

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DESEMPENHADAS POR ENFERMEIROS

Prenatal care: core competencies performed by nurses

Atención prenatal: competencias esenciales desempeñadas por enfermeros

Margarida de Aquino Cunha¹
Leila Maria Geromel Dotto³

Marli Villela Mamede²
Fabiana Villela Mamede⁴

RESUMO

Pesquisa com objetivo de analisar as competências essenciais desenvolvidas, na prática, pelos enfermeiros que atuam na atenção ao pré-natal. Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em 16 unidades da rede básica de saúde do município de Rio Branco-AC. A coleta de dados foi realizada por meio de observação sistemática e não participante. Dos enfermeiros que realizam a consulta pré-natal, apenas dois (11,76%) cursaram especialização em obstetrícia. Constatamos que a grande maioria das competências essenciais esperadas na assistência pré-natal foi desenvolvida; entretanto, algumas foram realizadas com baixa frequência, ou seja, não foram realizadas em todas as consultas. Os resultados revelaram que, apesar do bom desempenho dos enfermeiros, é pertinente avaliar a necessidade de esclarecimentos sobre a importância da incorporação de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade dos serviços, a fim de alcançar um nível ótimo de competência na atenção pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal. Enfermagem Obstétrica. Saúde da Mulher. Competência Profissional.

Abstract

This research aimed to analyze the core competencies developed in practice by nurses working in prenatal care. This descriptive study with a quantitative approach was carried out at 16 basic health network units in Rio Branco-AC, Brazil, in 2006. Data were collected through systematic and non-participant observation. Only two (11.76%) of the nurses working in prenatal consultations had taken a specialization course in obstetrics. Although the large majority of core competencies expected in prenatal care were developed, some were practiced with low frequency levels, that is, not in all consultations. The results revealed that, despite the nurses' good performance, the need for clarifications should be assessed, about the importance of incorporating care protocols to improve service quality, with a view to reach an excellent competency level in prenatal care.

Keywords: Prenatal care. Obstetric nursing. Women's health. Professional competency.

Resumen

Investigación con objetivo de analizar las competencias esenciales desarrolladas en La práctica por enfermeros que actúan en la atención al prenatal. Se trata de estudio descriptivo con aproximación cuantitativa, realizado en 16 unidades de la red básica de salud del municipio de Rio Branco-AC en 2006. La recolecta de datos fue realizada mediante observación sistemática y no participante. De los enfermeros que realizan la consulta prenatal, sólo 02 (11,76%) cursaron especialización en obstetricia. Constatamos que la gran mayoría de las competencias esenciales esperadas en la atención prenatal fue desarrollada, entretanto, algunas fueron realizadas con baja frecuencia, o sea, no fueron realizadas en todas las consultas. Los resultados revelaron que, a pesar del buen desempeño de los enfermeros, es pertinente evaluar la necesidad de esclarecimientos sobre la importancia de la incorporación de protocolos asistenciales para mejorar la calidad de los servicios a fin de alcanzar un nivel óptimo de competencia en la atención prenatal.

Palabras clave: Cuidado prenatal. Enfermería obstétrica. Salud de la mujer. Competencia profesional

¹ Enfermeira Obstétrica, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade Federal do Acre. Brasil. E-mail: mguida@uol.com.br, ² Enfermeira Obstétrica, Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: mavima@eerp.usp.br, ³ Enfermeira Obstétrica, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta da Universidade Federal do Acre. Brasil. E-mail: leiladotto@uol.com.br, ⁴ Enfermeira Obstétrica, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil. E-mail: famamede@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

No mundo, a cada ano, ocorrem 120 milhões de gravidezes, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações, durante a gravidez ou o parto, e mais de 50 milhões sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez¹.

A razão da mortalidade materna no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2002, foi de 50,3 por cem mil nascidos vivos. A região Nordeste teve o maior índice, 60,8, seguida da região Centro-Oeste, com 60,3, região Sul, com 56,6, e Norte, com 53,2; o menor índice foi encontrado na região Sudeste, com 45,9².

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil³.

Várias instâncias internacionais e nacionais têm definido metas na busca de tornar as gravidezes e partos mais seguros. Uma das estratégias para o alcance desta meta é a participação de um profissional qualificado no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal¹.

O profissional de saúde qualificado é aquele que tenha sido educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes e nascimentos normais e período pós-parto imediato⁴.

No documento da Confederação Internacional das Partearas (ICM) sobre as Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia é preconizado, para o alcance de uma prática segura, que os profissionais tenham conhecimentos e habilidades específicos e essenciais na atenção, durante a gravidez. O documento salienta que o Modelo de Cuidado em Obstetrícia deva estar baseado na premissa de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida, e que os profissionais devem assumir a responsabilidade e responder por sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados nos cuidados de saúde de cada mulher, de forma competente⁵.

A competência pode ser definida como a habilidade de desempenhar uma tarefa específica, de modo a produzir resultados desejáveis. A competência é considerada o principal marco do desenvolvimento profissional, mas ao mesmo tempo não é o ponto final. Ela vem com a proficiência e o resultado de *status de experte* com muitos anos de experiência e crescimento profissional⁶.

Desempenhar e desenvolver as competências, de acordo com os padrões, é a base de sustentação para um adequado desempenho de atividades e para garantia da qualidade na saúde. A importância de desempenhar tarefas, de acordo com os padrões estabelecidos, está na definição para ambos, profissionais e clientes, da necessidade de realizar um serviço de qualidade⁷.

As normas de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que

prestam assistência à gestante a normatização de procedimentos e condutas a ser realizada em toda consulta pré-natal⁸. Os padrões e protocolos nacionais que definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde são essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade¹.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira⁸. A enfermeira possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se esperam dela o acompanhamento e a assistência à população de gestantes.

As altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação. Nesse sentido, a ICM vem assumindo o compromisso de estabelecer as competências essenciais em obstetrícia de que um profissional necessita para atender de forma competente.

Do exposto, pressupomos que a melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal e a participação de um profissional qualificado possam contribuir significativamente para a redução da mortalidade materna. Esse estudo tem como objetivo analisar as competências essenciais desenvolvidas, na prática, pelos enfermeiros que atuam na atenção ao pré-natal.

No mundo, a cada ano, ocorrem 120 milhões de gravidezes, entre as quais mais de meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações, durante a gravidez ou o parto, e mais de 50 milhões sofrem enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas à gravidez¹.

A razão da mortalidade materna no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2002, foi de 50,3 por cem mil nascidos vivos. A região Nordeste teve o maior índice, 60,8, seguida da região Centro-Oeste, com 60,3, região Sul, com 56,6, e Norte, com 53,2; o menor índice foi encontrado na região Sudeste, com 45,9².

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil³.

Várias instâncias internacionais e nacionais têm definido metas na busca de tornar as gravidezes e partos mais seguros. Uma das estratégias para o alcance desta meta é a participação de um profissional qualificado no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal¹.

O profissional de saúde qualificado é aquele que tenha sido educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes e nascimentos normais e período pós-parto imediato⁴.

No documento da Confederação Internacional das Partearas (ICM) sobre as Competências Essenciais para o Exercício Básico

da Obstetria é preconizado, para o alcance de uma prática segura, que os profissionais tenham conhecimentos e habilidades específicos e essenciais na atenção, durante a gravidez. O documento salienta que o Modelo de Cuidado em Obstetria deva estar baseado na premissa de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida, e que os profissionais devem assumir a responsabilidade e responder por sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados nos cuidados de saúde de cada mulher, de forma competente⁵.

A competência pode ser definida como a habilidade de desempenhar uma tarefa específica, de modo a produzir resultados desejáveis. A competência é considerada o principal marco do desenvolvimento profissional, mas ao mesmo tempo não é o ponto final. Ela vem com a proficiência e o resultado de *status* de *expert* e com muitos anos de experiência e crescimento profissional⁶.

Desempenhar e desenvolver as competências, de acordo com os padrões, é a base de sustentação para um adequado desempenho de atividades e para garantia da qualidade na saúde. A importância de desempenhar tarefas, de acordo com os padrões estabelecidos, está na definição para ambos, profissionais e clientes, da necessidade de realizar um serviço de qualidade⁷.

As normas de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência à gestante a normatização de procedimentos e condutas a ser realizada em toda consulta pré-natal⁸. Os padrões e protocolos nacionais que definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde são essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade¹.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira⁸. A enfermeira possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se esperam dela o acompanhamento e a assistência à população de gestantes.

As altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação. Nesse sentido, a ICM vem assumindo o compromisso de estabelecer as competências essenciais em obstetria de que um profissional necessita para atender de forma competente.

Do exposto, pressupomos que a melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal e a participação de um profissional qualificado possam contribuir significativamente para a redução da mortalidade materna. Esse estudo tem como objetivo analisar as competências essenciais desenvolvidas, na prática, pelos enfermeiros que atuam na atenção ao pré-natal.

METODOLOGIA

O delineamento do estudo é descritivo com abordagem quantitativa. O local de estudo foi Rio Branco (Acre). A amostragem aleatória simples foi composta por 13 Centros de Saúde (CSs) e 52 Unidades de Saúde da Família (USFs), de forma a contemplar 50% do total das unidades. Foram sorteados três CSs (25%) e 13 USFs (25%). A seleção se deu da seguinte forma: foram enumerados todos os serviços, dando a cada um deles um número e utilizando uma tabela de números aleatórios; procedeu-se ao sorteio. A amostra final foi constituída por 16 unidades de saúde.

A coleta de dados foi feita através de observação sistemática e não participante do desempenho das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na atenção pré-natal. As observações, neste estudo, foram realizadas em todas as unidades pesquisadas, no período da manhã ou tarde. No total, foram observadas 61 gestantes.

O instrumento de coleta de dados da observação sistemática, neste estudo, foi construído com base em documentos que traduzem os padrões baseados em evidência científica na prática obstétrica, como segue: Competências essenciais para o exercício básico da obstetria (ICM); Assistência Pré-Natal (2000) – Manual Técnico do MS. Este instrumento foi elaborado na forma de *check-list*. Ele foi submetido a um estudo piloto em uma unidade não selecionada, não havendo necessidade de reformulação do mesmo.

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os parâmetros da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde (1997) que dispõem sobre pesquisa que envolve seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelas gestantes, e todas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo e a não-identificação como participante.

Solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde permissão para o desenvolvimento da pesquisa, antes de submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 054/2006).

As observações do atendimento à gestante nos CSs foram realizadas, no período da manhã, das 7 às 12 horas e, no período da tarde, das 12 às 17 horas, enquanto nas USFs foram realizadas das 7 às 12 horas, e em apenas uma unidade foram realizadas das 13 às 17 horas. Foram efetuadas 61 observações relativas à consulta pré-natal, todas realizadas por enfermeiros; 17 dessas foram de primeira vez.

Em todas as unidades estudadas, os enfermeiros são responsáveis pela assistência pré-natal, diferindo apenas no número de consultas entre os CSs e as USFs. Nas USFs, os enfermeiros realizam menos consultas em virtude de a clientela de abrangência ser em menor número e de o atendimento de pré-natal não ser realizado todos os dias. Nos dois modelos

estudados, os enfermeiros são responsáveis por outras atividades além do pré-natal.

Quanto à qualificação profissional, observamos que 11,76% são enfermeiras obstétricas, e os demais (88,24%) fizeram uma capacitação para a assistência pré-natal de 24 a 40 horas de duração.

Os dados foram analisados tendo como parâmetros os documentos que estabelecem as políticas e normas de atenção ao pré-natal, que são: competências essenciais publicadas pela ICM/OMS/OPAS e Manual Técnico de Assistência Pré-Natal publicado pelo MS. Foi utilizada a estatística descritiva para a descrição dos dados, os quais foram apresentados por meio de tabelas de contingências, frequência absoluta e percentual.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Identificamos, em nossa pesquisa, que a anamnese, na primeira consulta, foi realizada na maioria das consultas. Realizar a história inicial em cada consulta pré-natal é uma das habilidades básicas preconizadas pela Confederação Internacional das Parteiras.

A Tabela 1 apresenta a frequência de informações, durante a anamnese, na primeira consulta de pré-natal realizada nos CSs e nas USFs. As informações sobre antecedentes pessoais, obstétricos, a data da última menstruação e idade gestacional foram feitas em 94,12% das consultas, enquanto os antecedentes familiares e ginecológicos foram realizados em 88,24%, e a informação sobre a data provável do parto foi feita em 82,35% das 17 consultas observadas. Vale destacar que, para uma gestante, a enfermeira solicitou o teste imunológico de gravidez (TIG) para diagnóstico de gestação, e somente a partir de então iniciou o pré-natal.

Conforme as diretrizes do ICM, no levantamento de dados para o histórico, devem estar inclusos dados que possibilitem orientação e educação sobre o cuidado com a saúde da mulher e da criança. Esse cuidado inclui: preparação para a maternidade; o oferecimento de métodos de planejamento familiar; identificação de condições anormais na mãe e criança; atenção especializada, quando necessário, e assistência de emergência primária e secundária, na ausência do médico⁵.

Tabela 1 - Distribuição da frequência do conteúdo da anamnese na primeira consulta feita pelos enfermeiros da rede básica do município de Rio Branco (AC), durante a consulta pré-natal de 17 gestantes observadas. Rio Branco, 2006.

Anamnese	n = 17	
	f	%
Antecedentes Familiares	15	88,24
Antecedentes Pessoais	16	94,12
Antecedentes Ginecológicos	15	88,24
Antecedentes Obstétricos	16	94,12
Data da Última Menstruação	16	94,12
Data Provável do Parto	14	82,35
Idade Gestacional	16	94,12

Das 17 consultas de primeira vez, observamos que o cálculo da data da última menstruação foi realizado em 94,12% das consultas. Este resultado foi similar ao de Criciúma (SC), em 2003, onde foi constatado um percentual de 96,9% para realização destes procedimentos, durante as consultas de pré-natal⁹.

Os cálculos da data provável do parto e da idade gestacional foram realizados em 82,35% e 94,12% das consultas, respectivamente, no presente estudo. Em uma pesquisa sobre o desempenho profissional de enfermeiras na assistência pré-natal, realizada em 2002, no Estado do Ceará (Baturité), foi observado que a data provável do parto foi calculada em 87,5%, e a idade gestacional, em 100% das consultas¹⁰.

A confirmação da idade gestacional na consulta de pré-natal é importante tanto para a avaliação do estado nutricional da gestante como para a avaliação do crescimento fetal. Os

cálculos da data da última menstruação e a data provável do parto também são parâmetros importantes para o profissional identificar a possibilidade de parto prematuro ou pós-datismo, assim como são informações que permitem um melhor planejamento da gestante quanto ao parto e puerpério¹⁰.

Quando analisamos os dados da anamnese a partir da segunda consulta em diante, mostrados na Tabela 2, observamos que os percentuais das informações foram menores com exceção do cálculo da idade gestacional que foi verificado em um pouco mais de 90% das consultas. Em conformidade com as normas técnicas do MS⁸, no item roteiro das consultas subsequentes, estão preconizados "a revisão da ficha perinatal e anamnese atual" e o "cálculo e anotação da idade gestacional". Portanto os resultados corroboram, em parte, o recomendado pelo MS.

Tabela 2 - Distribuição de frequências do conteúdo da anamnese a partir da segunda consulta feita pelos enfermeiros da rede básica do município de Rio Branco (AC), durante a consulta pré-natal de 44 gestantes observadas. Rio Branco, 2006.

Anamnese	CS		USF		TOTAL	
	n=13		n=31		n=44	
	f	%	f	%	f	%
Antecedentes Familiares	02	15,38	01	3,23	03	6,82
Antecedentes Pessoais	01	7,69	01	3,23	02	4,55
Antecedentes Ginecológicos	01	7,69	01	3,23	02	4,55
Antecedentes Obstétricos	01	7,69	01	3,23	02	4,55
Data da Última Menstruação	01	7,69	02	6,45	03	6,82
Data Provável do Parto	01	7,69	02	6,45	03	6,82
Idade Gestacional	11	84,62	30	96,77	41	93,18

Os procedimentos realizados no exame físico das gestantes pelos enfermeiros, durante o período de observação, foram: avaliação do estado nutricional, inspeção da pele e mucosas, palpação da tireoide, exame de membros inferiores (MMII) e pesquisa de edema (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição de frequências dos procedimentos realizados no exame físico pelos enfermeiros da rede básica do município de Rio Branco (AC), segundo a instituição estudada, durante 61 consultas de pré-natal observadas. Rio Branco, 2006.

Exame Físico	CS		USF		TOTAL	
	n=14		n=47		n=61	
	f	%	f	%	f	%
Estado Nutricional	08	57,14	07	14,89	15	24,59
Inspeção da Pele e Mucosas	02	14,29	18	38,30	20	32,79
Palpação da Tireoide	-	-	02	4,26	02	3,28
Exame de MMII	08	57,14	33	70,21	41	67,21
Pesquisa de Edema	07	50,0	34	72,34	41	67,21

Observamos que a avaliação do estado nutricional das gestantes foi realizada em 24,59% das consultas. Esse achado difere do estudo realizado no Estado do Ceará, em 2002, que constatou que 87,5% das enfermeiras realizaram a avaliação do estado nutricional das gestantes¹⁰. Outro estudo realizado em Campina Grande (Paraíba), com enfermeiros que trabalham em PSF e atuam no pré-natal, verificou que apenas 4,16% dos enfermeiros referiram realizar tal avaliação¹¹.

Avaliar a nutrição materna e sua relação com o crescimento fetal é um procedimento recomendado pelo MS⁸ e também uma das habilidades básicas adotadas pelas competências essenciais da ICM⁵. É um procedimento de grande importância, pois permite a identificação das gestantes com déficit nutricional ou com sobrepeso. O aumento insuficiente de peso materno está associado ao crescimento intrauterino retardado, à hiperêmese gravídica, às infecções, parasitoses, anemias e a outras doenças debilitantes, enquanto o aumento excessivo de peso predispõe à macrossomia fetal, ao polidrâmio, ao edema e à gravidez

múltipla. Na detecção desses casos, a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de alto risco⁸.

Durante as consultas, observamos que a inspeção da pele e mucosas foi realizada em apenas 20 consultas (32,79%), percentual baixo quando se considera que esse tipo de informação muitas vezes orienta a presença de anemia, situação deletéria tanto para a gestante quanto para o feto; daí a importância da realização desse procedimento pelos enfermeiros¹². Esse resultado foi similar ao da pesquisa realizada no Ceará, em 2002, onde se verificou que esse procedimento foi feito em 25% das consultas realizadas pelas enfermeiras¹⁰.

O procedimento de palpação da tireoide, no presente estudo, foi realizado apenas pelos profissionais dos CSs em duas consultas. Este é um procedimento que faz parte do exame físico geral da gestante, preconizado pelo MS⁸; o profissional deve estar atento para o aumento fisiológico da glândula da tireoide e, na dúvida, deve solicitar exames ou encaminhar a gestante para o serviço especializado¹².

A pesquisa de edema e o exame dos MMIIIs podem estar associados ao quadro de pré-eclâmpsia ou outras situações patológicas⁸. Em nosso estudo, essa avaliação foi realizada em mais de 60% das consultas, enquanto na pesquisa de Moura e Rodrigues (2002) foi apenas em 37,5%¹⁰. O objetivo desse procedimento é detectar precocemente a ocorrência de edema patológico. Contudo, algumas características, como localização, associação do edema com a postura, período do dia em que o mesmo ocorre, aumento de temperatura, tipo de calçado e se o mesmo está limitado aos MMIIIs, devem ser averiguadas. Nessas

situações, orientações sobre repouso e acompanhamento da condição são de vital importância para a saúde materna e fetal. Em caso de edema generalizado (face, tronco e membros) ou que o edema se manifesta ao acordar, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de risco⁸.

A Tabela 4 descreve a frequência dos procedimentos clínico-obstétricos que são atividades fundamentais no acompanhamento pré-natal e são práticas recomendadas pelo MS e pela ICM. Constaram do exame das mamas, da ausculta do batimento cardíaco fetal (BCF) e da medida da altura uterina e palpação, realizados durante a consulta, por instituição estudada.

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos procedimentos realizados durante o exame obstétrico pelos enfermeiros da rede básica do município de Rio Branco (AC), segundo a instituição estudada, durante 61 consultas de pré-natal observadas. Rio Branco, 2006.

Exame Obstétrico	CS		USF		TOTAL	
	n=14		n=47		n=61	
	f	%	f	%	f	%
Exame das Mamas	06	42,86	18	38,30	24	39,34
Ausculta do BCF	12	85,71	38	80,85	50	81,97
Medida da Altura uterina	12	85,71	43	91,49	55	90,16
Palpação: Posição Fetal	06	42,86	31	65,96	37	60,66
Palpação: Apresentação Fetal	02	14,29	18	38,30	20	32,79

A baixa frequência (39,34%) da realização do exame de mamas chama atenção em nossa observação. Esse é um exame obstétrico recomendado pelo MS e que traz importantes subsídios para orientações relativas ao aleitamento materno⁸. Outros estudos relacionados à prática pré-natal de enfermeiros encontraram resultados superiores aos nossos, ou seja, 50% e 41,66%, respectivamente^{10,11}.

A enfermeira, durante a realização do exame de mama, deve aproveitar deste momento para orientar sobre os aspectos relacionados ao cuidado com as mamas e mamilos e à amamentação, e o conteúdo da conversa deve estar de acordo com o período gestacional em que se encontra a gestante e com o tipo de mamilos identificado. Deve-se averiguar a presença de nódulos ou anormalidades, assim como a presença de secreção sanguinolenta. Nesses casos, a enfermeira deve encaminhar a gestante a serviços especializados para a realização de propedêutica complementar¹³.

A ausculta dos batimentos cardíaco-fetais é uma atividade fundamental no acompanhamento pré-natal. No presente estudo, devemos considerar que, nos locais estudados, havia unidade que não possuía Sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard e seis gestantes estavam com menos de 23 semanas de gestação, e, em unidades de atendimento que contavam com estetoscópio de Pinard, a ausculta só não foi feita em duas gestantes. De acordo com o manual de normas do MS, a ausculta de BCF se torna mais viável entre a sétima e a décima semanas de gestação com auxílio do Sonar Doppler, e com o estetoscópio de Pinard, após a 24ª semana⁸.

O procedimento de ausculta de BCF no pré-natal tem como objetivo a constatação da presença, ritmo, frequência e a normalidade dos batimentos cardíaco-fetais⁸.

Uma pesquisa realizada em uma instituição de São Paulo (SP), cujo atendimento pré-natal de gestantes de baixo risco é de responsabilidade de enfermeiras obstétricas, docentes de enfermagem, alunos da pós-graduação e graduação em enfermagem, constatou um registro de 96,7% de realização da ausculta de batimentos cardíaco-fetais¹⁴.

Em nosso estudo, em todas as ausculta, os enfermeiros registraram os valores da frequência cardíaca fetal. Entretanto, observamos que muitos deles não realizaram a palpação do útero em todas as gestantes, quando auscultadas. Cabe salientar que a identificação do dorso fetal é um dos parâmetros para a ausculta dos BCFs⁸.

O procedimento de verificação da apresentação fetal foi observado em apenas 32,79% das consultas, diferindo do resultado encontrado em pesquisa realizada, em 2005, em São Paulo, região Sudeste, que verificou que 97,6% dos prontuários das gestantes tinham registro da realização de tal procedimento¹⁴.

A verificação da apresentação fetal é realizada através da palpação obstétrica com a finalidade de identificar os pólos cefálico e pélvico. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica. Em caso de situação transversa e pélvica no final da gestação, o MS recomenda encaminhar a gestante para parto hospitalar, porque essas situações podem significar risco no momento do parto⁸.

A medida da altura uterina é recomendada pelo MS como sendo de grande importância para identificar o crescimento normal do feto e detectar seus desvios. É possível fazer o diagnóstico das causas do desvio do crescimento fetal e suas respectivas intervenções⁸.

Neste estudo, observamos que a verificação da altura uterina foi uma habilidade desenvolvida pelos enfermeiros na maioria das consultas (90,16%). Outros estudos, realizados nas regiões Sudeste e Nordeste do país, encontraram que o procedimento da medida da altura uterina foi realizado em 97,0% e 100% respectivamente, em todas as consultas realizadas por enfermeiros^{11,14}.

O MS preconiza a realização dos seguintes exames laboratoriais de rotina na primeira consulta: grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente); sorologia para

sífilis (VDRL); urina (tipo I); hemoglobina (Hb); glicemia de jejum; colpocitologia oncótica (se necessário); bacterioscopia do conteúdo vaginal (se necessário); teste anti-HIV (deve ser sempre voluntário)⁸.

A Tabela 5 mostra os exames solicitados para as gestantes que estavam na primeira consulta pré-natal. Das 17 consultas de primeira vez, 5 gestantes trouxeram os exames realizados no momento da consulta; para uma gestante, a enfermeira solicitou o TIG para posteriormente iniciar o pré-natal; e outra gestante estava na 36ª semana de gestação. Para a gestante de 36 semanas, a enfermeira não solicitou os exames, justificando a demora destes tanto na realização como na entrega dos resultados, o que não daria mais tempo antes do parto. Excluindo essas gestantes, ficou um total de 10 consultas de primeira vez para serem solicitados os exames.

Tabela 5 - Distribuição de frequências de exames solicitados na primeira consulta realizada pelos enfermeiros da rede básica do município de Rio Branco (AC), durante 17 consultas de pré-natal observadas. Rio Branco, 2006

Exames	n=10	
	f	%
Grupo Sanguíneo	09	90,0
Fator Rh	09	90,0
Hemograma	10	100
Glicemia	10	100
Sorologia para Sífilis	10	100
Urina tipo I	10	100
Parasitológico de Fezes	10	100
Teste Anti-Hiv	10	100
Sorologia para Hepatite	09	90,0
Sorologia para Toxoplasmose	10	100
Ultrassonografia	05	50,0

Observamos que a maioria dos exames laboratoriais, preconizados pelo MS, foi solicitada em 100% das consultas, considerando que apenas para uma gestante não foram solicitados o grupo sanguíneo e o fator Rh, porque ela já os havia realizado anteriormente. Um estudo realizado na região Nordeste do país, em 2002, mostrou dados semelhantes, apontando que 100% dos exames laboratoriais de rotina, na primeira consulta, foram solicitados pelas enfermeiras nas unidades estudadas¹⁰.

Além dos exames de rotina, observamos que os enfermeiros solicitaram também os exames considerados como complementares, de acordo com as normas do MS para a assistência pré-natal, e também outros que não constam em tais normas⁸.

Foram solicitados os exames para sorologia de hepatite e toxoplasmose, diferindo do encontrado na pesquisa realizada

no Estado da Paraíba, quando constataram que esses exames não são solicitados pelos enfermeiros entrevistados. Com relação ao exame de hemograma, essa mesma pesquisa mostrou resultado similar (100%) ao nosso, já o exame parasitológico de fezes foi solicitado com menor frequência (75%) do que este estudo que foi de 100%¹¹.

O exame de ultrassonografia foi solicitado, em nossa pesquisa, para a metade das gestantes, na primeira consulta. Um estudo de corte transversal com um grupo de 702 puérperas constatou que 96,8% delas confirmaram ter se submetido a exames de ultrassonografia durante a gestação¹⁵.

A recomendação do MS é que deve ser solicitado o exame de ultrassom quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente⁸. Por outro lado, justifica-se a realização deste exame no primeiro trimestre gestacional (11ª-14ª semanas), para determinar a medida da translucência

nucal, a fim de rastrear anomalias cromossômicas, dentre elas a síndrome de Down, além de confirmar a presença de batimentos cardíacos fetais para estabelecer a vitalidade embrionária¹⁶.

Cabe destacar que os enfermeiros participantes deste estudo explicaram às gestantes o motivo para a solicitação dos exames. Acreditamos que, ao esclarecer as usuárias sobre a importância e o motivo sobre a indicação dos exames laboratoriais solicitados, os enfermeiros estão contribuindo para o fortalecimento de uma relação de confiança e proximidade da gestante com o serviço e melhoria da qualidade da assistência no atendimento pré-natal.

Portanto, a consulta de enfermagem voltada para o atendimento a gestantes de baixo risco visa a oferecer assistência integral clínico-ginecológica e educativa, atentando para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos, na realidade estudada, que são as enfermeiras que acompanham integralmente as gestantes de baixo risco na assistência pré-natal. Do universo estudado, apenas duas (11,76%) enfermeiras têm especialização em obstetrícia, e com os demais enfermeiros, estas têm contribuído sobremaneira no atendimento à mulher no processo de gestação no município de Rio Branco. No entanto, cabe ressaltar que, pela formação da enfermeira obstétrica, esta é detentora de conhecimentos e habilidades complementares que a tornam qualificada para prestar assistência de enfermagem à gestante, podendo contribuir de maneira significativa para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal¹³.

A participação de enfermeiros tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal; entretanto, são necessários investimentos na formação de pessoal qualificado para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, o que poderá ser suprido com a formação de especialistas em enfermagem obstétrica.

Os resultados deste estudo revelam que as competências essenciais esperadas na assistência pré-natal, preconizadas pelo Manual de Normas Técnicas para Assistência Pré-Natal do MS e Confederação Internacional das Parteiras (ICM), foram desenvolvidas, entretanto algumas foram realizadas com baixa frequência, ou seja, não foram realizadas em todas as consultas.

As ações e procedimentos mais frequentemente realizados foram: realização da história inicial (anamnese), data de última menstruação, data provável do parto, idade gestacional, exame de MMII, pesquisa de edema, ausculta do BCF, medida da altura uterina, solicitação de exames laboratoriais. Os menos frequentes foram: avaliação do estado nutricional, inspeção de pele e mucosas, palpação da tireoide, exame clínico de mamas e palpação abdominal para verificação da posição e apresentação fetal.

A análise das competências essenciais desenvolvidas na assistência pré-natal no município estudado aponta para a

necessidade de esclarecimentos aos enfermeiros sobre a importância da incorporação de protocolos assistenciais e qualificação dos enfermeiros através de cursos de especialização. Estudos sobre avaliação de qualidade e impacto do atendimento pré-natal realizado por enfermeiros na redução de morbimortalidade materna e neonatal no município seriam de grande relevância para a consolidação de uma prática bem-sucedida em Rio Branco.

REFERÊNCIAS

1. MacDonald M, Starrs A. La atención calificada durante el parto: un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos. New York (USA): Family Care Internacional; 2003.
2. Ministério da Saúde (BR). Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: informe da atenção básica. Brasília (DF); 2004.
3. Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges and directions for future research. Public Health Reports 2001 Jul/Aug; 116:306-16.
4. World Health Organization (WHO). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva; 2004.
5. International Confederation of Midwives. [on-line] 2002; [citado 20 set 2004]; Available from: <http://www.internationalmidwives.org>.
6. Kak N, Burkhalter B, Cooper MA. Measuring the competence of healthcare providers. Operations Res Issue Paper [on-line] 2001 July; [cited 2007 Nov 21]; 2(1):1-28. Available from: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/competence.pdf>.
7. Marquez, L. Helping healthcare providers perform according to standards. Operations Res Issue Paper [on-line] 2001 Sep; 2(3): [cited 21 Nov 2007] 1-34. Available from: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/helpchpro3.pdf>.
8. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal. 3ª ed. Brasília: (DF); 2000.
9. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2003 dez; 6(4): 307-18.
10. Moura ERF, Rodrigues MSP. Desempenho profissional de enfermeiras na assistência pré-natal. RENE: rev min enferm 2002 jan/jun; 3(1): 27-33.
11. Benigna MJC, Nascimento WG, Martins JL. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. Cogitare Enferm 2004 jun/dez; 9(2): 23-31.
12. Kondo AM. Exame Físico. In: Zugaib M, Sancovski M. O pré-natal. 2ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1994.
13. Lacava RMBV, Barros SM. A prática de enfermagem durante a gravidez. In: Barros SM, Marin HF, Abrão ACFV, organizadoras.

Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo (SP): Roca; 2002.

14. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saude Mater Infant 2005 dez; 5(supl 1): S23-S32.

15. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet 2002 jun; 24(5): 293-99.

16. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.

17. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - SEMSA. Gerência de Ações Básicas. Coordenação de Centros e Postos de Saúde. Manual de protocolos para os Centros de Saúde, Regulamento interno das Unidades Básicas de Saúde, Regimento interno do Serviço de Enfermagem. Rio Branco: SEMSA; 2004.

18. Lopes, GT, Portella VB, Lima, ML, Penna, LHG. Construindo uma proposta terapêutica de enfermagem no pré-natal de baixo risco. Esc Anna Nery Rev Enferm 2000 abr; 4(1): 115-28.