



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação - VRPPG
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Mestrado em Educação em Saúde**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DE FORTALEZA - CEARÁ**

Erine Dantas Bezerra

FORTALEZA – CEARÁ
2006

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA - CEARÁ

ERINE DANTAS BEZERRA

Dissertação apresentada ao Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR como requisito para a obtenção do título de Mestre.

LINHA DE PESQUISA: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde e Ambientes Saudáveis

PROJETO DE PESQUISA: Promoção da Saúde da Mulher na Atenção Básica

Apoio: FUNCAP

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DE FORTALEZA - CEARÁ**

ERINE DANTAS BEZERRA

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva - UNIFOR
Orientadora/Presidente

Prof.^a Dr.^a Marli Villela Mamede – EERP-USP
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura - UFC
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Zélia Maria de Sousa Araújo Santos - UNIFOR
Examinadora Suplente

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, depois a minha mãe (Fransquinha), meu pai (João) e irmã (Eriane), pelo amor, pela alegria diante das conquistas e encorajamento perante as dificuldades; e ao meu namorado (Mauro), que foi a minha família enquanto estive em Fortaleza.

Agradeço profundamente a todos os professores do mestrado e em particular a minha orientadora, Professora Dr.^a Raimundinha, pela atenção, força, quando precisei e pelos ensinamentos que propiciaram meu crescimento ao longo do mestrado. Agradeço de todo coração às Professoras Doutoras Anya e Alix e ao Professor Doutor Marcelo, pela alegria com que sempre me receberam, pelas colocações importantes nos momentos de dúvidas e pelos ensinamentos para elaborar a dissertação. Agradeço aos meus colegas de turma como a Luciana, com sua alegria e determinação, que contagia todos ao seu redor; a Gladys, com suas palavras sábias no momento certo; a Itana, por inspirar garra, coragem e determinação; e a Daniela, pelo incentivo e cumplicidade nos momentos de formulação deste ensaio.

Por fim, sou grata aos funcionários do mestrado pela prestatividade, às acadêmicas do grupo de pesquisa pela amizade e aos voluntários do estudo que prontamente se dispuseram a colaborar com este escrito.

Muito Obrigada,

Erine Dantas Bezerra

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação de mestrado àqueles por quem tenho imensa admiração, àqueles que sempre estiveram ao meu lado, incondicionalmente, que nunca deixaram de acreditar no meu potencial, que sempre me incentivaram, apoiaram, e a quem devo a minha vida.

A vocês, João e Fransquinha, com amor.

LISTA DE ABREVIACÕES

PSF	Programa Saúde da Família
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Penses
CNS	Conferência Nacional de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanizao no Pré-Natal e Nascimento
MS	Ministério da Saúde
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
SER	Secretaria Executiva Regional

RESUMO

A assistência pré-natal é uma prática importante para a gestante, pois pode prevenir e/ou evitar possíveis complicações, ou até o óbito para o feto e/ou a mãe. Desta forma objetivou-se analisar a assistência pré-natal realizada por médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF da Secretaria Executiva Regional VI, no Município de Fortaleza – Ceará. O estudo foi do tipo descritivo desenvolvido em dois momentos: o primeiro foi realizado com os profissionais das UBASF e o segundo com as gestantes das mesmas unidades. Os resultados do primeiro estudo demonstraram que os enfermeiros referiram mais satisfação que os médicos em trabalhar no PSF e segurança para realizar os procedimentos preconizados pelo ministério da saúde. O segundo estudo identificou que aproximadamente 43% das gestantes da SER VI procuraram o PSF somente após do primeiro trimestre, o que compromete a qualidade da assistência pré-natal; e de acordo com as gestantes alguns procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para consulta pré-natal, especialmente as orientações educativas, foram pouco realizados pelos profissionais. Estes resultados chamam a atenção para que sejam alocados maiores investimentos por parte dos Gestores municipais na atenção básica, visando melhorar a qualidade do atendimento.

Palavras-Chave: Assistência pré-natal, Programa Saúde da Família, Gestante

ABSTRACT

Prenatal care is an important practice to the pregnant woman, because it prevents and/or avoid possible complications, or even obit to both fetus and/or mother. Therefore, the purpose of the present study was to analyze prenatal assistance given by physicians and nurses from Basic Family Health Units (UBASF) from the VI Regional Executive Department (SER VI), in the city of Fortaleza-Ceara. The descriptive study was carried out in two moments: the first, with professionals from UBASF, and the second with pregnant women from the same units. Results from the first study showed that nurses reported more satisfaction than physicians while working at the UBASF and showed confidence to apply the procedures preconized by Brazilian Health Ministry. The second study identified that around 43% of pregnant women from SER VI looked for the Basic Family Health Units for assistance only after the first trimester, which jeopardizes the quality of prenatal care and, according to the pregnant women, some procedures preconized by Brazilian Health Ministry, specially educative orientation, were barely developed by the professionals. Theses results draw for attention to be assigned more investments from the municipal's managers in the basic health attention, looking forward a better assistance.

Key Words: Prenatal Care, Family Health Program, Pregnant Woman.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	04
DEDICATÓRIA	05
LISTA DE ABREVIACÕES	06
RESUMO	07
ABSTRACT	08
APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 ARTIGOS	17
2.1 CONSULTA PRÉ-NATAL: ANÁLISE DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA – CEARÁ	18
Introdução	20
Metodologia	23
Resultados	27
Discussão	30
Conclusão	35
Referências	36
2.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DE GESTANTES ATENDIDAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA, CEARÁ	39
Introdução	41
Metodologia	45
Resultados	47
Discussão	51
Conclusão	57
Referências	58
3 CONCLUSÃO DO ESTUDO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	65
ANEXO	75

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação associou sobre a história de Saúde Pública no País, adquirida na Especialização em Saúde Pública, com as políticas voltadas a Saúde da Mulher. Estas últimas foram alcançadas por meio de movimentos reivindicatórios que implementaram ações em saúde que atendessem a mulher como um todo, visto que esta não é uma mera reprodutora para receber apenas assistência obstétrica.

Por outro lado, o Mestrado em Educação em Saúde ao dispor no seu conjunto de conhecimentos a área de pesquisa em “saúde da mulher”, veio coroar minha intenção de trabalhar com a mulher. Bem assim, Educação em Saúde se expande e conquista o seu espaço, já que interage com serviços de saúde, com os profissionais e com a comunidade, pois os profissionais desses serviços devem focalizar ações comunitárias factíveis e práticas que devam ser alcançadas no contexto de situações locais.

No Brasil, os avanços da saúde pública nos últimos 20 anos são inegáveis, especialmente após a criação do Sistema Único de Saúde e da implementação da atenção básica. Como estratégia para a qualificação da atenção básica surgiu o Programa Saúde da Família – PSF, que pretende promover e proteger a saúde da comunidade assistida, gerando vínculo, bem como inserindo novas práticas no tradicional escopo das ações realizadas.

Desta maneira, as figuras do médico, enfermeiro, dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde devem promover e proteger a saúde da comunidade assistida, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde do indivíduo e garantir integralidade, equidade, descentralização da assistência prestada e participação social.

O esforço com a implantação do PSF possibilitou promover o cuidado, até o final do ano de 2005, aproximadamente há 80 milhões de pessoas, com ações em saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da

hipertensão arterial e *Diabetes mellitus* e minimização da desnutrição infantil em todo o Brasil.

Desde o século passado, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais do País, obtendo hoje mais efetivação dos seus ideais e promovendo ações básicas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino e de mama.

A pesquisa teve como foco a assistência pré-natal, que é uma prática importante para a gestante e seu objetivo foi analisar a assistência pré-natal realizada por profissionais de saúde em Fortaleza-Ceará.

O estudo sobre a assistência no pré-natal resultou em dois artigos, intitulados: “Consulta Pré-Natal: análise da atuação profissional no Programa Saúde da Família em Fortaleza – Ceará” e “Assistência pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas no Programa Saúde da Família em Fortaleza, Ceará”.

Os artigos permitiram identificar falhas e assertivas nos serviços de saúde que favorecerão a implementação de ações para melhoria da qualidade da assistência pré-natal no Programa Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, as ações de saúde pública no País são organizadas para combater diversas doenças que acometem a população. Em 1923, operários, em movimentos reivindicatórios, conquistaram as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), que foi o marco inicial da previdência social no Brasil. Neste período, a política de saúde passou a ser organizada em dois setores: o da saúde pública como função do Estado e o da Medicina previdenciária - que eram ações de assistência médica individual apenas aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho (CAMPOS et al, 2006).

Todavia, foi nos anos 80, com o projeto da Reforma Sanitária, que se organizou o setor público de saúde segundo princípios de integralidade, equidade, hierarquização, regionalização e universalização das práticas de saúde. Com base nesses princípios, em 1986, foi realizada em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que significou um marco na formulação das propostas da saúde, instituindo, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 1998).

Mesmo com a criação do SUS, o modelo assistencial ainda dominante no Brasil, e sua assistência eram centrados no individualismo e no uso irracional dos recursos tecnológicos disponíveis com prática “hospitalocêntrica”. Com base nesse tipo de assistência, em 1991, o Ministério da Saúde - MS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando ao desenvolvimento de uma estratégia cujo foco principal é a família e sua relação na comunidade, buscando a humanização das práticas de saúde e a satisfação do usuário (SOUSA, 2000). Complementando esta prática, em 1993, teve início a implementação da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), considerada uma estratégia para reafirmar os princípios do SUS.

A atenção básica determina-se por um conjunto de ações de saúde, desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, no âmbito individual e coletivo abrangendo a promoção e

proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. A equipe possui atribuições comuns, sendo elas: participar da territorialização e do mapeamento da área de atuação da equipe; realizar o cuidado em saúde da população assistida e atenção integral conforme as necessidades, no âmbito da unidade de saúde, domicílio e em espaços comunitários; garantir integralidade da ação, atendimento humanizado e estabelecendo vínculo; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância; participar do planejamento e avaliações das ações em equipe; promover mobilidade e participação da comunidade; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da atenção básica; participar das atividades de educação permanente; e realizar outras ações e atividades de prioridade local (BRASIL, 2006).

Para tanto, o programa constituído por uma equipe de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, adquiriu expansão e difusão por todo o Território Brasileiro (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004; ROSA e LABATE, 2005). Ao final de 2005, o PSF alcançou mais de 24.000 equipes, dos quais 12.000 contavam com equipe de saúde bucal, presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo a 78 milhões de pessoas, que corresponde a 44% da população (ANDRADE et al, 2006). O PSF é uma estratégia que visa a atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ROSA e LABATE, 2005).

Nesse cenário, a promoção da saúde busca modificar condições de vida, direcionando o indivíduo, a família ou a comunidade para a tomada de decisão, transformando comportamento e favorecendo a saúde e a melhoria da qualidade de vida (CZERESNIA, 2003). Os programas, as políticas e as atividades planejadas devem executar ações de

promoção da saúde de acordo com os princípios de concepção holística, intersetorialidade, “empoderamento”, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade.

A *concepção holística* determina ações que fomentam a saúde física, mental, social e espiritual; a *intersectorialidade* é a articulação dos saberes para planejar, executar e avaliar as ações que causem desenvolvimento e inclusão social; o “*empoderamento*” e a *participação social* permitem aos indivíduos que se apropriem dos determinantes da saúde através da eleição dos seus problemas e prioridades (WHO, 1984); a *equidade* consiste em eliminar as diferenças e injustiças, permitindo a todos o direito a saúde (BRASIL, 2001); as *ações multi-estratégicas* envolvem a combinação de métodos e abordagens variadas para execução das ações em saúde; por fim, a *sustentabilidade* favorece iniciativas a favor do desenvolvimento sustentável e garante um processo duradouro e forte (ZIGLIO et al, 2000).

Outro objetivo do PSF é trabalhar com ações de educação em saúde que segundo Levy (2000), deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam responsabilidade com a própria saúde e a da comunidade. Entretanto, estudos mostraram que a prática de educação em saúde ainda não se desenvolve a contento (MOURA & RODRIGUES, 2003; MOURA & SOUSA, 2002; NORONHA et al 2004), tendo estas práticas como convergência, a predominância de relações autoritárias e de repasse de conteúdos muitas vezes descontextualizados da vida das pessoas. Ensinar é muito mais do que repassar, transferir conhecimentos; é criar possibilidades para a produção do saber (FREIRE, 2006).

Dentre as responsabilidades executadas pela equipe de saúde, uma delas é realizar atividades na atenção à saúde da mulher - que são ações básicas de assistência ao planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino, mama, pré-natal e puerpério. Para tanto, a assistência ao pré-natal foi o foco deste estudo, pois é visto como uma assistência necessária, com a finalidade de acompanhar a grávida e assegurar condições de saúde à mãe e ao conceito, possuindo como princípios básicos desta assistência: diagnóstico e correção, se

possível, das anormalidades maternas que possam afetar a gestação; prevenir intercorrências; e realizar orientações sobre a gravidez, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, parto, puerpério. Então, o pré-natal é um *modo contínuo* de assistência à saúde da família.

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que estabelece normas para a consulta pré-natal. Estas passam pelo período de início do pré-natal, pelo número de consultas e procedimentos mínimos a serem realizados com as gestantes (estando agrupados, na anamnese, exame físico geral, específico e em ações complementares).

Sobre a atenção ao pré-natal, os principais problemas apontados na literatura referem-se ao não-cumprimento das normas e rotinas preconizadas pelo MS por parte dos profissionais na consulta a gestante (SILVEIRA, SANTOS e COSTA, 2001; GARNA et al, 2004), acarretando baixa qualidade da assistência pré-natal e ao parto que resulta em aborto, óbitos materno e infantil, entre outros. Entretanto, a garantia de acesso à consulta pré-natal e a assistência de qualidade podem evitar complicações na gestação e cerca de 98% de mortes maternas (BEMFAM, 1997).

Tendo em vista a importância e a qualidade da assistência pré-natal, foram suscitados os seguintes questionamentos: Como os profissionais se auto-avaliam na realizam das ações na assistência pré-natal no Programa Saúde da Família? Como as gestantes percebem a assistência recebida durante a gravidez? Assim, este estudo procurou analisar a assistência pré-natal realizada por médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde da família – UBASF da Secretaria Executiva Regional VI, no Município de Fortaleza – Ceará.

Com este objetivo, delineou-se a caracterização dos médicos e enfermeiros quanto ao processo da consulta pré-natal, considerando-se competência e habilidade para o desenvolvimento de ações junto à grávida. Também, a assistência pré-natal foi explorada na

visão da mulher, a qual informou sobre as condutas dos profissionais e acerca das práticas e saberes vivenciados, durante o pré-natal.

2 ARTIGOS

CONSULTA PRÉ-NATAL: análise da atuação profissional no Programa Saúde da Família em Fortaleza – Ceará.

¹Erine Dantas Bezerra

Enfermeira, Mestra em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

²Raimunda Magalhães da Silva

Enfermeira, Prof.^a Dr.^a da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, pesquisadora do CNPq.

Correspondência

Coordenação do Mestrado em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Av. Washington Soares, 1321, bloco S, sala 01, Bairro Edson Queiroz. Fortaleza – Ceará,
CEP: 60.811-905, Fone: 3477-3280.

E-mail: dantaseri@hotmail.com

Este trabalho contou com o apoio financeiro da FUNCAP.

Artigo baseado em dissertação de mestrado apresentado ao Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza em dezembro de 2006 (Título da dissertação: Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família de Fortaleza - Ceará).

Este artigo será submetido à Revista da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

ISSN 0080 6234

Qualis IC – Na área de Saúde Coletiva

RESUMO

Objetivou-se caracterizar os profissionais no Programa Saúde da Família (PSF) e investigar a satisfação e segurança, destes, para realizar a consulta pré-natal. Realizou-se estudo descritivo com 12 médicos e 12 enfermeiros das Unidades Básicas vinculadas à Secretaria Executiva Regional VI em Fortaleza-Ceará. Predominou o sexo feminino, a idade entre 31- 40 anos. Os médicos possuíam média de 1,58 anos e os enfermeiros 2,08 anos de experiência no PSF e 10 (41,7%) possuía cursos de capacitação na atenção ao pré-natal e os enfermeiros referiram mais satisfação do que os médicos em trabalhar no PSF. Sobre os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde na atenção pré-natal, a maioria referiu segurança para realizar todos os procedimentos. Concluiu-se que apesar dos profissionais sentirem-se seguros quanto aos procedimentos, faz-se necessária uma política institucional de educação permanente.

Palavras chave: Cuidado Pré-natal, Programa Saúde da Família, Recursos Humanos

ABSTRACT

The study aimed to characterize the professionals in the Family Health Program (PSF) and to investigate their satisfaction and confidence to do a prenatal appointment. A descriptive study was made with 12 physicians and 12 nurses from the Basic Health Units, which were entailed, to the VI Regional Executive Department (SER VI) in Fortaleza-Ceara. Predominated the female gender, the age varied from 31 to 40 years old. The physicians had around 1,58 years, the nurses had 2,08 years of work experience in the PSF, and 10 (41,7%) had prenatal qualification courses. The nurses referred more satisfaction than the doctors of working at the PSF. About the procedures preconized by the Brazilian Health Ministry for the prenatal assistance, the majority reported confidence to do all the procedures. It was concluded that, although the professionals were certain about the procedures, it is necessary a continuous institutional politic for education.

Key words: Prenatal care, Family Health Program, Health Human Resources.

INTRODUÇÃO

A prática da consulta pré-natal, no Brasil, teve início no século XX, abrangendo ações que visavam a melhorar o bem-estar e a saúde da mãe e do bebê, utilizando-se de estratégias como a criação de programas materno-infantis, para os quais, até hoje, se buscam aprimoramentos.

Em 1993, o Ministério da Saúde, com o propósito de reafirmar os princípios do SUS (BRASIL, 2001), concebeu o Programa Saúde da Família – PSF (SUS), que tem como propósito prestar serviços de saúde à população com boa cobertura assistencial, porém a implantação das equipes ainda se restringe às áreas menos favorecidas, as chamadas áreas de risco (NICHATA, 2002). Os profissionais seguem o pacto da gestão que dentre as ações persiste priorizar a redução da mortalidade materna por meio da assistência à gestante (BRASIL, 2006a). Os profissionais de saúde devem desenvolver as suas ações, tendo como referência o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a) que propõe a redução da mortalidade materna, priorizando dentre outras ações a atenção pré-natal.

A atenção básica, que compreende o primeiro nível de assistência no sistema de saúde, deve se desenvolver em um “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, voltado para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 1999). A importância estratégica do PSF consiste em ser a porta de entrada no sistema de saúde, situação que deve contribuir para a diminuição da sobrecarga dos hospitais com atendimentos que podem ser resolvidos no contexto local.

No Brasil, apesar de bastante solidificado nas suas bases filosóficas, o PSF encontra-se, ainda, em decurso de consolidação e expansão. Em geral, a cobertura assistencial em todas as regiões evoluiu entre os anos de 1998 a 2004, porém ao se analisar o ritmo dessa evolução percebe-se que, com exceção da região do nordeste, as demais não apresentam 50% de sua

população coberta pelo PSF, demonstrando ainda baixas coberturas (BRASIL, 2006B). Ademais em geral, observou-se que as unidades apresentam estrutura física inadequada, recursos humanos e materiais insuficientes e falta de medicamentos. Esse contexto inevitavelmente compromete a resolubilidade e a qualidade da assistência prestada.

Entretanto, em municípios onde esses problemas estruturais não comprometem o trabalho dos profissionais, a proposta do PSF se apresenta como uma estratégia que proporciona melhora nos indicadores de saúde, principalmente, a qualidade de vida da população (DARVIN, TORRES e SANTOS, 1999; SOUZA e CARVALHO, 2003; CARVALHO e NOVAES, 2004). Esses indicadores podem nos leva a refletir que a competência profissional é um fator importante para eficácia da assistência.

A competência profissional pode ser entendida como a habilidade para desenvolver tarefas específicas de maneira que retorne em resultados desejáveis. Para isso implica colocar em prática a habilidade em aplicar conhecimentos, a capacidade para novas atuações, como também, tarefas familiares para as quais existem padrões prescritos (KAK, BURKHALTER E COOPER, 2001).

No exercício da prática médica, no PSF, compete aos médicos, dentre as ações previstas nos documentos oficiais de atenção pré-natal, realizar consultas clínicas e procedimentos na unidade e, quando necessário, em domicílio; executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; fomentar a criação de grupos de patologias específicas para ações de educação; realizar pronto atendimento médico nas urgências e emergências; quando necessário, indicar internação hospitalar e realizar encaminhamento para os serviços de maior complexidade, garantindo a continuidade do tratamento na unidade; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais e solicitação de exames, verificar e atestar óbito (DUCAN et al, 2004).

Aos enfermeiros cabe planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade; executar ações de assistência integral nas fases do ciclo de vida, em domicílio, na assistência básica e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária; supervisionar e coordenar os agentes de saúde; realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e disposições legais da profissão (DUCAN et al, 2004).

A assistência pré-natal e puerperal são prioridades no nível de atenção básica, cujas normas para um atendimento de qualidade foram definidas pelo Ministério da Saúde por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN (BRASIL, 2000). Assim, a primeira consulta de pré-natal deve ser garantida a toda gestante até o quarto mês de gestação, bem como a realização de outros procedimentos ao longo do período gestacional: a) no mínimo seis consultas pré-natais; b) solicitação dos exames laboratoriais; c) imunização com a vacina antitetânica; d) realização de atividades educativas; e) classificação do risco gestacional a partir da primeira consulta e nas consultas subseqüentes; f) encaminhamento das gestantes identificadas com risco para unidades de referência e consulta no puerpério; g) anamnese e exame clínico-obstétrico; h) prevenção, avaliação e tratamento nutricional; i) prevenção e diagnóstico do câncer de colo uterino e de mama (CEARÁ, 2002; BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal é uma prática importante para a gestante e deve ser estimulada por toda a equipe do PSF, para prevenir e/ou evitar possíveis complicações no feto e/ou na mãe, mortalidade e morbidade materna e neonatal, aborto, patologias congênitas, alterações psicológicas, não-recuperação fisiológica da mulher, ausência da lactação e vacinação da criança, entre outras.

Apesar de estudos demonstrarem melhorias nas coberturas de pré-natal no Brasil (COIMBRA, 2003; BRASIL, 2006c), cerca de 90% dos óbitos em mulheres em idade fértil ainda são decorrentes de causas obstétricas diretas (MORAES, 2004), o que pode denunciar que a boa cobertura não está necessariamente relacionada à qualidade da assistência pré-natal. Investimentos necessitam ser realizados por parte dos organismos governamentais para que haja efetivamente melhoria na qualidade da atenção. Esses investimentos precisam ser contínuos, destacando a necessária qualificação permanente dos profissionais e a melhoria nas condições de trabalho, o que poderá repercutir favoravelmente na mudança dos indicadores de complicações e mortalidade materna.

Outro fator importante seria implementar uma cultura de avaliação processual dos serviços, com participação ativa dos profissionais e usuários, assim como a inclusão de sistema de auto-avaliação para os mesmos.

O desenvolvimento de habilidades de auto-avaliação é de suma importância para que, os profissionais de saúde reflitam sobre seu próprio desempenho, identifique sua fortaleza e fragilidade, como também, é uma importante forma de identificar necessidades de aprendizagem, de reforçar novas habilidades ou comportamentos a fim de melhorar o próprio desempenho profissional (BOSE, OLIVIRAS & EDSON, 2001).

Considerando o alto índice de mortalidade materna e a boa cobertura da assistência pré-natal, questionou-se como se desenvolvem as ações na assistência pré-natal? Como os profissionais do PSF implementam, na consulta à gestante, os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde? Qual a avaliação que os profissionais fazem de seu desempenho, bem como a satisfação deles com o trabalho desenvolvido na consulta pré-natal?

Para tanto, se procurou caracterizar o perfil dos profissionais que realizam consulta pré-natal no Programa Saúde da Família, bem como investigar a satisfação e segurança dos

profissionais para a realização das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde na consulta pré-natal.

METODOLOGIA

Estudo descritivo realizado com médicos e enfermeiros que prestam atendimento pré-natal no Programa Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI (SER-VI), no Município de Fortaleza – Ceará.

O Município de Fortaleza encontra-se na gestão plena da atenção básica à saúde e até agosto de 2006 tinha 15% da população assistida pelas equipes de Saúde da Família. Estas equipes estão distribuídas nas seis secretarias executivas regionais (SER).

As SER são territórios delimitados geográfica e administrativamente, criados por uma reforma administrativa realizada, em 1996, pela Prefeitura de Fortaleza, com o objetivo, entre outros, de proporcionar melhores condições de saúde, conseqüentemente, de vida da população. Estas SER possuem autonomia e gerenciam equipes em áreas distintas, estando hierarquicamente subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde e as diretrizes propostas por este setor. Têm como meta “a execução de políticas públicas definidas pelo Poder Executivo Municipal e a prestação de serviços que proporcionam atendimento às necessidades e demandas das comunidades, consideradas em sua dinâmica de uso do espaço urbano e peculiaridade social, visando à melhoria da qualidade de vida da população” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2006).

A escolha da Secretaria Executiva Regional VI se deu por esta possuir uma área geográfica de maior extensão territorial, com maior número de bairros e de serviços de saúde, e por ser a área onde se localiza a Universidade de Fortaleza – UNIFOR, que, em acordo recente realizado com a Prefeitura Municipal, assumirá conjuntamente a co-responsabilidade pela assistência à saúde.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, existem na Regional VI quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) que comportam em seu espaço físico cinco equipes de saúde, totalizando 20 equipes que realizam consulta pré-natal de baixo risco. Entretanto, 12 equipes fizeram parte desse estudo, participando três equipes de saúde de cada UBASF da Regional VI, por se encontrarem completas (um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde).

As UBASF são unidades cuja estrutura física e de recursos humanos já existiam e que paulatinamente estão passando por um processo de reorganização e substituição da filosofia de trabalho pela lógica assistencial do PSF. Nos antigos postos de saúde, nos quais as equipes do programa estão sendo implantadas, ainda existem profissionais atuando na unidade e que não compõem a equipe do PSF. Estes passaram a servir de referência interna, ou seja, o profissional ginecologista-obstetra pode ser convidado a colaborar em situações emergenciais e de risco.

Participaram do estudo 12 médicos e 12 enfermeiros da SER VI, todos funcionários da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE, que atuavam nas UBASF, realizando consultas de pré-natal e que concordaram em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados durante o mês de julho de 2006, utilizando um questionário composto de dados de identificação sociodemográfico, formação e atuação profissional e que continha também um instrumento de auto-avaliação. Os itens para a auto-avaliação dos profissionais foram adaptados a partir do instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) para consulta pré-natal.

Para esse estudo elaborou-se uma escala de auto-avaliação de domínios de habilidades com variação de 1 a 3 para medir a segurança dos profissionais quanto aos procedimentos realizados na consulta do pré-natal. Na escala, o número 1 correspondia a insegurança na realização dos procedimentos da consulta; o número 2 a pouca segurança e o número 3

segurança. Os profissionais responderam sobre a satisfação no trabalho e procederam à auto-avaliação do desempenho nas atividades realizadas com as gestantes.

A literatura tem sugerido que a auto-avaliação é um pré-requisito para a manutenção da competência profissional. A auto-avaliação é regularmente usada por profissionais, visto assegurar que eles atuem nas áreas de domínio e mantenham-se atualizados quanto aos avanços da área de atuação (BOSE, OLIVERAS E EDSON, 2001).

Os resultados foram organizados, codificados e tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 11.5. De acordo com o objeto de estudo, determinou-se as seguintes variáveis de análise: perfil dos profissionais, satisfação dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família e desempenho destes profissionais na assistência pré-natal.

Os resultados foram submetidos a operações de estatística simples com frequências absolutas e relativas, o que permitiu colocar em relevo as informações obtidas e estes complementados por depoimentos, que permitiu a interpretação dos dados inter-relacionados (MINAYO, 2006).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza, UNIFOR e está em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisas, que envolve seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Perfil dos profissionais

Dentre os participantes da pesquisa 17 (70,8%) era do sexo feminino, sete (29,2%) do sexo masculino, 13 (54,17%) estava na faixa etária entre 31 e 40 anos, seis (25%) com mais de 40 anos e cinco (20,83%) com 20 a 30 anos. Dezesesseis (66,7%) eram casados, seis (25%) solteiros e dois (8,3%) divorciados. Doze profissionais (50%) possuíam um a dois filhos, oito

(33,3%) nenhum filho e quatro (16,7%) três a quatro filhos. Acerca do tempo de formado dos médicos e enfermeiros, este se distribuía da seguinte forma: quatro (33,3%) médicos possuíam de um a cinco anos de formados, quatro (33,3%) 11 a 15 anos, três (25%), mais de 16 anos e um (8,4%) possuía sete anos. Entre os enfermeiros, quatro (33,3%) possuíam de um a cinco anos de formados, quatro (33,3%) de seis a dez e quatro (33,3%) de 11 a 15 anos. (Tabela 1).

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos profissionais do Programa de Saúde da Família. Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza - Ceará, 2006.

Características	Nº	%
Sexo		
Masculino	7	29,2
Feminino	17	70,8
Total	24	100,0
Faixa Etária		
20 a 30 anos	5	20,83
31 a 40 anos	13	54,17
Mais de 40 anos	6	25,0
Total	24	100,0
Estado Civil		
Casado	16	66,7
Solteiro	6	25,0
Divorciado	2	8,3
Total	24	100,0
Número de filhos		
Nenhum	8	33,3
Entre 1 e 2	12	50,0
3 e 4	4	16,7
Total	24	100,0
Tempo de Formado		
Entre 1 e 5 anos	8	33,33
Entre 6 e 10 anos	5	20,83
Mais de 10 anos	11	45,84
Total	24	100,0

Quanto ao tempo de experiência no PSF, os médicos possuíam média de 1,58 anos e os enfermeiros 2,08 anos. A forma de contrato dos profissionais com o Programa era por cooperativa e as renovações contratuais ocorriam semestral ou anualmente. O rendimento

financeiro informado pelos enfermeiros fora de quatro a cinco salários mínimos, enquanto os médicos recebiam dez ou mais salários mínimos mensais.

Em se tratando da qualificação geral dos profissionais, 14 (58,3%) possuía cursos de especialização, uma (4,17%) enfermeira tinha mestrado em saúde comunitária e nove (37,53%) tinham apenas a graduação (cinco médicos e quatro enfermeiras). Especificando mais detalhadamente a formação dos profissionais, vê-se que somente três médicos e cinco enfermeiros tinham especialização em Saúde da Família, quatro médicos tinham residência em Ginecologia e Obstetrícia, uma enfermeira em Terapia Intensiva e uma em Médico-Cirúrgico.

No ano de 2006, 18 (75%) dos profissionais participaram de eventos científicos (congressos, simpósios). Dez (41,7%) profissionais referiram ter cursos de curta duração, na área de assistência pré-natal, parto humanizado, DST, saúde da mulher e em Ginecologia e Obstetrícia. Dos 14 (58,3%) respondentes que não receberam treinamento alegaram que *“não foi ofertado nenhum treinamento”*; *“a Secretaria Municipal de Saúde, no momento, não estava priorizando capacitação de profissionais”* e *“não fui sorteado para participar do treinamento na época em que o mesmo ocorreu”*.

Acerca de incentivo para participação em cursos, 11 (45,8) dos profissionais referiram ter recebido liberação com salário integral. Os que não receberam incentivos 13 (54,2%), disseram que *“a SER não libera”*; *“que a realidade vivida nos serviços não é capacitar e sim atender”*; que *“falta organização nas ofertas nos programas de capacitações, pois quando acontece apenas um profissional participa”*; e que *“faltam profissionais para substituir aqueles em treinamento”*.

Satisfação e desempenho dos profissionais na assistência pré-natal no Programa Saúde da Família

Os profissionais foram questionados sobre a satisfação em trabalhar no Programa Saúde da Família e verificou-se que para seis (50%) médicos e 12 (100%) enfermeiros a satisfação por trabalhar no PSF estava relacionada ao vínculo que eles mantinham com a comunidade, com a auto-identificação com a saúde pública e por poderem estar ajudando as famílias.

A insatisfação referida pelos seis (50%) médicos em trabalhar no Programa pautou-se no fato de que *“no PSF falta material, medicação, infra-estrutura”* e *“as atividades não estão em consonância com o que preconiza o Ministério da Saúde, mas se caracterizam como pronto atendimento”*.

Na presente pesquisa a auto-avaliação do desempenho dos profissionais na consulta pré-natal com aplicação dos procedimentos (padrões) preconizados pelo Ministério da Saúde foi identificada pelos critérios segurança, pouca segurança ou insegurança. Constatou-se que a grande maioria dos médicos e enfermeiros demonstrou segurança em realizar os procedimentos relacionados à anamnese, exame físico e orientações sobre o ciclo gravídico puerperal.

Em relação aos procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) na consulta pré-natal, cinco (20%) profissionais referiram pouca segurança em realizar algum dos itens da anamnese, 24 (100%) sentiram pouca segurança e três (12,5%) insegurança em realizar algum item do exame físico. No que diz respeito às orientações, nove (37,5%) mencionaram pouca segurança em realizá-la (Tabela 2).

Tabela 2: Auto-avaliação dos profissionais para realizar os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde na consulta de pré-natal. Programa Saúde da Família. Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza-CE, 2006.

Procedimentos	Médico			Enfermeiro		
	Seg.	P. seg	Inseg.	Seg	P. seg	Inseg.
ANAMNESE						
Dados de identificação	12	-	-	12	-	-
Dados socioeconômicos	12	-	-	12	-	-
Avaliação dos antecedentes familiares	11	1	-	11	1	-
Avaliação dos antecedentes pessoais	12	-	-	12	-	-
Avaliação dos antecedentes gineco –obstétrico	10	2	-	11	1	-
EXAME FÍSICO						
Aferição da pressão arterial	12	-	-	12	-	-
Ausulta cardiopulmonar	12	-	-	6	5	1
Inspeção da pele e mucosas	12	-	-	9	3	-
Pesquisa de edema	12	-	-	12	-	-
Exame das mamas	9	2	1	9	3	-
Medição da altura uterina	12	-	-	12	-	-
Ausulta dos batimentos cardíacos	12	-	-	12	-	-
Identificar a situação e apresentação fetal	11	1	-	9	2	-
Exame especular	10	2	-	9	2	1
Solicitação de exames laboratoriais	12	-	-	11	1	-
Realização de imunização	12	-	-	12	-	-
Avaliação nutricional	12	-	-	9	3	-
ORIENTAÇÕES SOBRE O CICLO GRAVÍDICO						
PUERPERAL						
Realizar referência para serviços especializados	12	-	-	12	-	-
Orientação sobre a evolução da gravidez e suas modificações corporais	12	-	-	11	1	-
Orientação nutricional	11	1	-	9	3	-
Orientações sobre o aleitamento materno	10	2	-	12	-	-
Orientações sobre planejamento familiar	11	1	-	12	-	-
Orientações sobre os sinais de trabalho de parto	11	1	-	12	-	-
Agendar as consultas subseqüentes	12	-	-	12	-	-

Legenda: Seg.-Segurança; P.seg. – Pouca Segurança; Inseg.- Insegurança

Os profissionais foram também questionados acerca da existência de alguma limitação para realização da consulta pré-natal e 15 (62,5%) mencionaram sentir algum tipo de dificuldade, que atribuíram aos seguintes fatores: “*falta material, medicamentos, infraestrutura e equipamentos*”; “*falta de sala para exame ginecológico e de material suficiente*”; “*dificuldade de encaminhar as gestantes de alto risco porque os hospitais de referência que realizam pré-natal de risco estão cheios*”; “*a unidade de saúde ser próxima a uma*

maternidade, reduzindo o número de consulta de gestantes na unidade”. Por outro lado, nove (37,5%) referiram que não sentem nenhuma dificuldade para realizar a consulta pré-natal

DISCUSSÃO

As características dos profissionais estudados mostraram que a maioria era do sexo feminino, casados e com idade entre 31- 40 anos. Percebe-se ao longo dos anos estar ocorrendo uma maior participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde, dados encontrados em outros estudos com profissionais do PSF (BRASIL, 2002; GIL, 2005; CANESQUI E SPINELLI, 2006). É válido destacar que praticamente todas as profissionais mulheres (16) tinham vivenciado a experiência da maternidade, o que, aliado a competência técnica pode contribuir para uma melhor empatia com as gestantes, favorecendo interação durante as consultas de pré-natal.

O tempo de graduado se concentra em duas faixas de tempo distintas: pessoas com mais de 10 anos de graduados e com até cinco anos. Essa situação pode ter ocorrido devido ao fato de o PSF se apresentar atualmente como uma nova oportunidade de emprego, devido a expansão do programa e o incentivo financeiro recebido pelos os municípios para sua implantação, atraindo assim, tanto profissionais recém formados como aqueles que já se encontram com mais tempo de carreira.

Por outro lado também, o pouco tempo de atuação no PSF pode demonstrar alta rotatividade dos profissionais uma vez que o programa está implantado em Fortaleza desde 1998 (CEARÁ, 2000). É possível que isso esteja associado à fragilidade contratual dos profissionais que trabalham em regime de cooperativa, pois o primeiro concurso público estadual só veio ocorrer durante a realização desse estudo.

Ao se analisar a informação acerca dos honorários recebidos pelo trabalho no PSF, encontrou-se uma diferença salarial entre médicos e enfermeiros, estes segundos recebendo salá-

rios inferiores. Esta situação parece não acontecer somente em Fortaleza pois outros estudos também encontraram esses mesmos achados (ANDRADE, 1998; CANESQUI E SPINELLI, 2006).

Andrade (1998), revelou que o salário das enfermeiras do PSF no Ceará variou entre 3,3 e um pouco mais de 10 salários mínimos mensais, já os outros autores trazem que as enfermeiras do PSF do Mato Grosso ganham entre cinco a 15 salários mínimos mensais. Isto mostra que a diferença salarial encontrada no PSF de Fortaleza é uma realidade encontrada em outros programas e que não há limite mínimo e máximo para se remunerar os profissionais.

Contudo, essa diferença salarial não tem repercutido na satisfação dos enfermeiros com o trabalho no Programa Saúde da Família, visto que estes destacaram o vínculo com a comunidade e à identificação com a saúde pública como fatores mais importantes para a sua satisfação no trabalho. Os baixos salários e as precárias condições de infra-estrutura física e material das unidades aparecem como motivos de insatisfação na fala dos médicos, e estes problemas, também, são encontrados em outras cidades do Estado do Ceará (MOURA, 2001) e foram destacados por Valla (1999) como fatores desencadeadores de desmotivação e desresponsabilização no exercício das atividades.

Para Margarido e Castilho (2006) uma das formas de se obter e manter os recursos seria conhecer os custos reais dos serviços de saúde. Já Moura (2001) ressalta a importância da atuação efetiva dos conselhos municipais de saúde no sentido de acompanhar a aplicação dos recursos do Piso da Atenção Básica.

Destaca-se também, que a satisfação no trabalho influencia o desempenho do trabalhador, ou seja, o profissional, estando satisfeito, terá maiores condições psicológicas e técnicas para melhorar a assistência à saúde oferecida (CURA & RODRIGUS, 1999).

Outro aspecto analisado e de muita importância, foi que mais da metade dos profissionais possuía título de especialista, entretanto, ao se analisar o tipo de especialização identificou-se que, em sua grande maioria esses cursos não eram em áreas específicas para as atividades desenvolvidas no PSF. A partir de 1998 o Ministério da Saúde formalizou a criação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família cujo objetivo principal é a capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes do PSF. Para tanto, neste estudo a não especificidade de qualificação na área pode ter influenciado diretamente na atuação dos profissionais, já que 100% destes se auto-avaliaram com pouca segurança em realizar o exame físico da consulta de pré-natal, repercutindo assim, na qualidade da assistência a saúde.

A formação do tipo especialização e/ou residência em saúde da família para os profissionais que estão ingressando nas equipes, torna-se necessária, considerando que a formação universitária contempla muito mais os aspectos clínicos e assistenciais em detrimento de prevenção e promoção da saúde ou de trabalhos sociais na comunidade. Isto foi observado em um estudo realizado por Machado (2000) e Escorel (2002), que mostraram o número reduzido de médicos e enfermeiros com formação em saúde da família *stricto sensu* e que os médicos do PSF, devido a sua formação, eram mais clínicos e os enfermeiros mais voltados à saúde pública.

Outro ponto importante para o PSF, é o desenvolvimento de um programa de educação permanente dos profissionais, pois esta proporciona conhecimento e atualização do saber, repercutindo na execução das práticas de trabalho, crescimento intelectual, profissional (DARVIN, TORRES e SANTOS, 1999), e possibilita a autoconfiança. Para Cotta et al (2002) a capacitação, também, melhora as relações sociais e o contato com o usuário no atendimento individual e ou coletivo.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2001) expressa que, para se alcançar serviço de qualidade, faz-se necessário qualificar, capacitar e aprimorar o desempenho dos profissionais. Da mesma forma alerta-se para a necessidade de revisão dos currículos universitários, já que, os mesmos, pautam-se em uma assistência curativista, hospitalocêntrico, não preparando o aluno para a saúde pública, e isto, de certa forma, irá fragmentar a proposta do SUS para atenção básica.

A transferência de informações, tradicionalmente, é utilizada por meio de conferências, seminários, cursos de treinamento, seções grupais, entre outros métodos. Tais formatos, nos quais o desempenho profissional é fundamentado em padrões, não promove esforços para capacitação ou reforço na prática, o que demonstra que tem tido pouco ou nenhum impacto. No entanto, tem se evidenciado que quando tais eventos de treinamento são complementados com outros eventos, que reforcem a confiança do profissional, observa-se uma melhora na prática médica (MARQUEZ, 2001).

As ciências sociais e comportamentais oferecem importantes “insights” acerca de determinantes críticos do desempenho profissional de acordo com padrões pré-estabelecidos. Estes padrões mostram que mudança e manutenção de comportamento efetivo, para assistência de qualidade, desejam remoção de barreiras, intervenções multifortalecidas que focalizem múltiplos determinantes de comportamento, e o estímulo de intervenções levem a prontidão e receptividade individual à mudança (MARQUEZ, 2001). Assim, os cursos por si só não farão nenhum efeito se não tiver compromisso e motivação individual do profissional para por em prática os conhecimentos adquiridos nos mesmos e assim poder reverter a pouca segurança e insegurança em realizar procedimentos importantes para a assistência pré-natal.

CONCLUSÃO

Ao caracterizar o perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI, de Fortaleza-Ceará, destaca-se que a maioria é do sexo feminino, casada, com um a dois filhos e com idade entre 31 e 40 anos. Identificou-se, também, que o programa possui profissionais com pouco tempo de atuação no PSF, demonstrando que há alta rotatividade deles gerando fragmentação da proposta do PSF sobre a geração de vínculo do profissional com a comunidade.

Os dados mostraram que a maioria dos profissionais se auto-avaliaram como satisfeitos em trabalhar no PSF e referiram sentirem-se seguros para realizar os procedimentos recomendados pelo MS na consulta à gestante. Entretanto, percebe-se que a maioria desses profissionais não recebeu capacitação técnica, e que necessitam de educação continuada para não comprometer a qualidade da assistência prestada.

Pode-se concluir, portanto, que o Programa Saúde da Família na Regional VI, ainda apresenta fragilidade estrutural, organizacional, de recursos materiais, na forma de contratação, na educação permanente dos profissionais, entre outros. Tudo isto demonstra a importância de inclusão de uma cultura de avaliação dos serviços, avaliação esta que contemple a participação dos profissionais, pois somente dessa forma poder-se-ia garantir readequação das ações e conseqüentemente a melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

ANDRADE FMO. **O programa Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora; 1998.

BOSE, S.; OLIVERAS, E.; EDSON, W.N. 2001. How can self-assessment improve the quality of healthcare? **Operations Research Issue Paper** 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio a Descentralização. Coordenação-Geral de apoio a Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores relacionados – 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Cobertura de consultas de pré-natal no Brasil**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2004/f06.def>. Acesso em: 12 nov. 2006c.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde de Mulher. **Pré-natal e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **O programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

CANESQUI, AM; SPINELLI, MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p.1881-92; 2006.

CARVALHO DS de, NOVAES HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20 sup 2:S220-S230, 2004.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. **Manual de saúde sexual e reprodutiva**. Fortaleza: SESA; 2002.

CEARÁ Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social**. Boletim de Saúde de Fortaleza – Programa Saúde da Família. Ano IV, n.3, 2000.

COIMBRA, LC; SILVA, AAM; MOCHEL, EG; ALVES, MTSSB; RIBEIRO, VS; ARAGÃO, VMF; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4., p. 456-462; 2003.

COTTA, RMM; MORALES, MSV; LIOPIS, AG; FOS, SC; COTTA, FILHO JS. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v.1, p. 25-32. 2002.

CURA, MLAD; RODRIGUES, ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev. Latino am. Enfermagem**, v.7, n.4, p.21-28; 1999.

DARVIN, RMB; TORRES G de V; SANTOS, SR dos. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev. Latino am. Enfermagem**, v.7, n. 5, p. 43- 49; 1999.

DUCAN, BB et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

ESCOREL S. **Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretarias de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final)

GIL, CRR. Formação de Recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498; 2005.

KAK, N.; BURKHALTER, B.; COOPER, M. Measuring the competence of healthcare providers. **Operations Research Issue Paper 2(1)**. Bethesda,MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project. 2001.

MACHADO MH. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Distrito Federal; 2000. (Relatório final).

MARGARIDO, ES; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n. 3, p. 427-433; 2006.

MARQUEZ L. Helping healthcare providers perform according to standards. **Operations Research Issue Paper 2(3)**. Bethesda, MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project. 2001.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MORAES MS de, KUJUMJIAN FG, CHIARAVALLOTI Neto F, Lopes JCC. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 4, p.375-384; 2004.

MOURA ERF. **Assistência de enfermagem no pré-natal no contexto do Programa Saúde da Família**. 2001, 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2001.

NICHIATA LYI et al. **O SIAB como instrumento de trabalho de equipe no PSF: A especificidade do enfermeiro.** In: Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília; 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Desempenho em equipes de saúde** – manual. Rio de Janeiro: OPAS, 2001.

Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Secretaria Executiva Regional.** 2006. Disponível em <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>> Acesso em: 21 fev. 2006.

SOUZA RA, CARVALHO AM. Programa Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n.3, p. 515-23; 2003.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DE GESTANTES ATENDIDAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA, CEARÁ

¹Erine Dantas Bezerra

Enfermeira, Mestra em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

²Raimunda Magalhães da Silva

Enfermeira, docente da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e Doutora pesquisadora do CNPq.

Correspondência

Coordenação do Mestrado em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Av. Washington Soares, 1321, bloco S, sala 01, Bairro Edson Queiroz. Fortaleza – Ceará, CEP: 60.811-905, Fone: 3477-3280.

E-mail: dantaseri@hotmail.com

Este trabalho contou com o apoio financeiro da FUNCAP.

Artigo baseado em dissertação de mestrado apresentado ao Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza em dezembro de 2006 (Título da dissertação: Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família de Fortaleza - Ceará).

Este artigo será submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública.

ISSN 0102-311X

Qualis IA – Na área de Saúde Coletiva

RESUMO

Objetivou-se verificar junto às gestantes como se realiza a consulta pré-natal por médicos e enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF e identificar as orientações recebidas por essas mulheres por ocasião da assistência ao pré-natal e sua aplicação no autocuidado. O estudo foi do tipo descritivo, realizado com 140 gestantes atendidas nas UBASF da Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza. Nos resultados, constatou-se que a maioria das gestantes é natural de Fortaleza, vive em união estável, possui renda de um salário mínimo e com tempo de estudo equivalente ao ensino médio. Sobre o período gestacional, comprovou-se que aproximadamente 43% procuraram o PSF depois do primeiro trimestre, o que compromete a qualidade da assistência pré-natal. De acordo com as participantes alguns procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para consulta pré-natal e orientações educativas foram pouco realizados. Diante dos resultados, deve haver maiores investimentos municipais nas UBASF para melhorar a qualidade da consulta pré-natal e incentivar e capacitar os profissionais a desenvolverem ações de Educação em Saúde.

Palavras chave: Assistência pré-natal, Programa Saúde da Família, Gestante.

ABSTRACT

The aim of this study was to verify among pregnant women how prenatal care is given by doctors and nurses within Basic Family Health Units – UBASF, and to identify instructions such women were given when they were receiving prenatal care, as well as the application of these instructions to self-care. The descriptive study was carried out with 140 pregnant women who were receiving care in UBASF from Regional Executive Department VI, in Fortaleza City. Results point that most of pregnant women were born in Fortaleza, lived a stable relationship, perceived a minimum wage, and had an intermediate school level. On the gestational period, the study found that about 43% searched PSF after the first trimester, what jeopardizes prenatal care quality. According to participants, some procedures supposed by Brazilian Health Ministry to prenatal visits and educative instructions were not enough done. Face to the results, this research suggests that UBASF needs more municipal investments and city government has to motivate and capacitate professionals to develop health education actions.

Key Words: Prenatal Care, Family Health Program, Pregnant Woman.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico normal, contudo as modificações produzidas no organismo fazem com que a gestante fique no limite do patológico. Com efeito, se a gestante não for adequadamente assistida, especialmente quando já existe a superposição de patologias prévias, o processo reprodutivo torna-se de alto risco para a mãe e para o concepto (BACKETT, 1984).

No Brasil, desde as primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, no entanto, foi em 1984 que surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cujo princípio e diretriz – descentralização, hierarquização, regionalização, integralidade e equidade – embasou a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Após o surgimento do SUS, o PAISM recebeu influência de sua política, sendo incorporada a reorganização da atenção básica por intermédio do Programa Saúde da Família (PSF). Neste, atualmente em vigor, os profissionais seguem o pacto da gestão, que traz entre suas prioridades a redução da mortalidade materna mediante assistência à gestante (BRASIL, 2006a).

A assistência pré-natal constitui uma importante medida para a prevenção de agravos à mãe e ao concepto no período gestacional-puerperal, pois previne e/ou evita possíveis complicações no feto e/ou na mãe, como mortalidade, morbidade, aborto, patologias congênitas, ausência da lactação, vacinação da criança, proteção contra o baixo peso ao nascer, entre outras. Sendo assim, o acompanhamento pré-natal pode contribuir para uma gestação saudável e para um bom crescimento e desenvolvimento do feto (LEAL et al, 2004; COIMBRA, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1996), a mortalidade materna é definida como a morte da mulher durante a gestação ou em um período de 42 dias após o seu término. Nos países desenvolvidos, como Canadá, Cuba, Estados Unidos, a razão de

mortalidade materna (RMM) são de 3/100.000 nascidos vivos, 7/100.000 nascidos vivos e 10/100.000 nascidos vivos, respectivamente.

Nos países subdesenvolvidos, os coeficientes de mortalidade materna são elevados, como é exemplo o Brasil, onde há aproximadamente 5.000 mortes anuais por causas maternas, ou seja, o RMM é de 72,99/100.000 nascidos vivos. Esta razão, no entanto, pode elevar-se para 150/100.000 nascidos vivos quando se levam em consideração os casos de subnotificação das declarações de óbitos (REZENDE, MORELI e REZENDE, 2000; BRASIL, 2006b). No Ceará, em 2004, mais precisamente no Município de Fortaleza, 60 mulheres morreram por causas relacionadas à gestação ou ao parto (CEARÁ, 2005).

Em um estudo realizado por Almeida (2002) menciona que as causas mais freqüentes de óbito materno devem-se a doença hipertensiva específica da gestação (DEHG), as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto.

O Programa Saúde da Família (PSF) proposto pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu como estratégia a reorientação do modelo de atenção à saúde, especialmente no que diz respeito à atenção pré-natal. Até o final do ano de 2005, o Ceará possuía 1.328 equipes do Programa Saúde da Família, o que proporcionou uma cobertura de mais de 60% da população cearense pelo programa (CEARÁ, 2006).

Para tanto, a equipe de saúde, no desenvolvimento de suas atividades, deve conhecer o processo saúde-doença do indivíduo, das famílias, do seu território de abrangência da unidade, determinar prioridades entre os problemas identificados, reunir soluções, conhecer o perfil epidemiológico da população assistida e garantir insumos para promover a assistência e funcionamento da unidade (BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde determinou para o atendimento pré-natal os seguintes critérios:

- início do pré-natal antes da 14ª semana de gravidez;

- realização de seis ou mais consultas, sendo, no mínimo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro;
- realização de exames laboratoriais básicos do tipo ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, HIV-devendo ser realizados uma vez durante toda a gravidez. Glicemia, VDRL e urina devem ser realizadas duas vezes durante toda a gravidez;
- realização obrigatória dos procedimentos clínico-obstétricos, que são altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso. Estes devem possuir cinco ou mais registros durante toda a gravidez. Os batimentos cardíacos devem possuir quatro ou mais registros, enquanto a apresentação fetal deve possuir dois ou mais registros; e
- imunização com a vacina antitetânica.

A assistência pré-natal também se baseia em três linhas de atuação: no rastreamento de gestantes de alto risco, em ações profiláticas específicas para a gestante e o feto e na Educação em Saúde (CHAMBERLAIN, 1993). Diante do princípio da integralidade, o profissional de saúde não deve limitar o seu atendimento a uma assistência curativa, mas identificar fatores de risco à saúde e executar ações preventivas com práticas de Educação em Saúde, compreendidas como um conjunto de saberes e práticas, orientadas pelo profissional, com o usuário. Como exemplo de assistência integralizada destaca-se o atendimento de um usuário com crise hipertensiva. Neste atendimento, o profissional, além de fornecer a medicação, realiza durante as consultas orientações quanto à importância da atividade física, da dieta, não esperando que o paciente compareça a grupos específicos de hipertensão para receber orientações sobre a doença (ALVES, 2005).

Aliando esse exemplo anteriormente citado com o que o Ministério da Saúde preconiza, durante a consulta de pré-natal, os profissionais devem orientar a gestante sobre seu estado gravídico, acerca das modificações do corpo e da mente, entre outros aspectos, para que esta seja personagem ativa do autocuidado e alcance o *empowerment*, que, segundo

Carvalho (2004, p. 1088), “é uma estratégia que constitui um eixo central para a promoção da saúde, pois possibilita aos indivíduos apoderar-se do controle dos determinantes da saúde e desta maneira terem mais saúde”. Sícoli e Nascimento (2003), ao abordarem a temática promoção da saúde, destacam o “empoderamento” e a participação social – que é o envolvimento dos indivíduos no processo saúde-doença – como princípios-chave para a sua realização. Destaca-se, também, o fato de que a promoção da saúde é uma das ações desenvolvidas no PSF e representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Assim, promover saúde “supõe uma concepção que não restringe a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes” (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003, p. 102). O autocuidado é uma estratégia que prepara a mulher para o desenvolvimento de atividades de forma consciente e em seu benefício para a manutenção da vida, da saúde e do seu bem-estar (OREM, 1995).

Ao analisar as mortes maternas por causas evitáveis, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, as falhas no atendimento acarretando diagnóstico tardio, a falta da captação precoce dessas mulheres, ou seja, no primeiro trimestre da gravidez, tudo isto guarda relação com o problema. Evidencia-se, também, o fato de que, apesar das políticas de saúde bem elaboradas para atenção à saúde da mulher, os índices de morbidade e mortalidade materna permanecem indesejáveis, levando-se aos questionamentos – Os profissionais de saúde atendem a gestante como preconiza os protocolos oficiais? Que orientações as gestantes recebem desses profissionais, visando promover o autocuidado?

Esta pesquisa teve como objetivo verificar, junto às gestantes, como se realiza a consulta pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF em Fortaleza e identificar as orientações recebidas por essas mulheres por ocasião da assistência ao pré-natal e sua aplicação no autocuidado.

METODOLOGIA

Estudo descritivo realizado com gestantes atendidas no Programa Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI, no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2006.

O Município de Fortaleza encontra-se na gestão plena da atenção básica à saúde e até agosto de 2006 tinha 15% da população assistida pelas equipes de Saúde da Família. Estas equipes estão distribuídas nas seis secretarias executivas regionais - SER.

As SER são territórios delimitados geográfica e administrativamente, criados por uma reforma administrativa realizada, em 1996, pela Prefeitura de Fortaleza, com o objetivo, entre outros, de proporcionar melhores condições de saúde, conseqüentemente, de vida da população. Estas SER possuem autonomia e gerenciam equipes em áreas distintas, estando hierarquicamente subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde e as diretrizes propostas por este setor. Têm como meta “a execução de políticas públicas definidas pelo Poder Executivo Municipal e a prestação de serviços que proporcionam atendimento às necessidades e demandas das comunidades, consideradas em sua dinâmica de uso do espaço urbano e peculiaridade social, visando à melhoria da qualidade de vida da população” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2006).

A escolha da Secretaria Executiva Regional VI se deu por esta possuir uma área geográfica de maior extensão territorial, com maior número de bairros e de serviços de saúde, e por ser a área onde se localiza a Universidade de Fortaleza – UNIFOR, que, em acordo recente realizado com a Prefeitura Municipal, assumirá conjuntamente a co-responsabilidade pela assistência à saúde.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, existem na Regional VI quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) que comportam em seu espaço físico cinco equipes de saúde, totalizando 20 equipes que realizam consulta pré-natal de baixo risco. Entretanto, 12 equipes fizeram parte do estudo, participando três equipes de saúde de cada

UBASF da Regional VI, por se encontrarem completas na sua composição com um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde.

Para aleatoriedade da amostra foram realizados sorteios das UBASF para visitas semanais, totalizando 12 semanas para coleta dos dados. A cada sorteio, era escolhida uma unidade básica e dois dias da semana para a realização da coleta. Ao final de 12 semanas de coleta (três meses), cada unidade foi sorteada três vezes e visitada seis vezes. Todas as gestantes que compareceram para as consultas de pré-natal nas unidades e nos dias sorteados, foram convidadas a participar da pesquisa. Deste modo, no total, foram entrevistadas 140 gestantes que correspondem a 65% da média mensal de gestantes atendidas (214) nas UBASF da SER VI no ano de 2005 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

Utilizou-se como critério de exclusão as gestantes com idade abaixo de 18 anos, ou com dificuldade de comunicação, ou com gestação de alto risco.

Os dados foram coletados nos meses de julho a setembro de 2006, usando-se um questionário composto de dados sobre as características sociodemográficas das gestantes, a história de saúde, dados sobre o pré-natal, o acolhimento da gestante no serviço e as orientações educativas recebidas pelas gestantes e sua aplicação no autocuidado.

Os questionários foram aplicados nas unidades de saúde, em comum acordo com o coordenador de cada unidade e após as gestantes terem realizado a consulta pré-natal, no turno da manhã ou tarde.

Os resultados foram organizados, codificados, tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), versão 11.5. Após esta fase, os resultados foram submetidos a operações de estatística simples com frequência absoluta e relativa, o que permitiu colocar em relevo as informações obtidas e estas complementadas pôr depoimentos (MINAYO, 2006).

Para facilitar a análise os resultados, foram distribuídos em três variáveis: perfil sociodemográfico das gestantes, caracterização da consulta pré-natal e Educação em Saúde para as gestantes. No perfil analisou-se: sexo, faixa etária, estado civil, naturalidade, número de filhos, nível de escolaridade, renda mensal, transporte utilizado para ir ao posto e presença ou ausência de patologias desenvolvidas em outras gestações.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, com parecer nº. 216/2006 e está em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisas, que envolve seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico das gestantes

Das 140 gestantes, 121 (91,4%) eram naturais de Fortaleza, oito (5,7%) de outras cidades do Estado e quatro (2,9%) de outras UFs. A faixa etária que predominou ficou entre 21 e 25 anos (39,3%). Mais de 80% (116) das mulheres eram casadas ou viviam em união consensual e 17,1% (24) eram solteiras. Quanto ao nível de escolaridade 74 (52,8%) mulheres possuíam o ensino médio, 59 (42,2%) o ensino fundamental, seis (4,3%) o ensino superior e uma (0,7%) era analfabeta. Sobre a renda mensal, 87 (62,1%) sobreviviam com até um salário mínimo (R\$ 350,00 reais), 41 (29,3%) de dois a três salários e 12 (8,6%) não aferiam renda. Sobre o meio utilizado pela maioria das mulheres para deslocar-se de casa as unidades de saúde em busca de atendimento, 97,1% disseram que iam a pé pelo fato de a unidade de saúde ser próxima à residência.

Dentre as participantes, 58 (41,4%) não possuíam filho, 41 (29,3%) tinham apenas um filho, 18 (12,9%) dois filhos, e 23 (16,4%) com três ou mais. As mulheres que estavam na sua

primeira ou segunda gestação corresponderam a 94 (67,1%), na terceira ou quarta corresponderam a 33 (23,6%) e cinco ou mais gestações corresponderam a 13 (9,2%) mulheres. Das 140 mulheres, a maioria 115 (82,1%) informou nunca abortou e, dentre as 25 (17,9%) que abortaram 19 (13,6%) tiveram de um a dois abortos e seis (4,3%) três ou mais abortos.

Considerando que as mulheres no período gestacional ficam mais susceptíveis a desenvolverem patologias, as gestantes, que possuíam mais de um filho, foram questionadas quanto às doenças anteriores, tendo-se constatado que 47 (57,3%) referiram não ter sofrido nenhuma patologia. Dentre as que referiram patologias, destacaram infecção urinária 16 (19,5%), anemia 14 (17%), hipertensão três (3,7%) e diabetes duas (2,5%). De acordo com as gestantes, estas patologias quando diagnosticadas, os profissionais iniciavam o tratamento.

Caracterização da consulta pré-natal

As gestantes foram questionadas sobre a procura pelo serviço para a realização da consulta pré-natal, verificou-se que 118 (84,3%) dirigiram-se ao serviço por interesse próprio, 16 (11,4%) por indicação da família e seis (4,3%) por sugestão do agente comunitário de saúde. O período de gravidez variou de dois a nove meses e pouco mais da metade (80 - 57,2%) iniciou a consulta pré-natal no primeiro trimestre, 56 (40%) no segundo trimestre e quatro (2,8%) no terceiro trimestre.

Ao relacionar o trimestre gestacional com o número de consultas de pré-natal realizada pelas gestantes identificou-se que 68 realizaram uma a três consultas, 56 quatro a seis e 16 sete ou mais (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do número de consultas de pré-natal segundo trimestre gestacional de gestantes do Programa Saúde da Família (n=140). Unidades Básicas de Saúde da Família, SER VI, Fortaleza-CE, 2006.

		Número de consultas de pré-natal			Total
		1-3	4-6	7 ou mais	
Trimestre Gestacional	Primeiro Trimestre	15	-	-	15
	Segundo Trimestre	38	15	-	53
	Terceiro Trimestre	15	41	16	72
Total		68	56	16	140

Sobre os procedimentos realizados em cada consulta de pré-natal pelos médicos e enfermeiros das UBASF encontrou-se que a ausculta dos batimentos cardíofetais, aferição da pressão arterial, medição da altura uterina, solicitação de exames e agendamento dos dias da vacina foram mencionadas como não realizadas por algumas gestantes (tabela 2).

Tabela 2: Respostas das gestantes quanto aos procedimentos realizados pelos médicos e enfermeiros, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, SER VI (n=140). Fortaleza-CE, 2006

Procedimentos	Realizado	Não realizados	Total
Ausculta dos batimentos cardíofetais	109	31	140
Aferição da pressão arterial	52	88	140
Mede a altura da gestante	140	-	140
Pesa a gestante	140	-	140
Medição da altura uterina	119	21	140
Solicitação de exames	91	49	140
Agendam os dias da vacina	104	36	140

Outro procedimento que deve ser realizado no período gestacional é o exame ginecológico. Para tanto, identificou-se que este não foi solicitado e realizado em 114 (81,4%), das 140 gestantes, mas, dentre as que realizaram, nove fez no primeiro trimestre de gravidez, 16 no segundo e uma no terceiro.

Acerca do acolhimento na consulta pré-natal, comprovou-se que das 140 gestantes 121 (86,4%) sentiam-se acolhidas e 19 (13,6%) não se sentiam acolhidas pelos seguintes motivos: *falta de atenção por parte dos profissionais (2,1%); eles só atendem quando bem quer ou quando está para morrer (0,8%); eu sou tímida e sinto vergonha de perguntar (1,4%); quando chega a nossa vez estão irritados (0,8%); não sou bem atendida, pois o médico não*

olha na cara da gente (1,4%); quando o enfermeiro tem que passar remédio encaminha para o médico passar (0,8%); não olha se o neném está bem (1,4%); a consulta é rápida não dando tempo de examinar direito (2,1%); não sou bem atendida (1,4%); e a gente pega várias filas para ser atendida, a gestante não tem prioridade em nada (1,4%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos motivos que levaram as gestantes a se sentirem acolhidas durante as consultas de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, SER VI (n=140). Fortaleza-CE, 2006.

Motivos	Porcentagem
Deixam-me à vontade para ouvir o que falo	33,0%
São atenciosos	29,5%
Recebem-me bem e falam o que a gente quer ouvir	17,4%
Sou atendida	7,4%
Dizem se meu neném está bem	4,2%
Perguntam como estou e chamam pelo meu nome	3,3%
Tiram dúvidas	5,2%
Total	100%

Outro dado importante identificado foi que das 140 participantes, 129 (92,1%) disseram que os profissionais as escutam quando realizam alguma pergunta, e, dentre as que disseram que não escutam 11 (7,9%), este fato, decorreu de: *ele desvia do assunto, pois tão sempre apressado e não tem tempo (2,8%); o jeito do médico que é muito fechado (1,4%); ficam pensando em outra coisa e não prestam atenção na gente (1,6%); não deixa falar o que está sentindo, parece que tem preguiça de ouvir (1,4%); o atendimento daqui é horrível (0,7%).*

Sobre se os profissionais respondem a todas as dúvidas das gestantes, 127 (90,7%) disseram que os profissionais respondem, e, destas 127 gestantes, 101 (79,5%) disseram que se sentem satisfeitas com as respostas, pois: *escutam-me (2,1%), tiram minhas dúvidas (57,1%), recebe-me bem (7,9%), diz que eu e meu neném estamos bem (5,3%), me ajudam no que preciso (1,5%), os profissionais são legais (3,5%), eles falam o que está certo e errado (2,1%).*

As que relataram que os profissionais não respondiam todas as dúvidas 13 (9,3%), alegaram que: *finge que não escuta e passa adiante* (3,6%), *fica dúvida mesmo quando responde o que pergunto* (1,4%), *fica no computador e não escuta a gente* (1,4%), *não dá atenção e diz que sou nervosa e exagerada* (0,7%), *a consulta é rápida e saio cheia de dúvida* (2,2%).

Das gestantes que referiram não se sentirem satisfeitas com as respostas 26 (20,5%) o feto decorreu de: *tudo que digo diz que é normal e sei que não é* (3,2%); *eles não respondem muito bem, aí ainda fico com dúvida* (12,6%); *o médico e o enfermeiro demonstram insegurança no que dizem* (3,2%); *tudo que eles dizem eu faço, mas não vejo resultado* (1,5%).

Educação em Saúde para as gestantes

Das gestantes, 51 (36,4%) não receberam nenhuma orientação educativa pelos profissionais, mas 89 (63,6%) gestantes receberam orientação educativa durante as consultas, contudo, não em forma de grupos com palestras ou debates. A orientação mais recebida foi orientação nutricional 81 (91,0%) e as menos recebidas estão descritas na tabela 4.

Tabela 4: Depoimento das gestantes segundo orientações educativas realizadas pelos médicos e enfermeiros nas consultas de pré-natal dos Programas Saúde da Família da regional VI (n=89). Fortaleza-CE, 2006.

Orientações educativas em Saúde	Recebidas		Não recebidas	
	F	%	F	%
Orientações sobre o parto	03	3,4%	86	96,6%
Orientação sobre amamentação	31	34,8%	58	65,2%
Orientações sobre sexualidade	02	2,2%	87	97,8%
Orientação sobre cuidados com o bebê	07	7,9%	82	92,1

As respondentes, quando questionadas sobre o seguimento das orientações recebidas pelos profissionais, 27 (30,3%) mencionaram que seguiam todas as orientações recebidas, 35 (39,9%) apenas as orientações sobre a dieta da gestante, uma (1,1%) preparava o mamilo para a amamentação, duas (2,2%) usavam os medicamentos prescritos, uma (1,1%) fazia higiene

corporal, uma (1,1%) realizava atividade física e uma (1,1%) seguia as orientações sobre a posição para dormir melhor. Outras, 14 (15,3%), referiram que às vezes seguiam as orientações, quatro (4,5%) delas não seguiam nada e três (3,4%) não atendiam as orientações nutricionais porque não possuíam condições financeiras.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas das gestantes estudadas mostraram que eram mulheres jovens, a maioria vivia em união estável, não tinha filho, renda de um salário mínimo e com tempo de estudo equivalente ao ensino médio. Quanto ao nível de escolaridade Coutinho et al (2003) e Trevisan et al (2002) relatam que baixa escolaridade entre gestantes repercute na qualidade da assistência pré-natal, ou seja, na realização do pré-natal. Acrescentam que a educação é um dos investimentos que o governo deveria realizar e que interfere diretamente na saúde.

Ribas et al (1999) e Osis et al (1993), em seus estudos, identificaram que o nível de escolaridade e socioeconômico das gestantes estudadas por eles eram baixos, o que favorecia início tardio da consulta pré-natal e impedia que ela se beneficiasse das vantagens da assistência e resolvesse precocemente os possíveis problemas que poderiam aparecer nesse período. No presente estudo corroborou com os achados dos autores acima, pois neste encontrou-se relação entre o nível de escolaridade com a adesão as consultas de pré-natal e com o início do pré-natal, pois as gestantes com até três meses de gestação que procuraram o serviço por interesse próprio, para realizar o pré-natal, possuíam o ensino médio e superior. Para Dias da Costa et al (2000), um atendimento deficitário tem início quando a gestante não realiza o número mínimo de consultas de pré-natal e a deficiência dos outros procedimentos é apenas uma consequência.

Dentre os problemas de saúde mais enfrentados no período gestacional, destacam-se a infecção urinária, anemia, hipertensão e diabetes. A infecção urinária e anemia, logo que diagnosticadas, eram tratadas para evitar complicações ao feto, tais como: restrição de crescimento intra-uterino, parto pré-termo, recém-nascido de baixo peso, óbito perinatal, defeitos no tubo neural, hipertensão, pré-eclâmpsia, entre outras (DUARTE et al, 2002). A hipertensão e diabetes em gestantes nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é uma das causas de óbito materno e fetal (PERAÇOLI e PARPINELLI, 2005) e mulheres diabetes melito gestacional apresentam maior frequência para desenvolver hipertensão induzida pela gestação, principalmente, a pré-eclâmpsia (GONÇALVES et al, 2005). Por isto a importância de uma assistência pré-natal de qualidade, bem como o início desta no primeiro trimestre de gravidez. Nos serviços da SER VI, as gestantes que apresentavam hipertensão e diabetes eram acompanhadas com o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos e a qualquer agravamento do problema eram encaminhadas para serviços especializados, segundo informações dos profissionais e gestantes.

Visando uma assistência de qualidade o Ministério da Saúde por meio da portaria/GM nº 399, de fevereiro de 2006, firma um pacto com os gestores do SUS que determina em suas prioridades ações que levem a redução em 5% da razão da mortalidade materna em 2006, garantia de insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto e qualificar pontos de distribuição de sangue para maternidades e outros locais de parto (BRASIL, 2006a).

A maioria das participantes do estudo procurou o serviço por interesse próprio para realização do pré-natal, mostrando que estas mulheres são conscientes sobre a importância da consulta para ela e seu filho. Para Conti & Moretti (2003) a falta de informação ou compreensão sobre a importância do pré-natal acarreta na procura tardia para a consulta pré-natal. Outros fatores que, descritos pelos autores, também levam ao início tardio do pré-natal,

são eles: o fato da gestante não saber que está grávida devido a irregularidade menstrual, o desconhecimento dos riscos que a submetem, achar que a laqueadura tubária provoca ausência da menstruação e pelo fato de acreditar que não irá engravidar se deixar de tomar o anticoncepcional para amamentar. Tudo isto mostra a importância de promover orientação em saúde para as gestantes e assim não comprometer a qualidade da assistência pré-natal.

Em relação ao período gestacional em que as entrevistadas iniciaram o pré-natal notou-se que a maioria, ao final da gestação, irá realizar mais de seis consultas de pré-natal, que o mínimo preconizado pelo MS. Todavia, 60 gestantes procuraram o PSF depois do primeiro trimestre de gravidez, repercutindo na inadequação do número de consultas de pré-natal com a idade gestacional. Diante deste fato, faz-se necessário que a equipe de saúde, especialmente o agente de saúde por ocasião das visitas domiciliares, realizadas mensalmente, desenvolva vigilância das mulheres com amenorréia, pois o período de início do pré-natal é um indicador importante para avaliar o risco de uma gestação (PINTO et al, 2005). Como também, a adesão e procura pelo serviço de saúde está relacionado com a receptividade do serviço, com o poder de resolubilidade e pelo vínculo e acolhimento que o mesmo proporciona as usuárias (RAMOS e LIMA 2003).

No que se refere aos procedimentos realizados pelos profissionais durante as consultas de pré-natal, a mensuração da pressão arterial apresentou-se como realizada apenas em 52 gestantes. Salienta-se, entretanto, que este procedimento e medidas de peso e de altura eram realizados pelo auxiliar de enfermagem em todas as gestantes, como rotina, antes das consultas dos profissionais e, quando os valores se apresentavam alterados, eram confirmados pelos profissionais durante as consultas.

Acerca dos outros procedimentos realizados têm-se: a medição da altura uterina que proporciona observar o crescimento e desenvolvimento do feto, o agendamento da vacina antitetânica que previne o tétano neonatal, a realização do exame ginecológico, a solicitação

dos exames: sumário de urina, ABO-Rh, hemograma/hematócrito, glicemia, VDRL e DST, que são exames básicos recomendados pelo MS para identificar patologias que possam comprometer a saúde da mãe e do bebê. Contudo, algumas gestantes referiram que estes procedimentos intrínsecos a consulta foram pouco realizados corroborando com estudos de Silveira, Santos e Dias da Costa (2001) e Moura (2001), que mostraram além de um pré-natal de baixa qualidade, há precariedade da estrutura física das unidades de saúde que fazem pré-natal.

Mais de 80% (121) das gestantes estudadas sentiram-se bem acolhidas no serviço. O acolhimento é um pré-requisito para a humanização do atendimento, uma forma de estimular a escuta de problemas de saúde da usuária, dando-lhe respostas positivas e responsabilizando-se pela resolução do problema da usuária. Bem como, os profissionais devem estar preparados para desenvolver a tarefa de cativar a gestante e orientá-la, de forma a garantir a mesma continuidade do pré-natal (CONTI & MORETTI, 2003). Assim, esta responsabilização vai além do atendimento, pois diz respeito também ao vínculo entre o serviço e a população usuária (SOLLA, 2005). Diante dos relatos das gestantes evidenciou-se que o serviço busca atendê-las em suas necessidades, por quanto há entre os profissionais e a maioria das usuárias uma relação de empatia, troca de saberes, diálogo, resolução dos problemas e de dúvidas sobre a gestação. Este acolhimento amplia a capacidade da equipe de saúde em responder às necessidades dos usuários e não somente a identificação e resolução dos problemas.

Algumas queixas das gestantes estudadas sobre o acolhimento se direcionaram ao tempo de espera nas filas para agendar as consultas, e rapidez na realização das consultas pelos profissionais, podendo causar inibição e desestímulo entre os profissionais e usuárias na conquista de novos saberes. Esse fato, entretanto, em médio prazo, poderá ser minimizado com a expansão da cobertura das equipes do PSF iniciada em Fortaleza-Ceará. Estudo realizado por Conti & Moretti (2003) identificaram as mesmas queixas e expressam a

expectativa de que a atuação do pré-natalista deve ser com a devida competência para identificar e corrigir alguma alteração na gravidez; com dedicação ao ponto de doar todo o tempo necessário à gestante em orientações e atendimento correto; e mais humano para propiciar um bom relacionamento com a gestante, motivando-a a valorizar a assistência pré-natal e a seguir as orientações propostas.

O trabalho educativo é parte integrante da assistência individual e as orientações prestadas às gestantes constituem parte importante das ações realizadas durante o pré-natal, pois visam a prepará-las nos aspectos físico e emocional, oferecendo-lhes subsídios para a compreensão do processo da gestação, do parto, cuidados com o recém-nascido, orientações nutricionais, amamentação, sexualidade e planejamento familiar (CARROLI et al, 2001). Para Candeias (1997, p. 210) Educação em Saúde nada mais é que uma “combinação de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”.

Nos PSF da SER VI as gestantes receberam orientações durante a consulta de forma individualizada e, embora, todas as orientações sejam relevantes, a orientação nutricional foi a mais referenciada por 81 (91,0%) das gestantes. Pode-se admitir, todavia, a possibilidade de as entrevistadas não ter conseguido recordar das orientações no momento da entrevista, fato passível de ser indicativo de informações pouco apreendidas, pois se percebia que, quando bem assimiladas pelas mulheres, estas as aplicavam no autocuidado - como foi o caso da orientação sobre uso de medicamentos, atividade física, entre outras. Observou-se que a ausência de orientações em grupo pode estar em função da sobrecarga de trabalho da equipe, de falta de ambiente adequado e de incentivo para os profissionais e usuárias. Esta realidade também foi observada por Moura e Sousa (2002) revelando que as atividades educativas são práticas pouco ofertadas pelas equipes do PSF de uma Regional de Saúde do Ceará, em razão da alta demanda por consultas; da baixa cobertura do Município por equipes, o que sobrecarga os

profissionais com atividades assistenciais; a ausência de área física e material para desenvolver as atividades; e do despreparo dos profissionais para trabalhar com grupos.

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo, verificou-se que a maioria das gestantes é natural de Fortaleza, são mulheres jovens, casadas e possuem ensino médio completo. Analisando a adesão das gestantes à consulta de pré-natal acreditou-se que o nível de escolaridade tenha favorecido a esta adesão. Para que este fato seja uma constante os agentes de saúde, por meio da visita domiciliar, devem realizar a captação das gestantes no primeiro trimestre gestacional e os profissionais devem atendê-las no sentido de informá-las sobre a importância do pré-natal, a necessidade de sua realização e do acompanhamento sistemático durante a gravidez.

Em relação aos procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde para consulta pré-natal, os profissionais das equipes de Saúde da Família da SER VI, com base nos relatos das gestantes, alguns procedimentos foram pouco realizados, o que compromete a qualidade da assistência pré-natal oferecida nos serviços.

Sugere-se, todavia, que outros estudos ou uma avaliação dos serviços sejam feitos para que se confirme ou não a realização dos procedimentos intrínsecos à consulta. Outro fator em foco são as orientações pouco recebidas por todas as gestantes, fragmentando uma das propostas no PSF, que é o desenvolvimento de ações educativas, já que estas irão interferir no processo saúde-doença, na qualidade de vida e no desenvolvimento do autocuidado da comunidade.

Para finalizar, deve haver maiores investimentos municipais nas unidades de Saúde da Família da SER VI para melhorar a qualidade da consulta pré-natal, principalmente naqueles procedimentos referidos como pouco realizados; incentivar e capacitar os profissionais a desenvolverem ações de Educação em Saúde, visto que continua sendo prática pouco

realizada; e que os profissionais continuem proporcionando escuta nas informações transmitidas, o acolhimento, às gestantes, favorecendo a um atendimento diferenciado, que é o que se propõe o PSF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, NMGS. **Mortalidade materna em Fortaleza-CE, 1996-1999**: estudos dos fatores de risco (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – FSP; 2002.

ALVES, VS. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-comunic, saúde, educação**, v. 91, n.6, p.39-52, set 2004 / fev.2005.

BACKETT, EM; DAVIES, AM; PETROS-BARVASIAN, A. The risk approach in health care. With special reference to maternal and child health, including family planning. **Public Health Pap**, v. 76, p.1-133; 1984.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio a Descentralização. Coordenação-Geral de apoio a Geração Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/matriz.thm>>. Acesso 25 de novembro de 2006b

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CARROLI, G; ROONEY, C; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity ? an overview of the evidence. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 15, Sup 1, p.1-42; 2001.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.4, p.1088-1095; 2004.

CHAMBERLAIN, G. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1993.

CANDEIAS; NMFC. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n. 2, p. 209-213. 1997.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará**. Vol. 04, Fortaleza: SESA, 2005. 105 p.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. **A estratégia de Saúde da Família no Ceará**, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/ii_seminario_internacional.php>. (Acessado em 14 de novembro de 2006).

COIMBRA, LC; SILVA, AAM; MOCHEL, EG; ALVES, MTSSB; RIBEIRO, VS; ARAGÃO, VMF; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.4, p. 456-462; 2003.

CONTI, DA; MORETTI, E. Fatores cognitivos/perceptivos de não adesão ao pré-natal. **Rev. Médica HSVP**, v.15, n.32, p. 12-18. 2003.

COUTINHO, T; TEIXEIRA, MTBT; DAIN, S; SAYD, JD; COUTINHO, LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 10, p.717-724; 2003.

DIAS da COSTA, JS; MADEIRA, ACC; LUZ, RM; BRITO, MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, p. 329-36; 2000.

DUARTE, G; MARCOLIN, AC; GONÇALVES, CV; QUINTANA, SM; BEREZOWSKI, AT; NOGUEIRA, AA; CUNHA, SP da. Infecção Urinária na gravidez: Análise dos métodos para diagnóstico e tratamento. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 7, p.471-477; 2002.

GONÇALVES, LC; SILVA, MRG; PERAÇOLI, JC; SILVEIRA, LV de A; PADOVANI, CR; PIMENTA, W de P. Prevalência de hipertensão arterial em mulheres com o passado de distúrbios hiperglicêmicos na gestação. **Arq. Brasileira de Endocrinologia Metabólica**, v. 49, (2):265-270; 2005.

LEAL, MC; GAMA, SGN; RATTO, KMN; CUNHA, CB. Uso do índice de Kotelchuck modificação na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, Sup 1, p.S63-72; 2004.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MOURA ERF. **Assistência de enfermagem no pré-natal no contexto do Programa Saúde da Família**. 2001, 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2001.

MOURA, ERF; SOUSA, RA de. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad. Saúde Pública**, 2002. 18(6):1809-1811.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: manual de instruções. 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.

OSIS, MJD; HARDY, E; FAÚNDES, A; ALVES, G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, p. 49-53; 1993.

OREM, DE. **Nursing: concepts of practice**. 5ed, Georgia: Mosby; 1995.

PERAÇOLI, JC; PARPINELLI, AM. Síndromes Hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n.10, p.627-634; 2005.

PINTO, LF; MALAFAIA, MF; BORGES, JÁ; BACCARO, A; SORANZ DR. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p. 205-213; 2005.

Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Secretaria Executiva Regional**. 2006. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. (Acessado em 21 de fevereiro de 2006).

RAMOS, DD; LIMA, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v 19, p. 27-34; 2003.

REZENDE, CHA; MORELI, D; REZENDE, MAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n. 4, p.323-328; 2000.

RIBAS, DLB; PHILIPPI, ST; TANAKA, ACA; ZORZATTO, JR. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p.385-65; 1999.

Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Fortaleza, 2005.

SÍCOLI, JL; NASCIMENTO, PR. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n.12, p.91-112; 2003.

SILVEIRA, DS; SANTOS, IS; DIAS DA COSTA, JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n. 1, p.131-139; 2001.

SOLLA, JJP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Brasileira de saúde materno infantil**, v.5, n.4, p. 493-503; 2005.

TREVISAN, MR; LORENZI, DRS; ARAÚJO, NM; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.24, n.5, p.293-299; 2002.

3 C O N C L U S Ã O

CONCLUSÃO DO ESTUDO

Esforços são feitos para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, visto ser esta prática de relevância para a gestante. Observou-se, contudo, ações em saúde fragmentadas, profissionais que se auto-avaliaram como pouco seguros em realizar alguns itens do exame físico da gestante e que possuem poucos cursos de capacitação na assistência pré-natal. Outro ponto em destaque, estava na presença de médicos insatisfeitos com o trabalho em virtude de falta de recursos básicos para a realização dos procedimentos, acarretando atendimento voltado ao curativismo, ao cuidado biomédico, com poucas práticas educativas e nenhuma atividade em grupo, não envolvendo a participação da comunidade na sua promoção da saúde.

É necessário, portanto, ampliar a cobertura do PSF, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e do trabalho em equipe, garantindo qualidade na realização dos procedimentos da consulta pré-natal. O PSF deve dispor de um espaço físico para a realização das atividades educativas, inserir a gestante nas ações educativas e acompanhar a aplicação das orientações no autocuidado. Deve, também, possuir uma equipe que atenda sua clientela de forma integral, visualizando a mulher na totalidade, e em sua complexidade, estabelecendo vínculo com a usuária, além de valorizar suas informações e questionamentos.

Por fim, este trabalho permitiu verificar como se encontra a qualidade da assistência pré-natal oferecida pela SER VI de Fortaleza e propor sugestões que visem à melhoria dos serviços de saúde com aquisição de recursos humanos, materiais, espaço físico, investimentos dos serviços municipais em capacitar os profissionais para práticas assistenciais e de Educação em Saúde, bem como que haja reconhecimento da importância das relações sociais, pois repercute na participação da população para a prática das ações do PSF, principalmente, com vistas a promoção e proteção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, LOM; BARRETO, ICHC & FONSECA CD. A estratégia de saúde da família. In: **Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde**: medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed; 2006.

BEMFAM. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996. In: **Saúde da mulher e da criança**. Rio de Janeiro; 1997.p. 103-24.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA, M. ; TONON, L. M. **Legislação Básica do SUS**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 161. (Cadernos de saúde, 3).

CAMPOS, GWS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.

CZERESNIA, D. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GARNA, SGN et al. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidade do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, sup 1, p. S101-S111; 2004.

LEVY, S. **Programa Educação em Saúde**. Outubro 2000. Disponível em <http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/index.htm> Acesso em: 15 nov. 2005.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1809-11, 2002.

NORONHA, C. V.; FRANCO, A. L. S.; GARRIDO, E. N.; ALVES, V. S. **Projeto Saúde para todos na América Latina**: identificando as necessidades de capacitação dos profissionais do Programa Saúde da Família. Salvador: UFBA/ISC, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n. 2, , mar-abr, p. 438-446, 2004.

ROSA, W.A.G, LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. v.13, n.6, p.1027-1034, nov-dez 2005.

SILVEIRA, DS; SANTOS, IS; DIAS DA COSTA JSD. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.131-139, jan-fev; 2001.

SOUSA, M. F. **A enfermagem reconstruindo a sua prática: mais que uma conquista no PSF**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, p.25-30. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Discussion documento on the concept and principles. In : _____. **Health promotion** : concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984.

ZIGLIO E, HAGARD S, McMAHON L, HARVEY S, LEVIN L. Inversión en favor de la salud. In: **Conferência Mundial de Promoción de la Salud**. Informe técnico. México, 2000. Disponível em <http://www.who.int/hpr/conference/products/Techreports/spanishdocs/invest-fn>>. Acesso em: 20 nov. 2005.

APÊNDICES

A P Ê N D I C E A

Roteiro de Entrevista para Médicos e Enfermeiros

Dados de identificação

- Q 1. Categoria profissional 1() Médico 2() Enfermeiro
- Q 2. Idade: _____
- Q 3. Sexo 1() Masculino 2() Feminino
- Q 4. Estado civil: 1() Solteiro(a) 2() Casado(a) 3() outro _____
- Q 5. Número de Filhos: _____

Vínculo empregatício

- P1 Qual a forma de contrato com a Prefeitura? _____
- P2 Durante quanto tempo? _____
- P3 Há quanto tempo trabalha no PSF?
- 1() de 1 a 3 anos 2() de 4 a 6 anos
- 3() de 7 a 9 anos 3() de 10 anos ou mais
- P4 Salário no PSF 1() sem renda 2() até 1 salário 3() 2 a 3 salários
- 4() 4 a 5 salários 5() 6 a 7 salários 6() 8 ou 9 salários
- 7() 10 ou mais

Satisfação profissional

- P5 Sente-se satisfeito (a) em trabalhar no PSF?
- 1() Sim, por quê? _____
- 2() Não, por quê? _____
- _____
- P6 Sente-se satisfeito (a) com o seu desempenho no PSF?
- 1() Sim, por quê? _____
- 2() Não, por quê? _____
- _____

Formação Profissional

- P7 Há quanto tempo está formado (a)?
- 1() de 1 a 5 anos 2() de 6 a 10 anos 3() de 11 a 15 anos 4() de 16 ou mais
- P8 Já recebeu alguma capacitação na atenção ao pré-natal?
- 1() Sim, qual? _____

Durante quanto tempo? _____

2() Não, por quê? _____

P9 Possui especialização?

1() Sim , qual? _____

Em que ano terminou a especialização? _____

2() Não, por quê? _____

P10 Fez mestrado?

1() Sim , em quê? _____

2() Não, mas pretende fazer mestrado? 1() Sim 2() não

Se sim, em quê? _____

Se não, por quê? _____

P11 Fez doutorado?

1() Sim , em que? _____

2() Não, mas pretende fazer doutorado? 1() Sim 2() não

Se sim, em quê? _____

Se não, por quê? _____

P12 Recebe algum tipo de incentivo para realização de cursos de aperfeiçoamento por parte da instituição para qual trabalha?

1() Sim, qual? 1() Financeiro além do salário 2() Liberação com salário

3() Encaminhamento para cursos 4() Outros, quais? _____

2() Não, por quê? _____

P13 Participa de congressos, simpósio, eventos? 1() Sim 2() Não

Atuação profissional

P14 Na atenção ao pré-natal, sente-se capacitado(a) para a sua realização?

1() Sim, por quê? _____

2() Não, por quê? _____

P15 Coloque um X no número dos procedimentos que realiza com muita segurança (03), segurança (02) e pouca segurança (01).

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	01	02	03
<i>ANAMNESE</i>			
1 Dados de identificação			
2 Dados sócioeconômicos			
3 Motivo da consulta			
4 Avaliação dos antecedentes familiares			
5 Avaliação dos antecedentes pessoais			
6 Avaliação dos antecedentes ginecológicos			
7 Avaliação dos antecedentes obstétricos			
8 Sexualidade			
9 Gestação atual			
<i>EXAME FÍSICO GERAL</i>			
10 Calcular o Índice de Massa Corporal - IMC			
11 Determinar a frequência cardíaca			
12 Aferição da pressão arterial			
13 Ausculta cardiopulmonar			
14 Inspeção da pele e mucosas			
15 Palpação da Tireóide			
16 Medir a temperatura axilar			
17 Exame do abdome			
18 Pesquisa de edema			
19 Exame de membros inferiores			
20 Palpação de gânglios inguinais			
<i>EXAME FÍSICO ESPECÍFICO</i>			
21 Exame das mamas			
22 Medição da altura uterina			
23 Ausculta dos batimentos cardíacos fetais			
24 Identificar a situação e apresentação fetal (manobras de Leopold-Zweifel)			
25 Exame especular			
26 Realização do toque vaginal, quando necessário			
27 Calcular a Idade Gestacional - IG			
28 Calcular a Data Provável do Parto - DPP			
29 Solicitação de exames laboratoriais			
30 Identificação de gestação múltipla			
31 Identificação de ameaça de aborto			
32 Responder dúvidas			
33 Avaliação nutricional			
34 Solicitação de exame para diagnóstico de DST/AIDS			
35 Diagnosticar gravidez de risco			
36 Transferência de gravidez de risco			

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	01	02	03
<i>AÇÕES COMPLEMENTARES</i>			
37Referência para atendimento odontológico			
38Realização de imunização			
39Realizar referência para serviços especializados			
40Orientação sobre a evolução da gravidez e suas modificações corporais			
41Orientação nutricional			
42Orientações sobre o aleitamento materno			
43Orientações sobre planejamento familiar			
44Orientações sobre os sinais de trabalho de parto			
45Agendar as consultas subseqüentes			

P16 No momento a equipe possui alguma limitação que dificulta a realização do atendimento pré-natal?

1() Sim, o quê? _____

2() Não

P10 Ao constatar a gravidez procurou o posto por:

- 1() Indicação do ACS 2() Interesse próprio 3() Indicação da família
4() Indicação do profissional 5() Outro, qual? _____

P11 Durante a gravidez, o médico e/ou o enfermeiro solicitou e fez exame ginecológico?

- 1() Sim, em qual trimestre? _____
2() Não

Orientações Educativas

P12 O médico e o enfermeiro realizaram ações e/ou orientações educativas?

- 2() Não
1() Sim, Quais ações e orientações foram recebidas?

P13 Caso tenha respondido sim à questão anterior, segue as orientações?

Acolhimento na consulta pré-natal

P14 Durante as consultas de pré-natal, sente-se acolhida?

- 1() Sim 2() Não

Por quê? _____

P15 Durante as consultas de pré-natal, o médico e o enfermeiro a escutam?

- 1() Sim 2() Não, por quê? _____

P16 Durante as consultas de pré-natal, o médico e o enfermeiro respondem a todas as suas dúvidas?

1() Sim 2() Não, por quê? _____

P17 Caso tenha respondido sim à questão anterior, sente-se satisfeita com as respostas?

1() Sim 2() Não

Por quê? _____

P18 Em sua opinião o que poderia ser acrescentado na consulta pré-natal?

A P Ê N D I C E C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

TÍTULO DA PESQUISA: Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família de Fortaleza, Ceará.

RESPONSÁVEL PELA PESQUISA E EM CASO DE DÚVIDA COMUNICAR-SE COM: Erine Dantas Bezerra, aluna do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, Av. Washington Soares, S/Nº, Bairro Édson Queiroz, telefone 3477-3280.

OBJETIVO GERAL DA PESQUISA: Analisar a assistência pré-natal realizada por médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde da família – UBASF da Secretaria Executiva Regional VI, no Município de Fortaleza – Ceará.

PROCEDIMENTOS: O questionário com médicos, enfermeiros e gestantes. Procuraremos garantir todos os preceitos éticos que envolvem seres humanos na pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Os riscos são aparentemente inexistentes e os benefícios constam de produção de informações que poderão ser úteis à melhoria da qualidade da assistência à gestante do Programa Saúde da Família.

PERGUNTAS: A responsável pela pesquisa estará à disposição para responder e esclarecer qualquer dúvida que se tenham em relação aos procedimentos, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados à pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE: Fui orientada no sentido de que a pesquisadora manterá o anonimato dos participantes, bem como as informações obtidas com as entrevistas são de caráter confidencial. Estou de acordo com a idéia de que as informações colhidas poderão ser apresentadas em congressos, revistas científicas e em eventos de finalidade científica.

PARTICIPAÇÃO: Também fui informado de que a minha decisão de participar ou não desta pesquisa, em nada influenciará para prejuízo do entrevistado. Estou ciente, também de que posso, a qualquer momento, retirar o meu consentimento do estudo, sem que haja qualquer prejuízo para minha pessoa.

Eu, _____ declaro ter pleno conhecimento do que se segue e concordo em participar da pesquisa.

Local _____, Data _____

Participante

Pesquisadora

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DO ESTUDO

Fortaleza, _____ de _____ de 2006. Excelentíssima senhora, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CEARÁ e solicitamos sua contribuição como subsídio para melhoria da qualidade da assistência na saúde materna e perinatal. A pesquisa tem como objetivos:

Geral

- Analisar a assistência pré-natal realizada por médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF da Secretaria Executiva Regional VI, no Município de Fortaleza – Ceará.

Específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais que realizam consulta pré-natal no Programa Saúde da Família;
- Investigar a satisfação e segurança dos profissionais para a realização das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde na consulta pré-natal;
- Verificar, junto às gestantes, como se realiza a consulta pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF em Fortaleza;
- Identificar as orientações recebidas por essas mulheres por ocasião da assistência ao pré-natal e sua aplicação no autocuidado.

Os dados serão coletados nos Programas saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI, de Fortaleza, após contato prévio com o coordenador responsável pelas equipes.

Informo que, antes e durante a pesquisa, o Sr.^(a) será esclarecido de que não haverá riscos, poderá recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo.

Informamos que sua participação na pesquisa é voluntária e, em caso de dúvida quanto aos seus direitos, podemos esclarecer no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP: 60.811-905 – Fortaleza - Ceará” e contactar com a pesquisadora responsável.

Endereço da entrevistadora Av. Washington Soares, 1321, bloco S, sala 01, Bairro Edson Queiroz. Fone: 3477-3280 CEP: 60.811-905 – Fortaleza – Ceará.