre vendo a função dos sinais e sintomas. (Enf3)

Como se pressupunha que a questão sobre as necessidades em saúde fosse direcionada mais para as questões físicas e biológicas das gestantes, optou-se por perguntar exclusivamente sobre as particularidades sociais abordadas na consulta, pois tais particularidades em saúde são importante potencial de influência na qualidade de vida dos usuários.

As enfermeiras acreditavam que as questões sociais eram abordadas durante a consulta, girando em torno da renda, emprego, estudo, relações familiares e planejamento familiar.

Sim, a questão do planejamento familiar, porque tu acaba tendo que dar um apoio durante a gestação para aceitar, para introduzir na família. Outra

questão é a idade, tem algumas bem novas em fase de estudo, a gente acaba abordando, tentando estimular para que siga seus estudos. E questão do trabalho, a gente sempre pergunta se está trabalhando. A renda é muito pouco abordada, essa é uma dificuldade, algumas até comentam por causa da questão do bolsa-família. (Enf3)

Sim, com quantas pessoas elas moram, a convivência com a família, com o parceiro ou com o esposo. Como está o relacionamento do casal, se ainda é um casal, com os pais, porque tem duas gestantes menor de idade, tem que saber a situação dos pais também. (Enf4)

Renda, emprego, muitas são beneficiárias do bolsa-família. (Enf1)

Mas, uma das Enfermeiras considerou que a grande demanda da UBSF dificultava a abordagem de outras particularidades da gestante na consulta de Enfermagem.

Olha não digo uma coisa assim tão focada, até mesmo porque às vezes é tanta coisa e na correria acaba passando, mas sempre procuro. Então tempo falta por causa dos outros atendimentos acho que talvez muito acúmulo de serviço, fica muito para o enfermeiro, eu acho que falta um pouco o incentivo e a ajuda dos outros profissionais, porque todo mundo fica sentadinho. Eu faço o que tem que fazer, se não me empurram eu não faço, então o enfermeiro fica basicamente sozinho para aquilo ali. O dia da gestante é comigo. Então fica muito nisso assim, fica focado sabe na enfermagem, eu sinto falta disso, do acolhimento, da ajuda, da participação da equipe, porque não tem. (Enf 5)

Novamente os profissionais Técnicos de Enfermagem tenderam a passar a responsabilidade para os enfermeiros, além de, na sua maioria, relatar que não abordavam tais aspectos com a gestante.

São sim e até se alguém precisa a gente junta, compra alguma coisinha. (TecEnf5)

Acho que sim...comigo não, aconteceu com o agente de saúde, ele veio e conversou com a enfermeira, não foi passado para gente. (TecEnf 4)

Sim, a enfermeira é claro. Eu não. (TecEnf1)

Por meio das observações, verificou-se que existia identificação das necessidades das gestantes nas consultas de enfermagem, mas necessidades relacionadas à gestação, principalmente, às mudanças físicas e biológicas. Restritas abordagens relacionadas ao trabalho, modo de viver e desejos foram observadas. Tais identificações ocorreram essencialmente por meio do diálogo, não se percebeu ênfase aos aspectos subjetivos demonstrados pelas gestantes, nem priorização nos atendimentos das necessidades da gestante. Basicamente, a ordem de chegada

norteava a assistência, os encaminhamentos e a estratificação de risco estavam relacionados às questões biológicas e, muito discretamente às sociais.

Rápidas abordagens relacionadas ao trabalho, renda, comportamentos de risco, características da família surgiram durante as consultas (Observações 4, 7 e 9), com exceção da abordagem feita à gestante cuja profissão é ser profissional do sexo que houve uma conversa mais alongada, na perspectiva de investigar as condições de vida, relações familiares, prazer, alimentação, enfim, diversos aspectos foram abordados (Observação 8).

O tratamento dispensado às gestantes foi baseado na cordialidade e respeito, com iniciativas de alguns enfermeiros em conhecer aspectos da vida da gestante para após propor intervenções. No geral, predominou a abordagem biologista.

Para uma assistência embasada no atendimento às necessidades de saúde do usuário, o entendimento do conceito de integralidade da assistência por parte dos profissionais foi crucial. Nesta linha de pensamento, os profissionais foram questionados sobre este conceito e, especificamente, sobre a integralidade na assistência pré-natal.

Os relatos foram bem diversificados, nota-se que algumas falas passaram bem longe do conceito de integralidade da assistência, demonstrando o desconhecimento por parte do profissional.

Olha eu acho que é assim, é uma parte que não poderia faltar na gestação, é uma coisa simples, mas que ao mesmo tempo lá no final da gestação vai ser de bastante peso, desde que vá ser feito com qualidade assim, não digo com extrema qualidade porque às vezes falta mas é de extrema importância (Enf 5)

Eu não sei mas sempre assim, quando tem um problema daí desde o primeiro instante que ela chega na unidade, explica o problema e se tem um problema, que no caso eu acho que a Estratégia é exatamente isso, que daí no caso ela precisa de ajuda...ela não quer expor sabe o problema, mas a gente vai até ela, a enfermeira vai. (TecEnf 1)

Eu acho que a gente teria que dar bastante tipo integrar ela, tinha que dar bastante apoio que é uma hora que a gestante mais precisa de orientação, de vínculo com a equipe, criar vínculo com as pessoas. A gente consegue saber a posição social de cada um, saber o que mais precisa, consigo orientar mesmo sem que elas perguntem por já conhecer, por já saber como funciona. (TecEnf 4)

Eu acho que é tu acolher a gestante, fazer a tua consulta de enfermagem sempre com ela, ver as dificuldades, porque às vezes a gente pensa que ela está bem feliz e até está, mas às vezes ela está cheia de dúvidas, eu acho que esclarecer as dúvidas. (Enf2)

Outros depoimentos traziam como idéia central o trabalho em equipe multiprofissional ou uma atenção interdisciplinar como sinônimo de integralidade da assistência.

Toda a equipe trabalhando junto para dar o melhor para essa gestante, no caso médico, enfermeiro, técnico, todo mundo. (TecEnf 5)

Bom, acho que esse paciente, primeiramente é detectado na rua pelo a gente o problema, e trazido aqui para o posto e envolve todos, desde a recepção, acolhimento até chegar no médico. A gente procura ver os problemas que tem e tentar resolver do jeito que pode, se a gente não consegue encaminha para a assistente social. (TecEnf 03)

É quando todo mundo trabalha meio que junto assim. Eu acho que é nós, toda a equipe trabalhando junto, a enfermagem, o médico, o dentista, todo mundo trabalhando para saúde da gestante. (TecEnf 2)

No entanto, as enfermeiras, aproximaram-se mais do conceito de integralidade da assistência.

É tu ver um todo do paciente, do usuário, não só aquele momento, bom ela esta grávida vou tratar só ali o pré-natal, não. Eu tenho que ver as condições de saúde dela, tenho que ver as condições de moradia, de trabalho, de família, se tem companheiro se não tem. Integralidade, junto, integral é trabalhar também com outros profissionais né, não sozinha. (Enf1)

Enxergar ela como um todo, não só a gestante, a barriga e o bebê, um cuidado com todos os profissionais que a gente tem disponíveis, todos acrescentam. Ver as necessidades de saúde da gestante, como o social, o mental...isso. (Enf4)

Bom, eu acho que o trabalho em equipe já ajuda na integralidade porque tu tentar ver um pouco como um todo, tentar ver a questão não só como gestante, mas como ela também é mãe, ela também é esposa então a gente tem que ver todo o contexto que ela vive. Para ser integral tu tens que pensar nesse todo, não só no pré-natal, tentar ter um vínculo, formar um vínculo forte, que tu consigas perceber essas questões. Trazer todo o caso para a equipe porque cada um tem uma visão, um conhecimento, ou sabe ou conseguiu captar alguma coisa dessa pessoa, pra tentar ser o mais integral possível. (Enf3)

6.3.3 O singular: percepção e potencial de apoio da equipe de enfermagem

Com o intuito de descobrir se a Equipe de Enfermagem estava sensível as necessidades de saúde apresentadas pelas gestantes e/ou suas famílias, além de conhecer como agem para atender tais necessidades, questionamentos foram realizados sobre quais necessidades são comuns, condutas e ações da equipe.

As necessidades percebidas pelos profissionais de enfermagem foram bastante variadas, compreendendo patologias, hábitos culturais, falta de planejamento familiar, questões familiares, de moradia, de trabalho, de renda, de escolaridade, de acesso e de vínculo na UBS, este último relacionado com a falta de ACS nos territórios.

Eu acho que é a faixa etária muito baixa, gestante nova, muito nova. Acho que são as mais carentes também de recursos financeiros. (TecEnf 2)

Infecção urinária, a mais comum, a que mais aparece. Graças a Deus não tivemos hipertensão, não tivemos nenhuma da nossa área com diabetes, tivemos uma VDRL positivo, foi se tratar em Pelotas. Ela não estava querendo fazer as injeções, por causa de um problema de credo religioso que Jesus tinha curado ela. (TecEnf 3)

No interior a maior dificuldade é o transporte, não tem muito acesso, então é difícil, é longe. (TecEnf 3)

Perguntam sobre corrimento, sobre aleitamento materno. (TecEnf4)

De já ter outros filhos e se não está esperando a gravidez...umas se apavoram e já querem saber sobre o método definitivo, ou algumas até pensando em não ter, isso tem sido comum. Acho que é uma das necessidades essa desestruturação que acaba causando essa falta de planejamento. (Enf3)

Uma profissional do sexo, não tinha agente de saúde, apareceu para as consultas já no final da gestação perdi o vínculo, então assim não sei cadê. (Enf3)

Uma menina nova, estudante, mas que estava meio deixando até os estudos. (Enf3)

A gente atende uma área muito carente, a princípio a área menos favorecida, aí existem problemas de uso de drogas, a maior parte é a classe social eu acho assim, baixa escolaridade, muitas não tem emprego, baixa renda. (Enf1)

Acho que se dá muito pelo fato de serviço, porque elas têm a necessidade de ter esse acolhimento e muitas vezes acaba dificultando pelo horário de serviço (Enf 5)

Acho que a alimentação não é adequada, porque são muito pobres e a maioria deles não tem aquela orientação que eles tem que comer as frutas e verduras, elas têm onde plantar, mas elas não se cansam em plantar um pé de couve. A alimentação é precariedade para eles (Enf2)

Em relação as condutas e ações realizadas pelos Enfermeiros e Técnico de Enfermagem, foram citadas desde àquelas relacionadas à organização e processo de trabalho da equipe, como organização da agenda da UBS para disponibilizar um turno exclusivo para esta população, fornecimento de orientações, realização de grupos de gestantes e/ou salas de espera, acesso facilitado tanto por demanda

agendada ou por demanda espontânea, fornecimento de comprovante de consulta para aquelas que trabalham, discussão do caso na equipe, atenção e acompanhamento especial do ACS; até, o acionamento de dispositivos da rede como, o apoio matricial do NASF, o encaminhamento para outras especialidades, encaminhamento para o CAPS, solicitação de apoio ao Departamento de Assistência Social, solicitação da presença de familiares no pré-natal. Também, algumas equipes fazem doações de artigos para o bebê.

Eu passo alguns casos para o ACS acompanhar mais perto, peço o auxílio da psicóloga para acompanhar, converso em equipe, traçar assim alguns planos juntos pra gente tentar não perder vínculo, tentar aproximar tentar mostrar a importância de seguir o acompanhamento. (Enf3)

Doações de roupinhas. A gente encaminhou para o obstetra. (TecEnf5)

Eu nunca parei para pensar muito nessa parte a gente sempre orienta elas a tentarem fazer uma alimentação melhor possível, a gente também ajuda com algumas coisas que a gente ganha. (Enf2)

Eu mesmo forneço um comprovante da consulta facilito bastante, elas não podem ir na segunda-feira que é destinado às gestantes, elas vão outro dia, procuro me dedicar bem, um dia eu fui lá fazer busca ativa no serviço fui de jaleco para eles verem entendeu, fiz questão de falar na frente assim. (Enf5)

Costumamos conversar e chamar outros profissionais. A gente pede doações, auxílio do NASF (Enf5)

Acompanhamento dessa gestante, a gente busca, tem uma tarde só para o atendimento das gestante, elas são agendadas. Realizar a busca ativa, o Agente de Saúde sempre orientado a estar mais atento às gestantes, a inclusão delas no bolsa-família...elas são agendadas mas elas podem vir na unidade em outros horários, o apoio do NASF, assistente social da Secretaria também, o Departamento de Assistência Social. (Enf1)

A gente faz uma conversa entre nós profissionais com eles, a gente pede a presença no pré-natal da família, tem o apoio matricial do NASF, a nutricionista, a educadora física. Com a mudança do corpo tem a educadora física que ajuda na postura, no modo de caminhar. Agora esta sem no NASF mas a assistente social também é um apoio bom, a psicóloga, um ótimo apoio quando precisava, agora está sem...pode ser encaminhado para o CAPS. (Enf 4)

Mudança do corpo, elas tem a vontade de amamentar, falar bastante do parto normal. (Enf4)

Sim, isso aí acontece muito, mas com a enfermeira e ela entra em contato com a Secretaria de Saúde, explica o caso, aí é encaminhado, sempre é ela que faz, por isso que é assim, não posso te responder coisas que eu não tenho acesso, que não participo. (TecEnf 1)

Conversar com a gestante pra ver se consegue orientar em algum aspecto, a conversa pode ser com qualquer um de nós, tem a nutricionista, tem psicólogo. (TecEnf 4)

A gente orienta, a gente tem um grupo de artesanato que fazem roupinha, a gente ajuda com esse tipo de coisa, comenta sobre amamentação, tem assistente social. (TecEnf 3)

O grupo de gestantes que no caso elas não participavam aí a gente começou a fazer sala de espera aqui, aí a gente fornece material, dá roupinha, dá cobertorzinho, essas coisinhas, a gente sempre procura tá sabendo o que elas estão necessitando, acho que é isso mais ou menos. (TecEnf2).

7. Discussão dos Resultados – Interpretando a Realidade Objetiva

Conforme orienta a TIPESC, o foco aqui foi a busca das contradições dialéticas da realidade objetiva, apresentada anteriormente. A Lei da Unidade e luta dos contrários fornece o embasamento necessário para a interpretação da realidade objetiva, uma vez que afirma que uma reflexão sobre as contradições propicia a identificação dos pontos vulneráveis e de possível modificação (Perna; Chaves, 2008).

Assim, procedendo-se a análise dos resultados apresentados pelo instrumento de captação da realidade objetiva e pelas categorias analíticas emergidas das entrevistas e observações, surgiram as categorias interpretativas. Vale ressaltar que tais categorias recortam o fenômeno na dimensão estrutural, particular e singular sendo, ainda, a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional.

Para fins deste estudo, as categorias conceituais utilizadas foram o homem, a assistência à saúde coletiva e a Enfermagem. As três categorias dimensionais propostas pela TIPESC foram contempladas (totalidade, interrelação entre o estrutural, o particular e o singular e a práxis).

7.1 Descompasso na rede de assistência ao pré-natal

Apesar da rede de atenção à gestante do município de Pinheiro Machado estar mapeada e ser reconhecida pelos profissionais, apresenta alguns nós críticos que vão, em última instância, prejudicar o cuidado à gestante e/ou à família.

A população atendida caracteriza-se por pessoas de classes mais baixas, territórios com grandes disparidades, onde o índice de desemprego é alto, assim como a baixa escolaridade. Soma-se a esse fato o elevado consumo de medicamento controlados, seguido pelas substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e um déficit em atividades de entretenimento saudável. Tal realidade requer diferentes

abordagens para os diferentes contextos (OHARA; SAITO, 2013), o que não foi evidenciado durante a realização deste estudo, já que a assistência ao pré-natal está organizada de modo sistemático e rotineiro. Para Backes et al (2012), a necessidade de inserção ativa e responsável na vida das comunidades pode causar desconforto e insegurança nos profissionais.

Mesmo neste panorama, configura-se a inexistência de políticas sociais locais, com pontuais ações caracterizadas por doações às famílias necessitadas.

A participação da comunidade como Controle Social inexistente (KAWATA et al, 2011).

A adesão à Rede Cegonha foi consolidada, contudo, existe certo descompasso entre o que esta preconiza e o que a equipe realiza, principalmente relacionado ao fato de que as consultas deveriam ser intercaladas entre o médico e a enfermeira, sendo que esta deveria assumir a maior parte das consultas no pré-natal de risco habitual (BRASIL, 2011a).

Isto não ocorre no município, pois apenas uma equipe realiza a consulta de pré-natal desta forma, nas demais UBSFs, ou o enfermeiro fica responsável pelo preenchimento dos papéis, ocupação historicamente repassada aos enfermeiros, a qual culmina com a diminuição da autonomia deste (MONTEIRO et al, 2011); ou atua 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 levantada é a não realização de visitas domiciliares, a não ser aquelas de 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 UBSF será fiel e captadora como a visão do profissional no ambiente físico destas pessoas. Neste sentido Rocha et al (2011) afirmam que a visita domiciliar propicia uma maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade, sendo uma oportunidade para evidenciar necessidades básicas.

Em contrapartida, verificou-se que a Rede Cegonha trouxe melhorias na atenção ao pré-natal, como a disponibilização de testes rápidos nas UBSFs, 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, 2011a). Mas, torna-se pertinente salientar que este aumento no consumo de procedimentos não impacta necessariamente nos níveis de saúde (BRASIL, 2011).

As atividades educativas, outra ação prevista pela Rede Cegonha, são realizadas na zona urbana do município, coordenadas pelo Enfermeiro (SCHIMITH; LIMA, 2009), mas contam com baixa participação e resistência das gestantes, sugerindo que o serviço oferecido pela equipe difere do desejo e necessidade da gestante, já que elas não participam 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 são realizados individualmente, seja pelo difícil acesso, seja 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, perceberam-se características dialógicas, pautadas na escuta e na troca de saberes (DICK; FRAZIER, 2006; DESHEFY-LONGHY et al, 2008; KAISER et al, 2009; KEBIAN; ACIOLI, 2011; CERVERA et al, 2011; KAWATA et al, 2011; MARILAF et al, 2011; BACKES et al, 2012) e, em outros momentos, extremamente verticalizada, com repasse de informações apenas. Cervera et al (2011) em seu estudo também apontou atividades de educação em saúde verticalizada, com sentido único profissional-usuário, questionando a validade e resultados dessa prática.

A participação da família na assistência pré-natal é mínima, o que, a princípio, não parece ser visto com preocupação pela equipe, a julgar pelos relatos das entrevistadas, que pouco abordaram a temática; e pelas observações das consultas, quando não evidenciou-se questionamentos e orientações quanto à importância da presença dos familiares no pré-natal e, também, alguns consultórios não oferecem acomodações para os familiares. Piccinini et al (2012) apontou a importância de familiares e amigos como fonte de apoio e informação durante o pré-natal.

Estudos têm apontado que as visitas domiciliares podem melhorar a qualidade do pré-natal entre gestantes pobres e aumentar a participação de familiares, sobretudo do marido, na gestação (CESAR et al, 2012). Ademais, na

inexistência de visitas domiciliares, dificilmente se conhecerá a constituição familiar desta gestante.

Apesar da Atenção Básica no município contar com 100% de ESF, com cinco equipes, a falta de ACS no território por mais de 1 ano, fragiliza a comunicação da comunidade com a UBSF e, especialmente das gestantes, acarretando captações mais tardias além de acompanhamento mais deficitário. No que tange a captação precoce Correa et al (2011) destaca sua importância na morbidade materna e na melhora dos resultados perinatais, uma vez que possibilita a identificação precoce das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias.

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 acarretam problemas de qualidade na assistência que, em última instância vão acometer as gestantes, como captações tardias, necessidades não percebidas pela equipe e desconforto durante as consultas. Rocha et al (2011), menciona a relação da falta de recursos materiais à dificuldades na assistência.

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

Contudo, as dificuldades evidenciadas na referência e a contra-referência, mais especificamente, no contra-referenciamento são cruciais no acompanhamento à gestante, contribuindo para afastamento, perda do vínculo e da co-responsabilização da gestante com a equipe de saúde. Neste sentido Fratini et al (2008) aponta para a necessidade de uma referência e contra-referência de qualidade, contribuindo para a humanização, com a manutenção do vínculo entre paciente, família e sistema de saúde.

As UBSFs 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, norteador 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, 2013b).

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

Ainda assim, as enfermeiras têm ampla participação nas atividades voltadas ao pré-natal, sendo que a primeira consulta sempre é com este profissional, não se percebendo diferença na procura por consulta médica ou por consulta de enfermagem, corroborando com Sibbald et al (2006) e Keleher et al (2009), quanto à eficiência da consulta de enfermagem, em detrimento da consulta médica.

Os profissionais Técnicos de Enfermagem demonstraram desconhecimento acerca do Protocolo, mesmo participando da assistência ao pré-natal.

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

Assim, pode-se dizer que o município tem procurado estar em sintonia com as recomendações atuais para a qualificação do pré-natal (BRASIL, 2011). 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 consequência, a população com melhores condições de saúde e de vida.

7.2 Fragilidades na Consulta de Enfermagem

As equipes de enfermagem que constituem a ESF possuem, no geral, um bom conhecimento do território pelo qual são responsáveis. A territorialização das equipes está bem definida, o que é essencial para um cuidado voltado às necessidades da população (BRASIL, 2012).

Também, durante a coleta de informações da captação da realidade objetiva, notou-se que o Enfermeiro enumera características importantes na sua população, reconhecendo a heterogeneidade da comunidade nas mais diversas áreas do convívio em sociedade, as vulnerabilidades da população adstrita, atritos entre diferentes classes sociais, características de consumo da coletividade e tensão intra-grupos locais. Em contrapartida, a oferta de serviços na UBSF, não considera esta heterogeneidade (BRASIL, 2012). Esta situação pode ocasionar a exclusão de extratos dessa população na assistência à saúde.

A equipe de Enfermagem como um todo participa da assistência de enfermagem e, conforme informado em seções anteriores deste trabalho, as atividades realizadas por essa equipe no âmbito da Saúde Coletiva, para fins deste estudo, são consideradas como Consulta de Enfermagem. Segundo Egry (2008), na Consulta de Enfermagem o usuário pode ser atendido como um mero consumidor ou como um sujeito singular que requer cuidado no auxílio ao resgate, à manutenção ou fortalecimento do seu modo de vida.

As UBSFs estão articuladas com os demais serviços da rede, sendo que o Enfermeiro tem autonomia para referenciar as gestantes para qualquer ponto desta rede.

O Enfermeiro ocupa o topo na hierarquia das UBSFs (BACKES et al, 2012), contudo, a função de coordenador da Unidade é imposta aos enfermeiros pela gestão municipal, ainda assim, este é visto como o condutor da gestão da UBSF e, também, da assistência ao pré-natal, corroborando Backes et al (2012), quando afirma que o enfermeiro é visto como profissional-chave para nortear as políticas da Saúde Coletiva.

A Consulta de Enfermagem não está embasada em nenhuma Teoria de Enfermagem e também não utiliza instrumentos próprios da Enfermagem na sua execução (LEDESMA-DELGADO e MENDES, 2009) o que, em parte, pode explicar o fato de ela ser organizada conforme a demanda da gestante e não conforme à

necessidade real da mesma. Relacionado a esta questão SANTOS e CUBAS (2012) apontam que a Consulta de Enfermagem embasada por uma Teoria é o ponto de partida para o alcance da integralidade e da longitudinalidade.

No cenário de atenção de enfermagem à gestante em Pinheira Machado evidenciou-se que o Técnico de Enfermagem, enquanto integrante da equipe, tem uma participação discreta na Consulta de Enfermagem, evidenciada pela realização de procedimentos (verificação do peso, da pressão arterial, aplicação de vacinas) e, algumas eventuais orientações em saúde, com pouca evidência de registro dessas intervenções. Além de que, este profissional não é presente em todos os espaços em que ocorre a Consulta de Enfermagem.

Ainda, outra característica percebida, é a constante transferência de responsabilidade e até mesmo de posicionamento e atitude do profissional deste profissional para o Enfermeiro, talvez por insegurança ou até mesmo despreparo daquele, ou pela orientação e, por vezes, comportamento centralizador e dominador deste. A escuta qualificada, o acolhimento e a capacidade de diálogo não são utilizados pelos Técnicos de Enfermagem. Esta situação descaracteriza o trabalho da enfermagem enquanto equipe, contribuindo para uma fragmentação dessa assistência. Neste sentido, Santos e Cubas (2012) pontuam a necessidade da colaboração coletiva da equipe de Enfermagem para a viabilidade da Consulta de Enfermagem.

É importante ressaltar que, neste contexto, os profissionais Técnicos de Enfermagem executam, em algumas UBSFs, atividades que não fazem parte do seu escopo profissional (atividades de recepção e de serviços gerais), o que pode contribuir para a ocorrência das dificuldades evidenciadas.

Conforme observado durante as consultas, a abordagem das necessidades de saúde da gestante ou família é essencialmente voltada para questões biológicas relacionadas à gestação (GOMES, 2011), ainda que o discurso das Enfermeiras afirme que diversas outras questões são abordadas. Notou-se no depoimento das entrevistadas, uma confusão entre orientações fornecidas pelo profissional e abordagem das necessidades de saúde, sendo que os Enfermeiros apresentaram um conhecimento mais ampliado acerca do tema, acenando para uma visão mais integral do indivíduo (ARAGÃO et al, 2013).

O exame físico realizado na gestante caracteriza-se pela rapidez em sua realização e pela avaliação das condições fetais uma vez que está centrado no

abdômen da gestante. Não é realizado um exame físico da gestante levando-se em conta o ser biológico e social que participa da consulta, corroborando com estudo de Cunha et al (2009) que evidenciou fragilidades no exame físico realizado por enfermeiros, relacionado à não realização de competências essenciais esperadas da atenção ao pré-natal.

As informações colhidas estão condicionadas a ficha de pré-natal, a qual é um “espelho” da carteira da gestante, possuindo dados relacionados às gestações anteriores, morbidades familiares e pessoais e dados da atual gestação, os quais, na lógica reducionista da visão biomédica, são os dados necessários para conhecer as necessidades em saúde das gestantes (MONTEIRO et al, 2011).

Assim, conforme evidenciado na observação das consultas, se a gestante apresenta uma personalidade mais tímida, procurando ouvir mais do que falar, este momento de coletar as informações das condições de vida, o histórico pessoal e familiar, torna-se pobre e desprovido de possibilitar um diagnóstico situacional preciso. Piccinini et al (2012) apontou que as necessidades emocionais não têm sido atendidas na assistência pré-natal.

Vale ressaltar que alguns consultórios apresentaram uma disposição dos móveis diferente da tradicional, com retirada de barreiras físicas entre a gestante e o profissional.

No momento, não existe nenhum instrumento utilizado pelas UBSFs para reconhecer as necessidades em saúde da população, o planejamento da assistência não está embasado nas necessidades da comunidade, assim como a assistência pré-natal, o que, de certa forma, traz inúmeros prejuízos para a comunidade e para a equipe, uma vez que, a chance da oferta estar desarticulada com a demanda é grande. A necessidade desta articulação é apontada por Brasil (2012) como importante para o alcance de uma assistência de qualidade e resolutive.

As questões sociais são reconhecidas pelas enfermeiras, contudo, a grande demanda para o Enfermeiro foi citada como barreira para a realização de uma abordagem mais profunda. Dentre as observações realizadas, se verificou que em situações especiais, que fogem à regra, como no caso de uma gestante profissional do sexo, existe uma maior abordagem destas questões. Ainda, tentativas de conhecer a inserção da gestante na sociedade foram observadas em raros momentos (ROCHA et al, 2011).

O desconhecimento por parte de Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros acerca do conceito de integralidade é notável, sendo que, o trabalho em equipe multiprofissional foi citado por alguns profissionais como sendo sinônimo de integralidade na assistência. Os Enfermeiros apresentaram depoimentos mais próximos do conceito, com vistas ao reconhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias (PEREIRA et al, 2009).

Ademais, não existe gestão partilhada da comunidade em nenhuma Unidade, o que aprofunda ainda mais a distância entre equipe e população, entre anseios e desejos dos usuários e ações e condutas da equipe (KAWATA et al, 2011).

Outra grande dificuldade percebida é a desarticulação dos sistemas de informação. O acompanhamento e planejamento das atividades são primordiais para uma assistência adequada às reais condições da comunidade, sendo que os Sistemas de Informação em Saúde são considerados ferramentas indispensáveis para a Gestão em Saúde (CARNUT, 2012).

Desta forma, verifica-se que as equipes de enfermagem do município apresentam fragilidades relacionadas à organização da sua prática, uma vez que não utilizam instrumentos próprios da profissão e a assistência de enfermagem carece de Teoria de Enfermagem que a embase. A intervenção no processo saúde-doença se dá conforme a lógica do modelo biomédico, não levando em consideração as diferentes características da sociedade. Ainda, faz-se necessário estimular e/ou capacitar o profissional técnico de enfermagem para que participe mais nas atividades de atenção à gestante, contribuindo para a qualificação da assistência de Enfermagem e, também, na qualidade de vida desta população específica.

7.3 Abordagem das necessidades em saúde: uma realidade a ser alcançada

As equipes de Enfermagem reconhecem as fragilidades de cada território e, especificamente, as características das gestantes sob sua responsabilidade.

De acordo com as informações colhidas por meio do instrumento de captação da realidade objetiva, no geral, as necessidades em saúde das gestantes são variadas, de caráter biológico e social, especificidades da vida, relações familiares e

com o serviço de saúde, contudo, o conjunto destas necessidades não é discutido na singularidade de cada indivíduo, no momento da Consulta de Enfermagem.

A abordagem do Enfermeiro é voltada para as questões biológicas, relacionados à agravos já instalados e, em algumas situações, à más condições de vida, ou seja, um conceito de saúde reducionista, distante das realidades concretas dos sujeitos (MORAES, 2008). A maior parte dos Técnicos de Enfermagem não reconhece o que são necessidades em saúde e, por assim ser, não fazem da abordagem dessas necessidades rotina da prática diária.

Contudo, Aragão et al (2013) aponta que a Enfermagem vem reorientando suas ações para que possa contemplar as necessidades de saúde dos usuários, não se limitando à racionalidade médico-curativa.

Na Consulta de Enfermagem, as informações subjetivas não são discutidas, assim como as informações não-verbais apresentadas pela gestante. Tais condutas levam à identificação de condições inerentes à gestação. As orientações e as condutas da equipe de enfermagem estão restritas ao descrito nos manuais e livros técnicos de saúde, importantes e válidas, mas que não se bastam se levarmos em consideração as diferentes condições de vida das gestantes. Corroborando com Egry (2008), quanto ao reconhecimento e legitimação de algumas necessidades em saúde em detrimento de outras por parte dos serviços de saúde.

KAWATA et al (2011) salientam a necessidade de um trabalho centrado no uso mais intenso de tecnologias leves e leve-duras, representadas pelas relações e pelo conhecimento técnico.

Ademais, outras necessidades passíveis de influenciar diretamente as condições de saúde da gestante e do feto não são abordadas, o que pode estar relacionado à inexistência de dispositivos sociais locais que contribuam para diminuir as desigualdades entre as diferentes classes sociais atendidas no município, pois, uma vez que essas necessidades não são reconhecidas e trabalhadas nos serviços que mantém contato próximo com as famílias, sugere-se que as mesmas não existam. Distanciando-se do conceito de qualidade de vida e capacidades humanas determinadas socialmente, coerentes com os princípios do SUS (SANTOS e CUBAS, 2012).

A atual abordagem realizada pelas equipes traz como principais condutas aquelas relacionadas ao processo de trabalho da equipe e organização da UBSFs com vistas à atender as necessidades que não são do serviço, mas sim das

gestantes e suas famílias. Recursos da rede também são acionados para encaminhamento. Tais condutas são pertinentes e válidas, mas não são suficientes para promover transformações reais nas condições de vida da comunidade, corroborando com estudo de Aragão et al (2013) sobre a inexistência de ação partilhada com outros entes públicos ou privados, onde o encaminhamento representa a transferência do problema.

Conforme Santos e Cubas (2012), parte das necessidades em saúde pode ser satisfeita pelo setor saúde quando existe integralidade das ações, mas outra parte é nas relações com outros setores, por meio da intersetorialidade, com ações em rede.

Ademais, inexistente o fomento á dispositivos comunitários ou estratégias de empoderamento da comunidade para uma participação mais ativa nas discussões relativas às políticas públicas.

Tal realidade evidencia a necessidade de uma reflexão sobre a abordagem das necessidades em saúde da gestantes, assim como, sobre a disponibilidade de serviços e conformações da rede voltadas para as especificidades desta população específica.

8. Conclusões

De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF representa a conformação ideal para a organização da AB, pautada nos princípios e diretrizes do SUS, procurando atender as necessidades de saúde da população e, especificamente na assistência ao pré-natal, caracteriza-se como a porta de entrada preferencial dos usuários nesse sistema.

Neste cenário, a Rede Cegonha vem com a proposta de articular os serviços em prol da constituição de uma rede sólida, que tem a AB como ordenadora do cuidado, salientando a importância da participação e autonomia do Enfermeiro na realização da consulta de Enfermagem no pré-natal.

O trabalho da Enfermagem é caracterizado pelas atividades realizadas pela equipe de Enfermagem e, no cenário da Saúde Coletiva, palco das ações da ESF, tais atividades são reconhecidas como Consulta de Enfermagem, a qual acaba sendo o instrumento de trabalho da Enfermagem, necessitando ser norteadas por um método sistemático próprio da profissão.

Neste sentido, o presente estudo procurou conhecer a prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal, investigando se a mesma atende as necessidades de saúde das gestante/família/comunidade, com base na TIPESEC.

Em relação às condições sociais de (re)produção das políticas públicas vigentes na sociedade, que orientam a Consulta de Enfermagem na assistência ao pré-natal da Estratégia Saúde da Família, pode-se perceber que o município acompanha as políticas públicas vigentes, sendo, a Rede Cegonha a atual ordenadora da assistência pré-natal no município. Melhorias em algumas características da assistência pré-natal foram conseguidas com o advento da Rede Cegonha, contudo, alguns nós críticos são reconhecidos, fazendo-se necessária

uma gestão municipal mais participativa e reflexiva com vistas a identificar os nós, traçando estratégias para sua superação.

No cenário da assistência ao pré-natal, o município dispõe do Protocolo Municipal, o qual é a base para a organização das equipes, garantindo autonomia ao Enfermeiro na realização das consultas, necessitando, porém, de uma maior divulgação, tanto entre os profissionais de Enfermagem, como na comunidade local.

Ainda, a organização da assistência pré-natal na rede municipal não leva em consideração 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 extremamente necessário no município.

No que diz respeito a identificação de práticas e instrumentos utilizados na Consulta de Enfermagem que possibilitem reconhecer o perfil das necessidades em saúde das gestantes percebe-se autonomia do profissional Enfermeiro na consulta. Contudo, esta não tem embasamento teórico próprio da profissão, além de não utilizar qualquer instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem, contribuindo para uma assistência voltada para a demanda, e não para as necessidades da gestante.

Inexiste instrumento local para a captação das necessidades de saúde da gestante, estando a assistência, desta forma, provavelmente desarticulada das reais necessidades da população.

A participação dos profissionais Técnicos de Enfermagem evidenciou-se discreta e, em alguns momentos, caracterizada pela omissão, sendo necessário o incentivo à integração deste profissional nas atividades de assistência ao pré-natal, possibilitando-lhe o aporte de conhecimentos necessários, além de suporte para realização das atividades com autonomia.

Sobre a abordagem das necessidades em saúde, pode ser percebido o predomínio de uma orientação baseada no modelo biomédico de assistência a saúde, de característica reducionista, entendendo a saúde como ausência de doenças. No entanto, iniciativas pautadas num olhar mais ampliado do processo saúde-doença por parte dos Enfermeiros foi percebida, vislumbrando um olhar em prol da integralidade da assistência.

Referente à identificação da percepção e formas de enfrentamento da equipe de Enfermagem frente às necessidades em saúde das gestantes, pode se perceber que uma relação íntima com as necessidades de cunho biológico, informadas verbalmente pela gestante. As informações subjetivas, no geral, não foram percebidas, ou, pelo menos, não foram objeto de cuidado na assistência de pré-natal.

As condutas da equipe com vistas à promover um enfrentamento das necessidades caracterizam-se, principalmente, por atitudes relacionadas à organização do trabalho em prol da gestante e pelo acionamento de dispositivos da rede para encaminhamento. Tal realidade evidencia a necessidade uma articulação entre os diferentes setores e, inclusive entre a equipe, com vistas à garantir intervenções que realmente incidam positivamente sobre as condições de vida da população.

Assim, os pressupostos deste estudo foram confirmados em parte, na medida em que, a assistência ao pré-natal está pautada em políticas públicas que trazem em seu bojo o conceito de integralidade e equidade da atenção, mas o enfrentamento das necessidades de saúde ocorre de forma reducionista e imediatista, com foco naquelas de caráter biológico e individual. Não sendo caracterizada, portanto, conforme se suponha, na medicalização da atenção, já que esta não foi citada durante os depoimentos, mesmo que o enfermeiro esteja apto a prescrever alguns medicamentos. O que pode sinalizar um afastamento dos Enfermeiros da assistência focada na medicalização.

O segundo pressuposto foi confirmado em sua totalidade, já que a práxis das equipes de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família não está alicerçada em instrumentos metodológicos próprios da profissão, além do que, a Consulta de Enfermagem, não é vista como um instrumento de trabalho que necessita ser norteado por um método sistemático, mas como uma atividade rotineira complementar à Consulta Médica.

E, por fim, o último pressuposto também foi confirmado, uma vez que a equipe de Enfermagem não faz uso da determinação social do processo saúde-doença na sua prática diária, não contemplando, portanto, o conceito de integralidade na assistência prestada, ainda que movimentos nesse sentido tenham sido percebido.

Também, foi possível perceber que a TIPESEC proporciona uma metodologia adequada para o levantamento da realidade em saúde, tendo aplicabilidade na Estratégia Saúde da Família, já que esta deveria ter seu planejamento voltado para as necessidades do território. Assim, esta Teoria apresenta um grande potencial para embasar a Sistematização da Assistência à Saúde Coletiva, por ora inexistente na realidade estudada, com vistas a alcançar a integralidade na assistência de Enfermagem no campo da Saúde Coletiva.

Outros estudos fazem-se necessário para compreender a práxis da Consulta de Enfermagem na Saúde Coletiva e a aproximação com as bases teóricas específicas da profissão.

Conforme orienta a TIPESEC, as fases seguintes da Teoria mostram-se necessárias no presente estudo, já que, reconhecendo a realidade na qual estão inseridas as equipes de Enfermagem do município, intervenções podem ser feitas buscando a mudanças nessa realidade, ocasionando uma nova situação, que necessitará de nova captação da realidade objetiva e nova interpretação e assim sucessivamente, reconhecendo que as mudanças são contínuas e permanentes na sociedade e que a Enfermagem necessita estar inserida neste contexto dialético, instrumentalizada para ofertar um cuidado caracterizado pela práxis.

Referências⁴

ABDON, Jessica Benentes; DODT, Regina Cláudia Melo; VIEIRA, Danyelly Pontes; MARTINHO, Neudson Johnson.; CARNEIRO Elionei de Paulo; XIMENES Lorena Barbosa. Auditoria dos registros nas consultas de enfermagem acompanhando o crescimento e o desenvolvimento infantil. **RENE**, n. 10, v. 3, p. 90-96, 2009.

AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS**: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.

ALMEIDA, Miriam de Almeida; SEGANFREDO, Deborah Hein; UNICOVSKI, Margarita Rubin. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. **Revista da Escola de Enfermagem** [da] Universidade de São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1059-1064, 2008.

ALVES, Kisna Yasmin Andrade; DANTAS, Cilene Nunes; SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira; DANTAS, Rodrigo Assis Neves. Vivenciando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: relato de experiência. *Escola Anna Nery*, v. 2, n. 17, p. 381-388, abr/jun, 2013.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n.27,p. 1053-1064, jun, 2011.

ARAGÃO, Ailton de Souza; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; VENDRUSCOLLO, Telma Sanchez; SOUZA, Sinara de Lima; GOMES, Romeu. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, jan-fev, 2013.

ASSTEPLAN, Secretaria Estadual de Saúde. Rio Grande do Sul. Regiões de Saúde: Rio Grande do Sul. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/upload/1345742423_regioes_de_saude.pdf. Acesso em 24/11/2014.

⁴ Esta pesquisa obedece as normas do Manual da Universidade Federal de Pelotas, disponível em http://sisbi.ufpel.edu.br/arquivos/PDF/Manual_Normas_UFPel_trabalhos_acad%C3%AAmicos.pdf

BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; ERDMANN, AlacoqueLorenzini; BÜSCHER, Andreas. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 17, p. 223-230, 2012.

BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; TEIXEIRA, Neuma ZanarianoFonaia; PEREIRA, WilzaRocha. Consulta de enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 226-229, 2007.

BARROS, Débora Gomes; CHIESA, Anna Maria. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem** [da] Universidade de São Paulo, n. 41 (Esp.), p. 793-798, 2007.

BASTON, H.; HALL, J. **Enfermagem obstétrica essencial: uma abordagem humanizada**, v. 2: pré-natal. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.p. 153

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco (recurso eletrônico)**. 1ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. p.318.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Técnico Institucional. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 42, p. 383-3887, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2006**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 110.

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

CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Rafael Moriane; RODRIGUES, Oreston Alves. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, sup. 2, p. 3139-3147, 2010.

CALDEIRA, Antônio Prates; SANTANA, Kênia Rabelo; CARNEIRO, Jair Almeida; FARIA, Anderson Antônio. Qualidade da assistência à gestante em diferentes modelos de atenção primária. **Revista APS**, v. 13, n. 2, p. 196-201, 2010.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 11, n. 23, p. 605-618, jan/mar, 2013.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). 2004. 206p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, jan/mar, 2013.

CASTRO, Carmen Magda Almeida de. **Reflexões sobre a inserção do cirurgião-dentista na ESF:** levantamento e revisão bibliográfica a partir de 2004. 2011. 42 f. 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.

CECCIM, Ricardo Burg; CAVALCANTI, Felipe. **Rede Cegonha:** práticas discursivas e redes de diálogo. Disponível em: <http://portal.conasems.org.br>. Acesso em: 17 mar 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 113-126.

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. 1547-1554, 2011.

COFEN. Resolução COFEN-159/1993. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161> Acesso em: 19 nov 2013

COREN/RS. **Legislação e Código de Ética**: guia básico para o exercício da enfermagem. 2012. p. 66.

COSTA, Christina Souto Cavalcante; VILA, Vanessa da Silva Carvalho; RODRIGUES, Flávio Melo; MARTINS, Cleusa Alves; PINHO, Lícia Maria Oliveira. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 2, n. 15, abr/jun, 2013, p. 516-522.

COSTA, Eva Maria; TONINI, Teresa; FIGUEIREDO, NéliaMariaAlmeida de; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. A prática coletiva em saúde – produzindo saberes e criando práticas. In: Figueiredo, Nélia M. A.; TONINI, Teresa (Org.). **SUS e PSF para enfermagem**: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.p. 103–124.

COSTA, Glaucete Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; REIS, José Roberto BATISTA, Rodrigo Siqueira; GOMES, Andréia Patrícia; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. supl. 1, n. 14, p. 1347-1357, 2009.

COUTINHO, Tadeu; MONTEIRO, MárioFranciscoGiani; SAYD, JaneDutra; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; COUTINHO, Conrado Milani; COUTINHO, Larissa Milani. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 11, n. 32,p. 563-569, 2010.

CUBAS, Márcia Regina; ALBUQUERQUE, Leda Maria de; MARTINS SorianeKieski; NOBREGA, Maria Miriam Lima de. Avaliação da implantação do CIPESC em Curitiba. **Revista da Escola de Enfermagem [da]Universidade de São Paulo**, n. 40, v. 2, p. 269-273, 2006.

DESHEFY-LONGHI, Terry; SWARTZ, Martha K.; GREY, Margaret.Characterizing nurse practitioner practice by sampling patient encounters: An APRNetstudy.**Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, n. 20, p. 281-287, 2008.

DICK, Karen; FRAZIER, Susan C. An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, n. 18, p. 325-334, 2006.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M.; (ed). Classificação das intervenções de enfermagem NIC. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DONABEDIAN, A. **La capacidad de la atención médica**: definición e métodos de evaluación. México: La prensa Médica Mexicana, 1984.

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. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e método de intervenção**, 2011. Disponível em: <http://moodle.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=38633>. Acesso em: 18 nov 2013

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. **O princípio da integralidade – Seminário internacional 20 anos do SUS**. São Paulo, out 2008. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/sde/palestras/seminario_internacional_20anos/30102008/emiko.ppt. Acesso em: 18 nov 2013.

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

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem** [da] Universidade de São Paulo, n. 40, v. 4, p. 533-539, 2006.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida. Desempenho do PSF no sul e nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica na Atenção Básica à Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 3, n. 11, p. 669-681, 2006.

FLORENCIO, Alessandra; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco; CABRAL, Fernanda Beheregaray; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem** [da] Universidade de São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1320-1326, 2012.

FREITAS, Giselle Lima de; VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica da Enfermagem**, v. 2, n. 11, p. 424-428, 2009.

GOMES, Romeu. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2358-2359, 2011

GREASLEY, Peter. Welfare advice in general practice: a resource for community nurses. **British Journal of Community Nursing**, v. 8, n. 10, p. 368-372, 2005.

GUERREIRO, Eryjósy 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.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira. Os rumos da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Editorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 19, n. 6, p. 97-101, abr/jun, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br. Acesso em: 24/11/2014.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health informatics integration of a reference terminology model for nursing ISSO/FDIS 18104/2003**. Geneva, 2003.

KAISER, Khaterine Laux; FARRIS, Nancy; STOUPA, Robin; AGRAWAL, Sangeeta. Public and Community Health Nursing Interventions With Vulnerable Primary Care Clients: A Pilot Study. **Journal of Community Health Nursing**, n. 26, p. 87-97, 2009.

KAWATA, Lauren Suemi; MISHIMA, Silvana Martins; CHIRELLI, Mara Quaglio; PEREIRA, Maria José Bistafa; MATUMOTO, Silvia; FORTUNA, Cinira Magali. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Revista da Escola de Enfermagem [da] Universidade de São Paulo**, v. 45, n. 2, p. 349-355, 2011.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidados do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Revista de Enfermagem [da] Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, v. 19, n. 3, p. 403-409, jul/set 2011.

KELEHER, Helen; PARKER, Rhian; ABDULWADUD, Omar; FRANCIS, Karen. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. **International Journal of Nursing Practice**, n. 15, p. 16-24, 2009.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. São Paulo: Paz e Terra; 1992.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.1, n. 6, p. 233-242, 2001.

LEDESMA-DELGADO, Maria Elena; MENDES, Maria Manuela Rino. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na

perspectiva das enfermeiras assistenciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 17, v. 3, p. 328-334, 2009.

LEMOS, Adriana. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 2, n. 1, p. 220-227, abr/jun, 2011.

LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; ARAÚJO, Thelma Leite; SERAFIM, EdilmaCasemiroGomes; CUSTÓDIO, Ires Lopes. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 331-338, 2010.

LOPES, FernandaLucas; SZEWCZYK, Michelle da Silveira Chapacais; LUNARDI, Valéria Lerch; SANTOS, Silvana Sidney Costa. SAE como um novo fazer na atividade cuidativa da enfermeira com base na complexidade de Edgar Morin. **Cogitare Enfermagem**, v. 1, n.12,p. 115-119, jan/mar, 2007.

MACHADO, Marcia Maria Tavares; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita; HOLANDA, Francisco UrilamXavier. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 723-728, 2005.

MANDÚ, Edir Ney Teixeira; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 52, v. 1, p. 54-66, 1999.

MARILAF, Magdalena C.; ALARCÓN, Ana M. M.; ILLESCA, Mónica P. Rol Del enfermero/a rural em la región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros. **Ciencia y Enfermería**, v. 2, n. 17, p. 111-118, 2011.

MARGARIDO, Elisabete Sabetta; CASTILHO, Valéria. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem** [da] Universidade de São Paulo, n. 40, v. 3, p. 427-433, 2006.

MASS, M.; JOHNSON, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem NOC**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MELO-FILHO, Djalma. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. **Caderno de Saúde Pública**, n. 11, v. 1, p. 5-33, 1995.

MENDOZA-SASSI, Raul A.; CESAR, Juraci Almeida; TEIXEIRA, Tarso Pereira; RAVACHE, César; ARAÚJO, Gerson Donizete; SILVA, Tatiana Corrêa da. 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 27, p. 787-796, abr, 2011.

MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana

(Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. Capítulo 3. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 35-78.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

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** [da] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 426-431, jul-set 2011.

MORAIS, Teresa Christine Pereira. **Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento**. 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem** [da] Universidade de São Paulo, v. 4, n. 42, p. 643-648, 2008.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; RODRIGUES, Quessia Paz; ALMEIDA, Mariza Silva. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 3, n. 20, p. 311-315, 2007.

NORTH AMERICAN NURSE ASSOCIATION. **NANDA Internacional Diagnósticos de Enfermagem da NANDA definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Org.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidades**. 3ed. São Paulo: Martinari, 2013. p. 535.

OLIVEIRA, Sherida Karanini Paz de; QUEIROZ, Ana Paula Oliveira; MATOS, Diliâne Paiva de Melo; MOURA, Alline Falconieri de; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 65, p. 155-161, jan/fev, 2012.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

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** [da] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 286-291, abr/jun, 2011.

PEREIRA, Amanda Priscila de Souza; TEIXEIRA, Graziella Martins; BRESSAN, Carolina de Araújo Belcorso; MARTINI, Jussara Gue. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 407-416, maio-jun 2009.

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.

PNUD; Fundação João Pinheiro; IPEA. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013: Perfil do município de Pinheiro Machado, RS. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pinheiro-machado_rs. Acesso em 24/11/2014

POKORSKI, Simoni; MORAES, Maria Antonieta; CHIARELLI, Régis; COSTANZI, Angelita Paganin; RABELO, Eneida Rejane. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 17, v. 3, p. 302-307, 2009.

QUEIROZ, Vilma Machado de; EGRY, EmikoYoshikawa. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 1, n. 41, p. 26-33, jan/mar, 1988.

REIS, Cassia Barbosa; ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 13, 2008, p. 61-70.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nílson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe da Silva; SILVA, Pedro Luiz Barros. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p.534-545, 2004.

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** [da] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-191, abr/jun 2011.

SANTOS, Álvaro da Silva; CUBAS, Marcia Regina. **Saúde coletiva**: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 304 p.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. O Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: estudo de caso. **Revista de Enfermagem** [da] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 252-256, abr/jun 2009.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo; CECATTI, José Guilherme. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.7, n. 26, p. 517-525, 2004.

SHIMIZU, Helena Ery; LIMA Maria Goreti. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 62, v. 3, p. 387-392, 2009.

SIBBALD, Bonnie; LAURANT, Miranda G.; REEVES, David. Advanced nurse roles in UK primary care. **The Medical Journal of Australia**, v. 1, n. 185, 3 jul 2006.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; NUNES, Emanuelle Caire Dias Araújo; SOUZA, Deusélia Moreira; SANTOS, Charles Souza; PEREIRA, Luma Costa. Sistematização da Assistência de Enfermagem: a práxis no *ser-saber-fazer* o cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 16, p. 560-564, jul/set, 2011.

SILVA, Maria Josefina; ALMEIDA, Marialrismar de. O materialismo histórico como marco de referência para a enfermagem em saúde coletiva – uma análise crítica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.1, n.2, p. 49-56, jul/dez, 2000.

SILVA, Sandra Honorato da; CUBAS, Maria Regina; FEDALTO, Maria Aparecida; SILVA, Sandra Regina; LIMA, Thaís Cristina da Costa. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba – PR. **Revista da Escola de Enfermagem** [da] Universidade de São Paulo, n. 44, v. 1, p. 68-75, 2010.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, v.1, n.8, p. 102-106, 2010.

VARELA, Gisele de Castro; FERNANDES, Suzana Carneiro de Azevedo; QUEIROZ, Johnny Carlos de; VIEIRA, Alcivan Nunes; AZEVEDO, Virgínia Rose Carneiro de. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 4, n. 13, p. 816-824, 2012.

VENTURINI, Daniele Aparecida; MATSUDA, Laura Misue; WIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Produção científica brasileira sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Ciência Cuidado & Saúde**, v. 4, n. 8, p. 707-715, out/dez, 2009.

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. p. 17-46.

WALDOW, Vera Regina; O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Revista de Enfermagem** [da] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 284-293, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Caracterização dos estudos incluídos na Revisão Integrativa de Literatura

Tabela 1 - Ano de publicação dos artigos incluídos na Revisão Integrativa de Literatura

Ano	Nº de publicações
2013	1
2012	2
2011	6
2009	4
2008	1
2006	2
2005	1

Tabela 2 - Procedência do pesquisador principal/Universidade dos artigos incluídos na Revisão Integrativa de Literatura

Universidade	Nº de publicações
Universidade Federal de Santa Maria – RS	3
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – MG	2
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – RN	1
Universidade Federal do Piauí – PI	1
Universidade Federal de São Paulo – SP	1
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRGS	1
Universidade Federal de Santa Catarina – SC	1
Universidad de La Frontera Temuco – Chile	1
University of Nebraska Medical Center – EUA	1
Monash University Peninsula Campus – AUS	1
Yale University School of Nursing – EUA	1
University of Massachussets Boston – EUA	1
University of Manchester – UK	1
University of Bradford – VGB	1

Tabela 3 - Revista/periódico de publicação dos artigos incluídos na Revisão Integrativa de Literatura

Revista/periódico	Número de artigos
Revista de Enfermagem da UERJ	04
Ciência e Saúde Coletiva	02
Revista da Escola de Enfermagem da USP	02
Journal of the American Academy of Nurse Practition	02
Revista Latino-Americana de Enfermagem	01
Ciencia y Enfermeria	01
International Journal of Nursing Practice	01
REBEn	01
Journal of Community Health Nursing	01
The Medical Journal of Australia	01
British Journal of Community Nursing	01

Tabela 4 – Delineamento Metodológico dos artigos incluídos na Revisão Integrativa de Literatura

Metodologia/Delineamento do estudo		Nº de publicações
Qualitativa	Descritivo e/ou exploratório	10
	Estudo de Caso	01
	Pesquisa-ação	01
	Pesquisa Convergente	01
	Assistencial	01
Quantitativa	Quase-experimental	01
	Estudo transversal	01
Revisão sistemática		01
Artigo de reflexão – editorial		01

**APÊNDICE B – Quadro-resumo dos artigos incluídos na Revisão Integrativa de
Literatura**

Título do artigo	Autores	País de origem	Objetivo do estudo	Percepções sobre o processo de trabalho da enfermagem
Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica	Aragão, AS Ferriani, MGC Vendruscolo, TS Souza, SL Gomes, R	Brasil	Analisar como os casos de violência contra a criança e o adolescente são abordados pela enfermagem da atenção básica, identificando os limites e as possibilidades para se lidar com esses casos	Prática baseada no modelo biomédico, prevalência do viés biologicista em detrimento das reflexões sobre as causas ou as ações de prevenção, sentimento de despreparo, não compreensão de si mesmos como sujeitos no processo de enfrentamento de fenômeno complexo e multicausal como a violência
O papel profissional do enfermeiro no SUS: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família	Backes, DS Backes, MS Erdmann, AL Buscher, A	Brasil	Possibilitar um olhar retrospectivo sobre o papel profissional do enfermeiro no SUS brasileiro bem como compreender o significado de sua prática social neste campo de discussões e significações teórico-prática	Ampliação da atuação e inserção no campo comunitário e social. Desconforto e insegurança devido ao novo modo de pensar e agir, pela necessidade de inserção ativa e responsável na vida das comunidades, aliado a impregnação dos mesmos pela lógica fragmentada, dicotômica e

				pouco resolutive. Independente da vontade são impulsionados pelo sistema a adotarem uma nova postura de intervenção nos diferentes cenários da saúde. Qualificação para atividades interativas e gerenciais, integralidade da assistência, capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas do indivíduo e de promover o diálogo entre os usuários e a equipe.
Sexualidade e Amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde	Florencio, A Van der Sand, ICP Cabral, FB Colomé, ICS Girardon-Pelini, NMO	Brasil	Conhecer as concepções de profissionais de enfermagem que atuam na atenção primária sobre sexualidade e identificar como essa temática integra as práticas assistenciais desses profissionais às mulheres nutrízes	Práticas de enfermagem centradas no modelo biomédico, considerando aspectos biológicos e físicos da amamentação, com finalidade de, na maioria das vezes, garantir êxito no aleitamento materno, sendo que a sexualidade somente é abordada se for solicitado pela mulher, desconhecendo-a ou valorizando-a

				pouco, parecendo inexistir na assistência de enfermagem
Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)	Cervera, DPP Parreira, BDM Goulart, BF	Brasil	Conhecer a percepção dos enfermeiros vinculados à ESF sobre educação em saúde	Perspectiva de educação em saúde ampla, com uma relação próxima à prática, ligadas às visitas domiciliares e consultas de enfermagem. Porém ainda percebem esta estratégia de forma verticalizada, institucionalizada, com um sentido único profissional-usuário, tendo como foco a inferência no comportamento da comunidade, pautada nas perspectivas normativas e prescritivas. Discurso teórico com conceitos atuais do tema.
A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança	Monteiro, AI Santos, ADB Macedo, IP Gurges, PKF Cavalcante, JMP	Brasil	Descrever a autonomia do enfermeiro no processo de planejamento e implementação da proposta de acompanhamento coletivo do crescimento e desenvolvimento da criança	Fragilidade do modelo biomédico em atender todas as necessidades e demandas sociais da saúde, expressando a pertinência de reinventar ações ou estratégias que venham a atender à população de forma eficaz. Ao colocar o cuidado como centro de sua prática

				adquire-se a autonomia da profissão.
O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família	Rocha, FCV Carvalho, CMG Figueiredo, MLF Caldas, CP	Brasil	Descrever e discutir o cuidado do enfermeiro ao idoso na ESF, bem como analisar os aspectos que facilitam este cuidado	Visita domiciliar propicia maior aproximação com a realidade, constituindo oportunidade para alçar as necessidades básicas do usuário. Limites para que haja eficiência no cuidado: falta de recursos materiais, de capacitação e de mais recursos humanos envolvidos no processo
Atributos mobilizados pela enfermeira na saúde da família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial	Kawata, LS Mishima, SM Chirelli, MQ Pereira, MJB Matumoto, S Fortuna, CM	Brasil	Identificar e analisar os atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras na área de competência gerencial na saúde da família	Supervisão – educação e controle com o intuito de conferir, corrigir e informar. Trabalho articulado ao da equipe para a produção do cuidado. Dificuldade de interlocução com os demais sujeitos para efetivar a participação da comunidade. Desenvolvimento de ações voltadas para a mobilização do cuidado, indicando articulação entre a dimensão gerencial e a assistencial, no desenvolvimento

				do trabalho em saúde. Quanto ao planejamento não há um processo sistemático de avaliação das atividades desenvolvidas. Contradições no trabalho das enfermeiras: ações de caráter vertical x busca reversão do modelo assistencial
Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde	Kebian, LVA Acioli, S	Brasil	Conhecer os sentidos atribuídos pelos enfermeiros e ACS da ESF do município do RJ acerca das práticas de saúde desenvolvidas na VD	Práticas voltadas para a investigação das necessidades de saúde e realização de atividades assistenciais. Realização de escuta ativa, observação do domicílio e educação em saúde. Pouca interação profissional entre enfermeiro e ACS na VD. Pouca utilização do espaço da VD para fortalecer o vínculo com as famílias e estimular a interação profissional com o ACS.
Rol Del enfermero/a rural em la región de La Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros	Marilaf, MC Alarcón, AMM Illesca, MP	Chile	Descobrir a percepção de usuários e enfermeiros da zona rural a respeito do papel do	Funções identificadas se agruparam segundo aquelas internacionalmente estabelecidas: assistencial,

			enfermeiro nos postos rurais da região de Araucania, Chile	administrativa e educativa. Quanto à representação do profissional: reconhecimento e continuidade das ações. Competências profissionais: conhecimento, destreza e habilidade. Conceito de cuidado em saúde: pertinência e qualidade das ações do enfermeiro
Public and community health nursing interventions with vulnerable primary care clients: a pilot study	Kaiser, KL Farris, N Stoupa, R Agrawal, S	EUA	Testar os efeitos das visitas e de intervenções de enfermagem com estabelecimento de metas mútuas, sobre a intensidade da necessidade de níveis de cuidado de enfermagem e o comportamento de saúde dos clientes vulneráveis. Descrever a mudança de comportamento de saúde do cliente ou a melhora de metas	Intervenções por meio de visitas domiciliares sugerem efeitos positivos significativos intensidade da necessidade cuidados de enfermagem, com significativa redução, além de eficácia na mudança de comportamento de saúde, uma vez que propiciam motivação e envolvimento mais eficaz dos pacientes
O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso	Schimith, MD Lima, MADS	Brasil	Analisar o processo de trabalho do enfermeiro	Priorização de atividades preventivas e administrativas.

			inserido em uma equipe da ESF, considerando-se a interação com os profissionais que compõem a equipe no microespaço do processo de trabalho	Demanda de atendimentos clínicos exclusivamente para o médico, perpetuando modelo médico-hegemônico. Estabelecimento de parcerias com articulação de diversos setores da comunidade. O enfermeiro é o profissional de referência para os ACSs, mas não para as auxiliares e técnicos de enfermagem, mas sim o médico. Fragilidade do trabalho em equipe. Modelo de atenção centrado no procedimento, fragmentário.
Systematic review of the effectiveness of primary care nursing	Keleher, H Parker, R Abdulwadud, O Francis, K	Austrália	Relatar os resultados de uma revisão sistemática de literatura que avalia a eficácia da enfermeira de cuidados comunitários primários em ambientes de cuidados primários	Fornecimento de cuidados de saúde eficazes, particularmente na promoção do conhecimento do paciente e adesão deste
O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família	Pereira, APS Teixeira, GM Bressan, CAB Martini, JG	Brasil	Conhecer as formas de enfrentamento desenvolvidas por famílias de pessoas que vivem com HAS e DM	Difícil tarefa de exercitar a visão ampliada para compreender que o processo de trabalho não se restringe a atuação sobre doenças e

				agravos, mas dar condições a família para conquistarem a saúde em todas as suas dimensões
Characterizing nurse practitioner practice by sampling patient encounters: an APRnet study	Deshefy-Longhi, T Swartz, MK Grey, M	EUA	Descrever a prática dos membros da rede, o alcance dessas práticas e os tipos e conteúdos dos encontros com os pacientes ao longo de 6 meses	Cuidado direcionado às minorias mais pobres e doentes. Prescrição de medicamentos em quase dois terços dos encontros com os pacientes. Ofertam atividades de promoção à saúde e prevenção da doença em uma maior proporção que outros profissionais (principalmente médicos)
An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders	Dick, K Frazier, SC	EUA	Identificar e classificar as atividades de prestação de cuidados primários dos profissionais de enfermagem para idosos frágeis e descrever as percepções dos enfermeiros sobre os resultados de suas atividades de cuidado	Fornecimento de abrangentes avaliações sociais, funcionais, emocionais e físicas, além de atividades educativas, continuidade do cuidado, gerenciamento de doenças crônicas, diagnóstico e tratamento de novas doenças de forma independente
Advanced nurse roles in UK primary care	Sibbald, B Laurant, MG Reeves, D	Reino Unido	Apresentar o panorama profissional da enfermagem	Profissionais de enfermagem substituindo ou complementando

				a prática médica é uma estratégia plausível para a melhoria da capacidade de atendimento primário, sem comprometer a qualidade dos cuidados de saúde ou resultados para os pacientes
Welfare advice in general practice: a resource for community nurses	Greasley, P	Inglaterra	Examinar a contribuição dos enfermeiros comunitários em termos de referências e resultados para os pacientes.	Necessidade de enfrentamento dos fatores sociais e econômicos relacionados com a saúde dos pacientes

Apêndice C- Carta ao Gestor da Saúde Municipal

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Pelotas, __ de _____ de 2014.

Prezado (a) Gestor da Saúde Municipal,

Vimos por meio desta solicitar sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva”. A presente pesquisa tem por objetivo conhecer a prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal relacionando-a as necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade, visando a elaboração da dissertação, a qual é requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPEL.

Farão parte do presente estudo os profissionais que integram as equipes de enfermagem da Estratégia Saúde da Família do Município.

Assume-se o compromisso ético de resguardar todos os profissionais envolvidos na pesquisa, garantindo o anonimato, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007.

Certas de contar com o apoio e acolhida, desde já agradecemos, e estamos à disposição para as informações que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,

Enfª Carla Dias Dutra
Email: cadidu83@hotmail.com
Tel: (53)91282670

EnfªDrª Marilu Soares Correa
Email: enfmari@uol.com.br
Tel: (53)9147969

Apêndice D - Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Orientadora: Prof^aDr^aEnf^a Marilu Correa Soares
Orientanda: Enf^a Carla Dias Dutra

Pelotas, ____ de _____ de 2014.

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética,

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a apreciação desse órgão para desenvolver a pesquisa “Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva”.

A pesquisa tem por objetivo conhecer a prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal relacionando-a as necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade.

Informamos que os dados coletados serão utilizados para produção científica que resultará na dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL, sob orientação da Prof^a. Dr^aEnf^a Marilu Correa Soares e publicações no meio acadêmico.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91 bem como os artigos 94 e 98.

Na certeza de seu apoio, desde já, agradecemos, bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Enf^aDr^a Marilu Correa Soares

E-mail: enfmari@uol.com.br

Fone: (53) 32737428

Enf^a Carla Dias Dutra

E-mail: cadidu83@hotmail.com

Fone: (53)91281137

Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Orientadora: Prof^aDr^aEnf^a Marilu Correa Soares
Email: enfmari@uol.com.br
Tel: (53) 91479691
Orientanda: Enf^aMsd^a Carla Dias Dutra
Email: cadidu83@hotmail.com
Tel: (53)91282670

Pelotas, ____ de _____ de 2014.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva” que será realizada com os profissionais das equipes de enfermagem que integram a Estratégia Saúde da Família. A pesquisa tem por objetivo conhecer a prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal relacionando-a as necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas com os profissionais que integram as equipes de enfermagem, além de observação das Consultas de Enfermagem em atividades desenvolvidas por estes profissionais no pré-natal, como consulta individual, triagem, grupos, entre outros. Os resultados serão usados para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A entrevista e a observação poderão causar desconforto, que serão minimizados, pois a Senhora (Senhor) responderá as questões de livre e espontânea vontade, e as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízo para a Senhora (Senhor). A entrevista será gravada com seu consentimento.

BENEFÍCIOS: Os benefícios de sua participação nesta pesquisa relacionam-se com a possibilidade de reflexão sobre sua prática e, até mesmo, qualificação da

Consulta de Enfermagem, bem como da assistência de enfermagem ofertada por sua equipe.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A sua participação neste estudo será voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízo pessoal ou profissional.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, a Senhora (Senhor) declara que foi esclarecida(o), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as suas perguntas até sua completa satisfação. Portanto, a Senhora (Senhor) está de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias ficando uma em seu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

Apêndice F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das gestantes e familiares

Universidade Federal de Pelotas
 Faculdade de Enfermagem
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Orientadora: ProfªDrªEnfª Marilu Correa Soares
 Email: enfmari@uol.com.br
 Tel: (53) 91479691
 Orientanda: EnfªMsdª Carla Dias Dutra
 Email: cadidu83@hotmail.com
 Tel: (53)91282670

Pelotas, ____ de _____ de 2014.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das gestantes e familiares

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva” que será realizada com os profissionais das equipes de enfermagem que integram a Estratégia Saúde da Família. A pesquisa tem por objetivo conhecer a prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal relacionando-a as necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade.

PROCEDIMENTOS: Será realizada observação das Consultas de Enfermagem em atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe de Enfermagem no pré-natal, como consulta individual, triagem, grupos, entre outros. Os resultados serão usados para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A observação da Consulta de Enfermagem poderá causar desconforto e/ou dificuldade de expor suas questões ao profissional, que será minimizado, pois a Senhora (Senhor) poderá solicitar a saída do pesquisador do ambiente, a qualquer momento, sem prejuízo para a Senhora (Senhor).

BENEFÍCIOS: Não existem benefícios diretos para a Senhora (Senhor) com a participação nesta pesquisa. Como benefício indireto, a sua permissão para

observação poderá contribuir para reflexão dos profissionais da equipe de enfermagem sobre seu trabalho na atenção às gestantes.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A sua participação neste estudo será voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízo pessoal ou profissional.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, a Senhora (Senhor) declara que foi esclarecida(o), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as suas perguntas até sua completa satisfação. Portanto, a Senhora (Senhor) está de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias ficando uma em seu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisador

Gestante ou Responsável

Data: ____/____/____

Apêndice G - Termo de Assentimento

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Orientadora: ProfªDrªEnfª Marilu Correa Soares
Email: enfmari@uol.com.br
Tel: (53) 91479691
Orientanda: EnfªMsdª Carla Dias Dutra
Email: cadidu83@hotmail.com
Tel: (53)91282670

Pelotas, ____ de _____ de 2014.

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça-me para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, que tem como objetivo conhecer a prática da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal relacionando-a as necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade.

Você poderá deixar de participar do estudo, sem que este ato lhe traga prejuízo algum ou punição. Informo também que não haverá nenhum custo com a sua participação na pesquisa.

Esclareço que não existem benefícios diretos para você com a participação nesta pesquisa. Como benefício indireto, a sua permissão para observação poderá contribuir para reflexão dos profissionais da equipe de enfermagem sobre seu trabalho na atenção às gestantes.

Caso você aceite participar, a pesquisa envolverá observações da Consulta de Enfermagem, realizada no espaço da UBS, no domicílio ou em outros espaços da comunidade.

Após elaboração da pesquisa os dados serão publicados nos meios científicos mantendo o anonimato dos participantes.

Aceitando participar da pesquisa, disponibilizo-lhe, em duas vias, o Termo de Assentimento para ser assinado por você e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser assinado pelos seus pais e/ou responsáveis.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, se assim o desejar.

Tendo o consentimento do seu responsável já assinado, após receber uma cópia deste Termo de Assentimento, foi-lhe proporcionado a leitura do mesmo e o esclarecimento das suas dúvidas.

O Termo de Assentimento constará de duas vias, uma permanecerá com você e a outra via com a pesquisadora, as vias serão assinadas por ambos.

Entendendo as informações apresentadas neste Termo de Assentimento, você aceita participar da pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisador

Gestante adolescente

Data: ____/____/____

Apêndice H - Instrumento de Pesquisa - Captação da Realidade Objetiva

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Instrumento para captação da realidade

- **MUNICÍPIO (estrutural)**

1. Modo de produção da assistência ao pré-natal e participação da equipe de enfermagem neste contexto
2. Políticas sociais e políticas públicas embasadoras da assistência ao pré-natal e, especificamente, da assistência de enfermagem ao pré-natal
3. Sistema e instituições de saúde – rede de assistência ao pré-natal, apontando situação da Enfermagem nesta
4. Espacialização e distribuição da população e serviços – territorialização, ressaltando a espacialização das equipes de enfermagem
5. Produção e consumo da assistência ao pré-natal e, especificamente da assistência de enfermagem no pré-natal
6. Características primordiais das categorias sociais existentes no município

- **UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (particular)**

Identificação: nome, localização (rua, nº, bairro), população adstrita, composição da equipe, organograma e localização da enfermagem neste

1. Classes sociais e frações – características da comunidade, bem como das gestantes e suas famílias pertencentes à comunidade
2. Grupos organizados e em movimento – salientar grupos de gestantes/famílias ou outros que estes participem
3. Perfis de saúde-doença da comunidade e, especificamente das gestantes e suas famílias
4. Perfis de consumo simples e ampliado (modo de consumo coletivo para vida e saúde) e, especificamente das gestantes e suas famílias
5. Relações sociais de raça/etnia e, especificamente em relação às gestantes e suas famílias

6. Relações sociais intra e entre grupos sociais homogêneos e, especificamente em relação às gestantes e suas famílias
7. Relações sociais de gênero e, especificamente em relação às gestantes e suas famílias
8. Perfis de produção – salientar a realidade do pré-natal
9. Composição da equipe, profissionais q desempenham assistência ao pré-natal
10. Características da gestão da Unidade e, especificamente, da gestão da assistência ao pré-natal
11. Participação da comunidade na gestão da Unidade e na gestão da assistência ao pré-natal
12. Organização da assistência pré-natal na Unidade e, especificamente, aquela realizada pela Enfermagem (descrever o conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe e aquelas específicas da Enfermagem, inclusive, Teoria, sistema ou método da assistência de enfermagem, instrumentos específicos utilizados para SAE, relatórios e registros das ações bem como a divulgação)
13. Organização das atividades e relação com as necessidades de saúde da comunidade/família/gestantes. Instrumentos utilizados na identificação de necessidades de saúde das famílias atendidas no território
14. Articulação com outros recursos de saúde do município. Salientar recursos específicos da assistência ao pré-natal. Características do referenciamento e participação da enfermagem nele
15. Sistema de informação em saúde, salientando sistema específico da assistência de pré-natal utilizado pela equipe. Utilização destas informações pela equipe e pela Enfermagem especificamente

- **GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS (singular)**

1. Sobrevivência e aperfeiçoamento no nível do cotidiano
2. Expressões e representações do processo saúde-doença - investigar características comuns com relação ao:
 - Trabalho
 - Ambiente físico
 - Comunicação

- Educação
- Gregarismo
- Prazer
- Corpo biopsíquico
- Alimentação
- Processo saúde-doença

Apêndice I- Instrumento de Pesquisa – Roteiro para Entrevista

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dados de Identificação

Código de identificação:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião:

Tempo de trabalho na ESF:

Vínculo com a Instituição:

Profissão:

Tempo de formado:

Curso de aperfeiçoamento/especialização: Término:

Quais profissionais compõem sua equipe?

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como é ofertada na sua equipe a assistência de enfermagem no pré-natal? Comente:

2. Esta assistência está embasada em alguma política, protocolo, documento orientador? Caso existam, fale sobre estes documentos:

3. A equipe de enfermagem utiliza algum instrumento orientador da Consulta? Se sim, fale sobre ele:

4. As necessidades em saúde são abordadas durante a Consulta de Enfermagem? De que forma?

5. Fale sobre as necessidades de saúde apresentadas pelas gestantes durante a Consulta de pré-natal.

6. As questões sociais são abordadas durante a Consulta de Enfermagem? Fale sobre elas:

7. Frente às necessidades em saúde e/ou questões sociais percebidas, qual a conduta da equipe? Comente.

8. Comente sobre as ações realizadas para atender as necessidades das gestantes.

9. O que você entende por integralidade da assistência? E especificamente na assistência ao pré-natal?

Apêndice J - Instrumento de Pesquisa – Roteiro para Observação

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Data da observação:

Unidade Básica de Saúde da Família

Horário: Início:

Término:

Tipo de Atendimento:

Comunicação do profissional

Verbal:

- Clareza
- Coerência
- Coordenação de idéias
- Tom da voz
- Conteúdo

Não verbal:

- expressão facial
- olha para a gestante
- ouve a gestante
- expressão corporal: movimentação suave e coordenada/ brusca e/ou abrupta

displícência

irritação

atenção

cuidadoso

- executa outra atividade que não está relacionada com o atendimento prestado á gestante
- comunicação com a gestante/familiar: demonstração/escrita/verbal
- barreiras no processo de atendimento

Organização e dinâmica do trabalho:

- sala de espera
- local de atendimento
- Identificação das necessidades da gestante : Sim () Não ()
- mecanismos de investigação: - diálogo; - ênfase para aspectos subjetivos
- exame físico
- uso de instrumentos
- envolve outros profissionais

- Priorização do atendimento das necessidades da gestante/familiar
 - risco
 - ordem de chegada
 - encaminhamentos
 - natureza da necessidade (biológica, psíquica, social)
- Forma de execução do trabalho: descrever
- Forma de tratamento dispensado à gestante/familiar: descrever
- Forma de relacionamento entre a equipe de enfermagem e desta com a gestante e familiares

ANEXOS

Anexo A – Carta de Anuência

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHEIRO MACHADO
SECRETARIA DE SAÚDE – E AÇÃO SOCIAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a Enfª Carla Dias Dutra mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, a desenvolver sua pesquisa intitulada Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Práxis em Saúde Coletiva, sob orientação da Profª Drª Enfª Marilu Correa Soares.

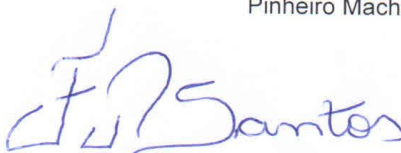
Estou ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que serão assegurados:

- a) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- b) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição decorrente da participação nesta pesquisa,
- c) A liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
- d) Que os dados só serão coletados após Parecer Aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para tal segurança e bem-estar.

Assim, declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e autorizo sua realização nesta instituição.

Pinheiro Machado, 18 de junho de 2014



Fernanda Pereira dos Santos
Secretária da Saúde e Ação Social de Pinheiro Machado

Anexo B –Parecer do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Práxis em Saúde Coletiva

Pesquisador: carla dias dutra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32859814.4.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 750.613

Data da Relatoria: 31/07/2014

Apresentação do Projeto:

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, 2013b). 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. Considerando a equipe de enfermagem no contexto da SF e, ancorada no desenvolvimento da profissão com vistas à autonomia e a prática do cuidado, torna-se necessário apropriar-se desta “nova” forma de agir na prática; somado ao fato de que, especificamente referente ao pré-natal, a Consulta de Enfermagem assume papel de relevância no contexto da Rede Cegonha, demonstrando ser necessário estudos mais diretamente relacionados ao tema das necessidades em saúde. Nesta direção, a metodologia da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) propõe desencadear um processo prático de intervenção na realidade de saúde. Dentro do objeto fenomênico de recorte da enfermagem sugere uma aproximação entre a teoria e a prática e a superação da dicotomia entre o saber e o fazer como primeiro movimento necessário para a práxis. A TIPESC tem a finalidade genérica de transformação da realidade de saúde e doença da coletividade (EGRY, 1996). Diante do exposto,

Endereço: Rua Prof Araújo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 750.613

acredita-se importante investigar a Consulta de Enfermagem, enquanto instrumento de trabalho da equipe de enfermagem, na ESF, no âmbito da assistência ao pré-natal, haja vista que este, apesar dos inúmeros avanços e melhorias, ainda apresenta indicadores de saúde e de assistência precários. Assim, tomando-se como base a perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da gestante, enquanto indivíduo inserido na família e na comunidade e a integralidade da assistência e embasados no referencial teórico da TIPESC, realizar-se-á uma aproximação com os conceitos inerentes ao processo saúde-doença apresentados na Constituição de 1986 e, reafirmados nas legislações relacionadas à AB e ao trabalho da equipe de enfermagem, os quais visam garantir a integralidade do cuidado, por meio do reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. Assim, a justificativa deste estudo está pautada na possibilidade de servir como subsídio para reflexão sobre a Consulta de Enfermagem na ESF no pré-natal e no atendimento às necessidades de saúde das gestantes no contexto do SUS. Também, visa contribuir para o desenvolvimento de uma proposta de sistematização da assistência, ancorada em um referencial teórico, que possa fortalecer, no âmbito do pré-natal, a Rede Cegonha, atual política ordenadora das ações na linha de cuidado materno-infantil, bem como a prática do cuidado de Enfermagem na Saúde Coletiva. Neste contexto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: A práxis da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal atende às necessidades de saúde das gestantes/família/comunidade?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Investigar se a práxis da Consulta de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família realizada na assistência ao pré-natal atende às necessidades de saúde das gestantes/ família/ comunidade.

Objetivos Específicos

- Identificar as condições sociais de (re)produção das políticas públicas vigentes na sociedade, que orientam a Consulta de Enfermagem na assistência ao pré-natal da Estratégia Saúde da Família;
- Identificar práticas e instrumentos utilizados na Consulta de Enfermagem que possibilitem reconhecer o perfil das necessidades em saúde das gestantes;
- Identificar a percepção e formas de enfrentamento da equipe de enfermagem frente às informações objetivas e subjetivas relacionadas às necessidades em saúde da gestante/família/comunidade.

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 750.613

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. A entrevista e a observação poderão causar desconforto, que serão minimizados, pois o (a)entrevistado(a) responderá as questões de livre e espontânea vontade, e as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízo para o mesmo. A entrevista será gravada mediante consentimento.

BENEFÍCIOS: Os benefícios de participação nesta pesquisa relacionam-se com a possibilidade de reflexão sobre sua prática e, até mesmo, qualificação da Consulta de Enfermagem, bem como da assistência de enfermagem ofertada por sua equipe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, muito bem fundamentado e com condições de ser executado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLEs em diferentes pessoas ao longo dos textos (começam em terceira pessoa e terminam em primeira pessoa do singular), necessita correção.

Carta de Anuência da Prefeitura Municipal de Pinheiro Machado: OK.

Recomendações:

Corrigir os TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

as acima

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro CEP: 96.020-360
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 750.613

PELOTAS, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)