

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

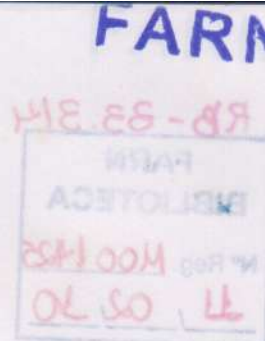
GABRIELE MIRANDA DO NASCIMENTO

A POSTURA DO ENFERMEIRO FRENTE À GESTANTE DE ALTO RISCO
DURANTE O PRÉ-NATAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DO NATAL (RN)

NATAL/RN

2009

GABRIELE MIRANDA DO NASCIMENTO



A POSTURA DO ENFERMEIRO FRENTE À GESTANTE DE ALTO RISCO
DURANTE O PRÉ-NATAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO

MUNICÍPIO DO NATAL (RN)

A POSTURA DO ENFERMEIRO FRENTE À GESTANTE DE ALTO RISCO
DURANTE O PRÉ-NATAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DO NATAL (RN)

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito de aprovação final e conclusão do curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Mariluce Oliveira de Araújo (Msc.)

Natal/RN

2009



RB-33.314

FARN BIBLIOTECA
Nº Reg. 1001425
11 / 02 / 10

618.3
N195p
2009
ex. 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Nascimento, Gabriele Miranda do

A Postura do enfermeiro frente a gestante de alto risco durante o pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família do município do Natal (RN). / Gabriele Miranda do Nascimento. – Natal: FARN, 2009.
32f.

Orientadora: Mariluce Oliveira de Araújo (Msc)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Assistência médica às mulheres grávidas - Monografia. 2. Gestação de alto risco- acompanhamento – Monografia. 3. Enfermeiro – acompanhamento ao pré-natal – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616.2-082

FARN BIBLIOTECA
Nº Reg. _____
____/____/____

GABRIELE MIRANDA DO NASCIMENTO

A POSTURA DO ENFERMEIRO FRENTE À GESTANTE DE ALTO RISCO
DURANTE O PRÉ-NATAL NUMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DO NATAL (RN)

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovada em
____/____/____, pela banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Profa. Msc. Mariluce Oliveira de Araújo
Orientadora

Membro Examinador

Membro Examinador

*Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais,
por acreditarem em mim e no meu potencial, sempre
me incentivando e apoiando nos momentos em que
estou com as minhas queridas irmãs
Daniela e Isabela e a minha sobrinha Bruno, sempre
tão companheiras e presentes em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus por me proporcionar essa oportunidade, por trilhar o meu caminho sempre com muita luz, nessa longa caminhada sem, de maneira alguma, me deixar abater pelos obstáculos que foram impostos até o presente momento da minha vida.

Agradeço em especial a minha mãe, que infelizmente agora se faz presente apenas em espírito. A ela que deu um pedaço do que sou hoje. A ela que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos da minha vida incondicionalmente, e ela que é a minha referência de caráter, de garra, de força e de fé, a ela que tanto me incentivou e acreditou em mim, aquela que me deu todo o amor que se pode ter em uma vida e que me deixou as mais nobres ensinamentos e lições de vida.

Agradeço ao meu pai, pela educação que me proporcionou durante toda a minha vida, pelo carinho e pela confiança depositada em mim, pelo seu carinho, amor e atenção, por estar presente em todos os momentos que o solicitei e por viver junto comigo a vida toda, sendo eternamente grato.

Agradeço às minhas irmãs Daniele e Isabele e minha sobrinha Bruna por serem quem são para mim, as minhas amigas mais legais, as minhas companheiras mais presentes, as que sempre se preocuparam comigo e que contribuíram de maneira especial à minha formação.

Aos meus cunhados Pablo e Taisio, que são os irmãos que não tive, sempre atenciosos como se realmente fossem irmãos, por serem parte da minha família e por estarem presentes nos momentos importantes da minha vida.

Agradeço aos meus familiares (avós, tios, primos e primas). A todos um abraço de um modo especial por sempre serem tão atenciosos e entusiasmados da minha formação. E, em especial, a alguns deles pela especial contribuição na minha formação.

Aos amigos conquistados no decorrer da vida (Camille, Dora e Di) que logo, logo, que perdurem por toda a vida, a eles que acrescentaram consideravelmente na qualidade da minha formação e na felicidade que serei. Por tudo o que aprenderam com eles e junto com eles: vocês fizeram e fazem a diferença.

Agradeço às minhas amigas de infância e amigas que, embora não sejam de infância, o carinho é o mesmo. A elas que estão sempre ao meu lado durante toda essa jornada e por sempre me apoiar e dar um força.

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, por acreditarem em mim e no meu potencial, sempre me incentivando e apoiando nos momentos em que precisei. Dedico também às minhas queridas irmãs Daniele e Isabele e à minha sobrinha Bruna, sempre tão companheiras e presentes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus por me proporcionar essa oportunidade, por trilhar o meu caminho sempre com muita luz, nessa longa caminhada sem, de maneira alguma, me deixar abater pelos obstáculos que foram impostos até o presente momento de minha vida.

Agradeço em especial a minha mãe, que infelizmente agora se faz presente apenas em espírito. A ela que devo uma boa parte do que sou hoje, a ela que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos de minha vida incondicionalmente, a ela que é a minha referência de caráter, de garra, de força e de fé, a ela que tanto me incentivou e acreditou em mim, aquela que me deu todo o amor que se pode ter em uma vida e que me deixou os mais nobres ensinamentos e lições de vida.

Agradeço ao meu pai, pela educação que me proporcionou durante toda a minha vida, pelo entusiasmo e pela confiança depositada em mim, pelo seu carinho, amor e atenção; por estar presente em todos os momentos que o solicitei e por vibrar junto comigo a cada vitória, serei eternamente grata.

Agradeço às minhas irmãs Daniele e Isabele e minha sobrinha Bruna por serem quem são para mim: as minhas amigas mais leais, as minhas companheiras mais presentes, as que sempre se preocuparam comigo e que contribuíram de maneira especial à minha formação.

Aos meus cunhados Pablo e Tarciso, que são os irmãos que não tive sempre atenciosos como se realmente fossem irmãos; por serem parte da minha família e por estarem presentes nos momentos importantes de minha vida.

Agradeço aos meus familiares (vovó Hauri, tios, tias, primos e primas). A cada um deles de um modo especial; por sempre serem tão atenciosos e entusiastas da minha formação. E, em especial, a alguns deles pela estimável contribuição na minha formação.

Às amigadas conquistadas no decorrer do curso (Camilete, Drica e Di) que torço para que perdurem por toda a vida, a elas que acrescentaram consideravelmente na qualidade da minha formação e na enfermeira que serei. Por tudo o que aprendi com elas e junto com elas: vocês fizeram e fazem a diferença.

Agradeço às minhas amigas de infância e amigas que, embora não sejam de infância, o carinho é o mesmo. A elas por estarem sempre ao meu lado durante toda essa jornada, e por sempre me apoiarem e darem força.

que se dá "

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

No atendimento à gestante é fundamental assisti-la de maneira integral, no intuito de diminuir, ao máximo, os agravos relacionados ao parto e ao puerpério. No Programa de Saúde da Família, a realização completa do pré-natal é imprescindível. Neste contexto, evidencia-se a importância do enfermeiro, ao identificar uma gestante que apresente risco para encaminhá-la ao atendimento médico. O presente estudo investigou a conduta do enfermeiro na consulta de pré-natal, frente à identificação de uma gestante de alto risco. Trata-se de um estudo de caráter empírico, aliado a uma revisão na literatura, utilizando-se de uma abordagem qualitativa. O universo da pesquisa teve lugar em uma Unidade de Saúde da Família, situada no município de Natal (RN), na qual a população alvo do estudo contemplou os enfermeiros atuantes na assistência ao pré-natal. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista, e por um formulário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram tabulados e apresentados na forma de gráficos. Os resultados mostraram que as enfermeiras são pós-graduas, e participaram de cursos de atualização em pré-natal com carga horária reduzida. Afirmaram a necessidade de cursos que abordem o tema gestação de alto risco. Os dados apontam também que quando a gestante apresenta risco referente à gestação, ela é imediatamente encaminhada para o atendimento médico especializado, de acordo com o Ministério da Saúde. Posteriormente, a assistência da enfermagem passa a ser concomitante ao acompanhamento médico, durante a gestação. Quanto às sugestões das entrevistadas no intuito de contribuir positivamente na assistência a esse grupo de gestantes, predominou a necessidade de treinamentos e cursos de atualização que abordem esse tema. Foi sugerido também a necessidade de reduzir a burocracia existente para a marcação de consultas médicas que, muitas vezes, gera diminuição de adesão por parte da gestante de alto risco, ao pré-natal, quando, pode acarretar danos pela falta de orientações necessárias. A pesquisa detectou que as enfermeiras acompanham o pré-natal de gestantes, as quais haviam sido encaminhadas pelas próprias enfermeiras, no centro de referência. Quanto ao acompanhamento da gestação e retornaram posteriormente para dar continuidade ao acompanhamento concomitante à assistência médica especializada, revelando, assim, que essas enfermeiras agem sem que estejam respaldadas pelo que diz a Lei do Exercício Profissional e o que preconiza o MS. Tal fato nos faz refletir sobre a relevância desse esquema, analisando a possibilidade de um maior preparo para as enfermeiras que trabalham com o pré-natal, dando ênfase na gestação de alto risco, e ainda considerar a possibilidade do(a) enfermeiro(a) ser um profissional que tenha competência para trabalhar com a gestante de alto risco, durante a assistência de pré-natal, juntamente com a equipe médica especializada.

Palavras-chave: gestação de alto risco. "O importante não é o que se dá, mas o amor com que se dá."

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

No atendimento à gestante é fundamental assisti-la de maneira integral, no intuito de diminuir, ao máximo, os agravos relacionados ao parto e ao puerpério. No Programa de Saúde da Família, a realização completa do pré-natal é imprescindível. Neste contexto, evidencia-se a importância do enfermeiro, ao identificar uma gestante que apresente risco para encaminhá-la ao atendimento médico. O presente estudo investigou a conduta do enfermeiro na consulta de pré-natal, frente à identificação de uma gestante de alto risco. Trata-se de um estudo de caráter empírico, aliado a uma revisão na literatura, utilizando-se de uma abordagem qualitativa. O universo da pesquisa teve lugar em uma Unidade de Saúde da Família, situada no município de Natal (RN), na qual a população alvo do estudo contemplou os enfermeiros atuantes na assistência ao pré-natal. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista, e por um formulário semi estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram tabulados e apresentados na forma de gráficos. Os resultados mostraram que as enfermeiras são pós-graduadas, e participaram de cursos de atualização em pré-natal com carga horária reduzida. Afirmaram a necessidade de cursos que abordem o tema gestação de alto risco. Os dados apontam também que quando a gestante apresenta risco referente à gestação, ela é imediatamente encaminhada para o atendimento médico especializado, de acordo com o Ministério da Saúde. Posteriormente, a assistência de enfermagem passa a ser concomitante ao acompanhamento médico, durante a gestação. Quanto às sugestões das entrevistadas no intuito de contribuir positivamente na assistência a esse grupo de gestantes, predominou a necessidade de treinamentos e cursos de atualização que abordem esse tema. Foi sugerido também a necessidade de reduzir a burocracia existente para a marcação de consultas médicas que, muitas vezes, gera diminuição de adesão por parte da gestante de alto risco, ao pré-natal, quando, pode acarretar danos pela falta de orientações necessárias. A pesquisa detectou que as enfermeiras acompanham o pré-natal de gestantes, as quais haviam sido encaminhadas pelas próprias enfermeiras, ao centro de referência, devido algum agravo na gestação e retornaram posteriormente para dar continuidade ao acompanhamento concomitante à assistência médica especializada, revelando, assim, que essas enfermeiras agem sem que estejam respaldadas pelo que diz a Lei do Exercício Profissional e o que preconiza o MS. Tal fato nos faz refletir numa reavaliação a esse esquema, analisando a possibilidade de um maior preparo para as enfermeiras que trabalham com o pré-natal, dando ênfase na gestação de alto risco, e então considerar a possibilidade de o(a) enfermeiro(a) ser um profissional que tenha competência para trabalhar com a gestante de alto risco, durante a assistência de pré-natal, juntamente com a equipe médica especializada.

Key-words: high-risk pregnancy, pré-natal care, nursing appointment

Palavras-chave: gestação de alto risco, pré-natal, consulta de enfermagem.

ABSTRACT

Along the pregnancy's follow up, it is important the pregnant be assisted based on integral care in order to reduce, as much as possible the damages related to parturition and puerperium. At the Family Health Program (*Programa de Saúde da Família*) it is critical to have the complete pre-natal follow-up accomplished. So, the importance of the nurse is evident, when identifying a risky pregnant and leading her to medical assistance. The present study investigated the nurse's procedure during pre-natal care when identifying a high risk pregnant. This is a empirical study, relied on a bibliographic review, which used a qualitative approach. The study was developed in a Family Health Unit, in the city of Natal (RN), Brazil, and the sample was formed by nurses that work on the pre-natal assistance/care. Data collection was based on an interview and answering a semi-structured questionnaire, with open and closed questions. Results were presented in the form of graphs and showed that the nurses in the Program are graduated and have attended short-time update pre-natal care courses. They also emphasize the need of specific courses on high-risk pregnancy. Data also show that when a pregnant presents risk related to the pregnancy per se, she is immediately sent to a special medical care unit, in accordance with Brazilian Health Ministry. From then on, the nurse's care is concomitant with physician's follow-up along the pregnancy. Concerning the suggestions from the nurses in order to improve the care in the risky pregnant group, the most frequent was the need of training and update courses related to this theme. It was also emphasized the need to reduce bureaucracy concerning medical appointment which may reduce the interest of the high-risk pregnant to attend the pre-natal care program, and consequently, damages to the pregnant because of lack of special follow-up. The results also indicate that pre-natal period of those women identified as high-risk pregnant is monitored concomitantly by a specialized physician and the same nurse which had forward them to the Reference Center, because of some complication referred by the pregnant on previous appointments. So, that nurse's performance is not in accordance with the Law of Professional Practice (Lei do Exercício Profissional) and the Brazilian Health Ministry (Ministério da Saúde) commendations. This fact takes us to propose reevaluating the design in action, in order to have better trained nurses working with pre-natal care, focusing high-risk pregnancy. Also, it is important to consider the possibility of a new profile for that professional: the nurse, whose competence includes high-risk pregnancy, working concomitantly as a team with the specialized physician.

Key-words: high-risk pregnancy, pré-natal care, nursing appointment

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 OBJETIVOS.....	11
1.1.1 Objetivo Geral.....	11
1.1.2 Objetivos Específicos.....	12
1.2 JUSTIFICATIVA.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Breve histórico no Brasil.....	14
2.2 Gestante de Alto Risco: Acompanhamento.....	18
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 Tipo de Pesquisa.....	20
3.2 Local da Pesquisa.....	20
3.3 Procedimento para a Coleta de Dados.....	20
3.4 Tratamento dos dados coletados.....	21
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	22
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	25
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICES.....	29

1 INTRODUÇÃO

O evento da gravidez proporciona diversas adaptações fisiológicas no corpo feminino, e isto é possível tanto pela ação de hormônios específicos, como também pela pressão mecânica provocada pelo crescimento do útero e de outros tecidos. Faz-se necessário tudo isso para que, tanto o embrião como, posteriormente, o feto possam desenvolver-se dentro dos parâmetros da normalidade, bem como a gestante, para que também possa adaptar-se a esse momento que vivencia. Ambos, mãe e filho, formarão uma unidade fisiológica com um meio interno em comum (BARROS, 2006). Tais mudanças que o corpo feminino se submete durante o período gravídico desencadeando transformações nos processos metabólicos e determinando o estado fetal, já indicam em si um risco para a mãe ou para o feto, contudo, numa menor porcentagem esse risco potencializa-se. (RESENDE; PINHEIRO apud GOMES et. al, 2001).

Quando a gestação foge aos parâmetros da normalidade, ela é considerada de risco. Para o Ministério da Saúde (2001) a gestação de alto risco pode ser definida como "aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestações". Para melhor se entender os motivos que levam a uma gestação ser classificada desse modo, dividiram-na em quatro grandes grupos levando em consideração os motivos que são considerados mais comuns, como: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; intercorrências clínicas; doença obstétrica na gravidez atual (BRASIL, 2001).

Com todos esses fatores, constata-se a importância de, no atendimento à gestante, assisti-la de maneira completa, para assim diminuir ao máximo os agravos relacionados ao parto e ao puerpério. (FERNANDES, 2007).

Uma vez que, provendo a saúde materna durante o desenvolver da gestação, consequentemente, protege-se também a saúde do feto, preservando-o e evitando fatores que impeçam o seu desenvolvimento saudável, como: baixo peso, prematuridade e tétano neonatal (FERNANDES, 2007).

Segundo a OMS, o número mínimo de consultas no acompanhamento pré-natal de baixo risco mais adequado é seis, durante toda a gestação.

Infelizmente, trata-se de uma quantia ainda longe da realidade, visto que, de acordo com o Ministério da Saúde, em 1996, 13% das gestantes não chegaram a realizar nenhuma consulta pré-natal, ressaltando que, dessas, a maioria residia em zonas rurais. Assim sendo, a população mais humilde se expõe mais aos riscos mais elevados de uma gestação, como consequência à maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (SCHIWARCZ apud FERNANDES, 2006).

Além disso, há os problemas intrínsecos ao serviço relacionados à sua qualidade, que nesse caso prejudicam até mesmo aquela gestante que tem acesso ao acompanhamento, entretanto, a inadequação no atendimento pode levar, por exemplo, ao "aumento da incidência de sífilis congênita, pelo fato de a hipertensão arterial ainda ser a principal culpada pelas mortes maternas no Brasil, e isto ocorre em virtude da falta de registros de vacinação antitetânica durante o pré-natal e de consultas de puerpério" (BRASIL, 2004 apud FERNANDES, 2007).

Daí a relevância do estudo de se buscar pesquisas referentes a essa questão relacionada ao pré-natal e às suas complicações; uma vez que, na realidade em que vivemos, os dados estatísticos apontam acentuados índices de morbimortalidade referentes ao ciclo gravídico-puerperal. Infelizmente sendo este fator apontado como um problema de saúde pública, onde anualmente morrem em torno de duas mil mulheres e trinta e oito mil recém-nascidos por complicação na gravidez, aborto, parto ou pós-parto (BRASIL, 2004). Vale salientar que essa alta incidência felizmente pode ser facilmente prevenida, desde que seja realizado um adequado pré-natal, com adesão por parte da gestante e com compromisso do profissional de saúde que exerce esse acompanhamento. Para que haja essa adesão da gestante ao pré-natal, é importante que a assistência prestada no serviço pelos profissionais seja de qualidade, considerando esse fato relevante para a redução da mortalidade materna e perinatal incidentes no Brasil.

É preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), que as consultas devem ser de no mínimo seis, priorizando uma no primeiro trimestre, duas no segundo, e três no terceiro trimestre da gestação, sendo primordial a solicitação de exames, a avaliação dos níveis pressóricos, a observação se há presença de edemas, a verificação da altura uterina, do movimento fetal e dos batimentos cardíacos, além de um completo exame físico.

1.1.2 Neste contexto, é proeminente citar a atuação do enfermeiro na realização de consultas de pré-natal, visto que este é respaldado pela Lei do Exercício Profissional a qual dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, onde regulamenta a Lei nº 7.498, e da resolução COFEN nº 271/2002 a qual a reafirma, diz: "o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 2000)." Nesse caso, a consulta de enfermagem será realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde (2000). No entanto, se a gravidez for considerada de risco, segundo preconiza o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco – MTGAR (2000), o enfermeiro deve encaminhar a gestante ao centro de referência para que seja realizado o devido acompanhamento.

Com isso, surge a indagação se não seria mais relevante que o enfermeiro pudesse dar continuidade ao acompanhamento a essa paciente concomitante ao acompanhamento médico, ao invés de restringir-se a encaminhá-la, encerrando daí o vínculo de assistência criado com essa gestante, já que, numa situação mais crítica, torna-se mais necessária a atuação em equipe, pelo fato da mesma exigir uma maior atenção em relação àquelas gestantes de baixo risco.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar a conduta do enfermeiro na consulta de pré-natal frente à identificação de uma gestante de alto risco.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar a conduta do enfermeiro, na consulta de pré-natal, ao deparar-se com uma gestante de alto risco;
- Checar se o enfermeiro continua realizando o pré-natal das gestantes as quais foram, por ele, encaminhadas à assistência médica especializada.

1.2 JUSTIFICATIVA

Diante dos fatos supracitados, o presente estudo visa buscar como tem sido a conduta do enfermeiro na prática do pré-natal diante daquela gestante que indica risco relacionado ao seu período gravídico; se o mesmo apenas encaminha essa cliente ao acompanhamento médico, como é preconizado, ou se, de alguma forma, o vínculo com a mesma é mantido. Com isso, pretende-se verificar o que poderá ser sugerido para mudar essa realidade e confirmar que tanto é possível como é necessária a atenção do enfermeiro aliada à atenção médica junto a essa gestante que enfrenta uma situação agravante, submetida aos estresses e inseguranças causados por essa condição.

É importante buscar uma nova abordagem no âmbito da enfermagem sobre essa questão, visto que o enfermeiro é um educador por excelência, portanto sua atuação associa-se à necessidade de se dar ênfase na realização de trabalhos de educação em saúde; contribuindo consideravelmente no controle do agravo da morbimortalidade perinatal, orientando a gestante, procurando estreitar, dentro das limitações da profissão, o vínculo com a mesma.

Ao realizar uma revisão na literatura, não se encontra estudos ou pesquisas voltados para essa questão, exceto estudos que explanem sobre diagnósticos de enfermagem para gestantes de riscos, mas estes naquelas que se encontram sob cuidados no ambiente hospitalar, não contemplando tais condutas na atenção básica, que é o foco da presente pesquisa.

2 REFERENCIAL A partir dessa carência de dados que propusessem uma maior ação do enfermeiro diante da gestante de alto risco, considerando a importância deste profissional no acompanhamento ao pré-natal, e o vínculo constituído entre enfermeiro-gestante, desencadeou, assim, a necessidade de se desenvolver uma pesquisa voltada para este tema, levantando, assim, a questão: se não seria uma atitude mais sensata e mais completa se fosse permitido a esse enfermeiro continuar acompanhando essa paciente, paralelamente ao acompanhamento médico, ao invés de perder o vínculo que foi criado com a mesma? Visto que pelo fato dessa cliente estar acometida por um agravo na saúde do feto e/ou materna, é saliente que haja a presença do enfermeiro concomitante à assistência médica. Tal fato permitiria a elaboração do processo de enfermagem, desenvolvendo diagnósticos de enfermagem viabilizando a minimização dos efeitos negativos gerados pela gestação, ou seja, aumentando as chances de se reverter a situação que foi imposta a essa gestante.

No Brasil, devido à sua grande extensão territorial e principalmente pelas diferenças de hábitos, realidades, costumes e condições socioeconômicas, se tornou possível detectar diversos fatores em suas várias regiões que evidenciam a ocorrência de risco na gravidez. O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco - MTGAR (BRASIL, 2001, p. 14) divide em quatro grandes grupos as razões que, de uma maneira geral, são consideradas como indicadores mais comuns, sendo elas:

- As características individuais e condições socio-demográficas desfavoráveis;
- Idade menor que 17 e maior que 35 anos;
- Ocupação (estresse físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse);
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- O peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- História reprodutiva anterior à gestação atual: Morte perinatal explicada e inexplicada;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breve histórico no Brasil

Há várias décadas são realizados estudos voltados para a gestação de alto risco e, principalmente, sobre os seus fatores desencadeantes, permitindo assim apontar algumas conclusões em relação a tal fato. No caso, a partir da década de sessenta, aproximadamente, começaram a surgir os primeiros estudos voltados para a gestação de alto risco, despertando, a atenção de vários estudiosos em todo o mundo. Em primeiro lugar buscavam os fatores de risco mais relevantes em determinada população, o que levou ao surgimento de diversas tabelas e escores na literatura mundial que se diferenciavam entre si já que expressavam realidades de países, ou até mesmo de regiões diferentes.

No Brasil, devido à sua grande extensão territorial e principalmente pelas diferenças de hábitos, realidades, costumes e condições socioeconômicas, se tornou possível detectar diversos fatores em suas várias regiões que evidenciam a ocorrência de risco na gravidez. O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco - MTGAR (BRASIL, 2001, p. 14) dividiu em quatro grandes grupos as razões que, de uma maneira geral, são consideradas como indicadores mais comuns, sendo elas:

- As características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis;
- Idade menor que 17 e maior que 35 anos;
- Ocupação (esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse);
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- O peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- História reprodutiva anterior à gestação atual: Morte perinatal explicada e inexplicada;

- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual; a esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos;
- Nuliparidade e a multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Cirurgia uterina anterior;
- Doença obstétrica na gravidez atual: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Aloimunização;
- Óbito fetal;
- Intercorrências clínicas: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias.

Ainda referente à década de sessenta, foi destacada mediante a literatura uma considerável diminuição nos índices de óbito materno. Entretanto, os índices de mortalidade perinatal não estavam apresentando redução proporcional, mesmo registrando-se melhorias consideráveis na extensão e na qualidade dos cuidados pré-concepcional, pré-natal e neonatal. Identificaram, então, que uma pequena parcela da população obstétrica contemplava uma porção considerável desses resultados perinatais adversos. Denominaram assim esse grupo de "alto-risco", propondo sistemas para classificar esses riscos em obstetrícia no intuito de identificar as gestantes que pudessem vir a ser acometidas por complicações. Feito isso, viabilizaria cuidados assistenciais direcionados para a problemática que essas gestantes apresentassem minimizando, assim, as perdas perinatais (FERNANDES, 2007).

Para melhor entender a origem desses fatores, é preciso analisar como tem sido a realidade da assistência à saúde da mulher, através do conhecimento da

realidade histórica, política e cultural, uma vez que, as transformações e progressões que ocorreram dentro de cada um desses contextos ao mesmo tempo levaram também à mudança do papel que a mulher representa para a sociedade (FERNANDES, 2007, p.3-4).

Segundo Fernandes (2007, p. 2):

A política de Saúde da Mulher tem como primeiro objetivo indicar os recursos mínimos necessários, mas abrangentes, à saúde daquelas que, além de ser a maioria da população brasileira, cuidam, monitoram e acompanham a saúde de outros elementos da família, vizinhança e comunidade.

A saúde e a doença compõem um processo contemplado por vários fatores sociais, econômicos, culturais e históricos, assim, refletindo na variação do perfil de morbidade e mortalidade específico de cada região, variando pelo seu grau de desenvolvimento, este sendo do tipo econômico, social e humano (BREILH, 1983 apud FERNANDES, 2007). Através dessas desigualdades, as ocorrências do adoecimento e da morte se dão de acordo com a região, onde aquelas que são mais empobrecidas expõem-se mais a esse adoecimento e a essa morte. Nesse caso, as mulheres são as mais vitimadas, pois, segundo Brasil (2004; apud Fernandes, 2007, p. 5) "se encontram em maior situação de pobreza, trabalham mais horas e gastam pelo menos metade do seu tempo em atividades não remuneradas, o que diminui seu acesso aos bens sociais e aos serviços de saúde".

Infelizmente, quanto à valorização da assistência à saúde da mulher, pode-se afirmar que falta um empenho maior por parte do governo brasileiro. Entretanto, no ano de 1974, na Conferência Mundial de População, no México, ocorreram debates sobre a questão demográfica assim, levando ao Conselho de Desenvolvimento Social criar, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, onde nele abordava a gestação de alto risco (FORMIGA, 1999, apud FERNANDES, 2007, p. 8).

Alguns anos mais tarde, na década de 80, foi desenvolvido um programa visualizando uma perspectiva voltada para a nova concepção do gênero feminino, onde a articulação entre alguns setores das universidades, do movimento da reforma sanitária e do movimento feminista contribuíram significativamente para a elaboração, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde

da Mulher (PAISM). Tendo sido divulgado em 1983, foi relevante a colaboração do Estado e da sociedade, sendo marcado como uma das primeiras atitudes do governo voltadas para as políticas de saúde em prol dos princípios feministas. O PAISM trouxe consigo uma nova abordagem no enfoque à saúde da mulher, contemplando de maneira integral – retirando aquela imagem feminina voltada apenas à saúde reprodutiva – abrangendo tudo que era preconizado em termos de programas setoriais eqüitativos em termos de gênero. Porém, para a sua implantação, foram encontradas dificuldades relacionadas à tentativa de uma abordagem integral e à equidade dentro de um sistema de saúde. As atividades de implantação e implementação do PAISM apresentaram especificidades na década de 90, sendo influenciadas pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família. Dentre as dificuldades que foram encontradas, aponta-se a precariedade da organização e do financiamento, não facilitando para um desempenho almejado, tanto relacionado ao atendimento às necessidades básicas no ciclo gravídico-puerperal, quanto na assistência a outros problemas de saúde. Como consequência, é possível detectar que em relação aos seus aspectos mais criativos e inovadores há uma defasagem, desse modo, restringindo-se, na maioria das vezes, apenas a metas focalizadas e a assistência gineco-obstétrica tradicional (PEDROSA, 2005).

No intuito de comprovar as evoluções no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, em 2004 o Ministério da Saúde publicou *A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (BRASIL, 2004), contemplando a ênfase no gênero, na integralidade e na promoção da saúde como princípios norteadores. As propostas de ações da saúde ressaltam uma melhor qualidade na atenção obstétrica; no planejamento familiar; na atenção ao abortamento; no combate à violência doméstica e sexual e no cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério (PEDROSA, 2005).

A conquista dessa política foi marcada pelo que foi estabelecido pelo Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000):

As mulheres que têm acesso ao serviço de saúde devem ser informadas sobre os programas, palestras e atividades, assim como, orientação quanto ao exercício da sexualidade, fisiologia da reprodução, regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, câncer cérvico-uterino e de mama, e da melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos.

Ao colocar em prática essas atividades, os serviços têm a opção de realizar discussões individuais, em grupo ou de acordo com as condições estruturais do local em questão.

2.2 Gestante de Alto Risco: Acompanhamento

No âmbito da assistência no pré-natal, estudos demonstrados por pesquisadoras como Amaral, Araújo e Soares (1990), Moura (1997) e Moura, Araújo e Flores (2002, apud LIMA; MOURA, 2005) relatam sobre as modificações que a Consulta de Enfermagem tem sofrido quanto à sua concepção e metodologia, enfatizando a sua inserção nos serviços de saúde, evoluindo para um aumento da credibilidade e do prestígio, e promovendo uma melhor aceitação do profissional enfermeiro no seu fazer e no seu assistir. Ressalta-se assim que a Consulta de Enfermagem viabiliza a orientação de condutas ideais de acordo com a necessidade daquela mulher que está sendo acompanhada pelo pré-natal, na Estratégia de Saúde da Família. É relevante destacar que a relação, de certo modo mais estreita, entre a usuária e o enfermeiro em consequência das freqüentes consultas irão possibilitar tanto um melhor monitoramento do bem-estar da gestante quanto um desenvolvimento saudável do feto, possibilitando a detecção precoce de quaisquer problemas (LIMA; MOURA, 2005).

Observando essa realidade na prática, encontramos diversos obstáculos que impedem uma melhor cobertura naquelas clientes-alvo. Tais dificuldades existem devido ao déficit de materiais necessários e de recursos humanos, entre outros fatores, que levam a prejuízos na execução da assistência de enfermagem dentro dos princípios de padrão de qualidade nas diversas áreas de assistência à saúde da mulher, levando a uma sobrecarga do serviço que, em consequência, não irá corresponder às expectativas e necessidades daquela cliente. Além disso, podendo acarretar num dano maior por não haver tal assistência adequada implicando, direta ou indiretamente, no aumento da mortalidade materna, considerando que o acesso e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, especialmente relacionado ao parto e ao puerpério, são umas das ações mais importantes para o seu controle. Na presença de um acompanhamento ao pré-natal

adequado, é evidenciada claramente a redução da mortalidade materna e pré-natal (LIMA; MOURA, 2005).

Os objetivos principais da atenção pré-natal, segundo Santos; Silva e Nakamura (2008, p. 2-3) incluem: “assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco”.

“Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais freqüentes da gravidez e do puerpério” (NASCIMENTO, 2004 apud SANTOS; SILVA; NAKAMURA, 2008, p. 3).

Retomando a questão da atenção do enfermeiro ao pré-natal, quando este está frente a uma gestante que apresente fatores indicativos de uma gravidez de risco para ela e/ou para o seu feto, a sua conduta é a de encaminhá-la ao acompanhamento médico, como é preconizado pelo Manual Técnico de Parto e Puerpério – MTPP (BRASIL, 2006, p. 148, Grifo nosso):

O(a) enfermeiro(a) realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias; realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço; **encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico**; realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera etc.; realiza visita domiciliar, quando for o caso; fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; realiza coleta de exame citopatológico.

Entretanto, fica a indagação se não seria uma atitude mais sensata e mais completa se fosse permitido a esse enfermeiro continuar acompanhando essa paciente, paralelamente ao acompanhamento médico, ao invés de perder o vínculo que foi criado com a mesma. Nesse caso, para salientar a importância de se refletir sobre essa questão, é visível para os que realizam a consulta de enfermagem de pré-natal que essas clientes, na maioria das vezes, sentem-se mais a vontade durante a consulta de enfermagem do que à consulta médica ao exporem seus hábitos, suas dúvidas e inseguranças, portanto sendo considerável que isto pode fazer com que elas possam expressar ou omitir informações até mesmo relevantes, consequentemente implicando na qualidade desse pré-natal.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

O estudo desenvolvido é classificado como uma pesquisa de caráter empírico, aliada a uma revisão na literatura, utilizando-se de uma abordagem qualitativa.

Segundo Oliveira (1998, p. 117) este tipo de pesquisa possui uma:

facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentação contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

3.2 Local da Pesquisa

O campo de escolha para execução da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família do Km 06, situada no município Natal (RN), na qual a população alvo do estudo foram todos os enfermeiros atuantes na assistência ao pré-natal daquela unidade, neste caso tratando-se de uma amostra de três enfermeiras, as quais são as profissionais que compõem este grupo na Unidade em questão.

3.3 Procedimento para a Coleta dos Dados

O método de coleta de dados de escolha foi entrevistas mediante um instrumento de coleta de dados caracterizado como um formulário semi estruturado, composto por perguntas abertas e fechadas, o qual teve o intuito de investigar tais enfermeiras sobre as suas condutas diante da gestante de alto risco; se ao

encaminhá-la ao médico diante do agravo da gestação, essas enfermeiras mantinham algum vínculo de caráter assistencial com tal gestante.

A escolha desse método de coleta de dados justifica-se pelo fato de tratar-se de um meio mais fidedigno no que se refere à qualidade e a veracidade das informações que serão fornecidas durante a entrevista por meio do entrevistado, visto que esse tipo de coleta de dados viabiliza um contato mais estreito entre ambos (entrevistador e entrevistado).

3.4 Tratamento dos dados coletados

Feita a coleta dos dados, estes foram tabulados no programa Microsoft Excel, formando gráficos e tabelas, viabilizando assim a análise dos resultados obtidos pela pesquisa.

A aplicação da coleta de dados foi possível ser realizada no mês de Setembro de 2009. Não houve nenhum tipo de recusa ou dificuldade de convencer as voluntárias a participarem da pesquisa, bem como em responder a entrevista.



Gráfico 3: Sugestões para melhoria na assistência a gestante de alto risco.

Diante dos resultados supracitados, é possível evidenciar um dado relevante: há continuidade das consultas de enfermagem na assistência àquelas gestantes que foram identificadas como de risco e encaminhadas ao centro de referência para serem assistidas por um profissional médico, ou seja, elas retornam à unidade para continuarem sendo assistidas pelo enfermeiro, bem como pelo médico.

Tal fato nos mostra que estas profissionais assumem a responsabilidade de assistir essas mulheres grávidas que tiveram alguma ameaça relacionada à gestação. Permitindo assim um paralelo ao outro dado verificado na pesquisa, pertinente à questão da carência de treinamentos e capacitações específicos sobre a gestação de alto risco para as enfermeiras atuantes no PSF. Este dado torna merecedor de uma atenção especial, pois ao constatar que as enfermeiras não possuem treinamento/capacitações para desenvolverem tal função, essa realidade poderá deixá-las desfavorecidas técnica e legalmente.

Outro ponto exposto mediante a pesquisa foi quanto à questão da burocracia encontrada na marcação de consultas médicas, como ocorre em outros setores de atuação do PSF. Neste caso específico poderá se tornar um prejuízo, devido à dificuldade encontrada para marcação das consultas, na qual acaba por levar à falta de adesão da gestante ao acompanhamento de pré-natal, o que pode acarretar prejuízos muitas vezes irreparáveis à sua gestação.

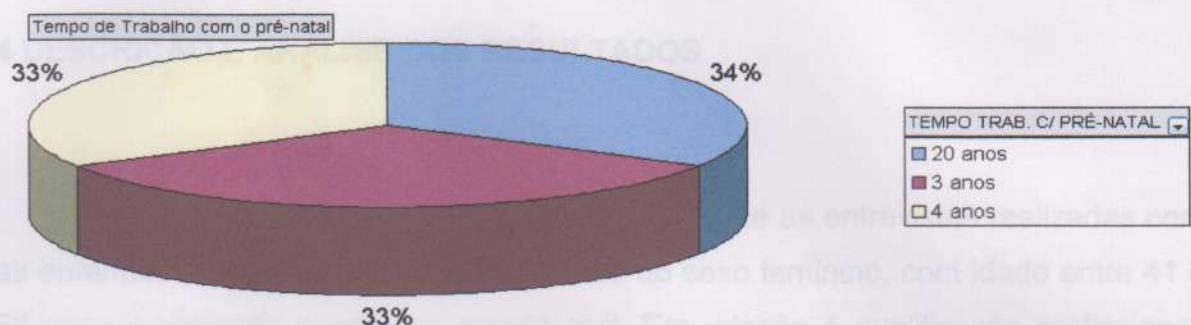


Gráfico 2: Tempo de trabalho com o pré-natal

O grupo, em sua totalidade, afirmou encaminhar a gestante imediatamente ao acompanhamento médico ao identificar algum agravo relacionado à gestação, de acordo com o que é estabelecido pelo MS. Afirmou ainda que, posteriormente ao encaminhamento para o centro de referência, esta gestante retorna à unidade para dar continuidade no acompanhamento da sua gestação concomitante à assistência médica.

Por fim, ao indagar sobre o que poderia ser recomendável com o propósito de favorecer a atuação da enfermagem na assistência a esse grupo de gestantes, 67% das entrevistadas deram ênfase na necessidade de se realizar treinamentos e cursos de atualização voltados para essa problemática, uma vez que tais cursos, segundo elas, são ofertados comumente no início da atuação no Programa de Saúde da Família, abordando o pré-natal de baixo risco, uma vez que não contempla a gestação de alto risco.

Entretanto, 33% acrescentaram que, além da falta de capacitação, é necessário reduzir a burocracia existente para a marcação de consultas médicas, que acaba por gerar diminuição da adesão por parte da gestante que necessita de uma maior atenção ao pré-natal, quando poderá ocasionar um prejuízo ainda maior a sua gestação, que não terá o devido acompanhamento. A seguir a ilustração desse último dado no gráfico 3.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir das informações colhidas mediante as entrevistas realizadas com as enfermeiras, foi verificado que 100% são do sexo feminino, com idade entre 41 e 56 anos e variando quanto ao estado civil. Em relação à qualificação profissional, 75% da amostra têm especialização em saúde pública e 25% em educação em saúde, de acordo com o Gráfico 1.

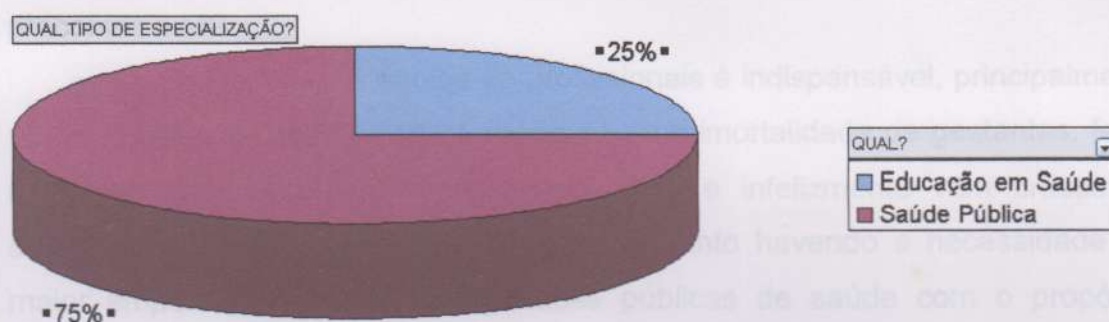


Gráfico 1: Qual o tipo de especialização.

As profissionais, na sua totalidade, afirmaram ter participado de cursos de atualização em pré-natal, porém poucos, pois os mesmos costumam ser ofertados no início da realização de consultas de enfermagem de pré-natal. Ao questioná-las se são oferecidos treinamentos/cursos pela instituição sobre gestação de alto risco, 100% afirmaram que não. Com relação ao tempo que atuam em consultas de pré-natal, 33% realizam consulta pré-natal há três anos; 33% há quatro anos; e 33% há vinte anos, exposto no gráfico a seguir.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A atenção básica é uma ferramenta fundamental para a melhoria e preservação da saúde pública. Nesse contexto ressalta-se o enfoque ao acompanhamento do grupo das gestantes, realizado, majoritariamente através do pré-natal. Para isso, o enfermeiro exerce um papel importante no qual realiza consultas de pré-natal de baixo risco com o objetivo de orientar e acompanhar a gestação em desenvolvimento, sempre aliado ao acompanhamento médico, como preconiza o MS.

O papel dessa equipe de profissionais é indispensável, principalmente em um país como o Brasil, onde os níveis de morbimortalidade de gestantes, fetos, ou recém-nascidos são consideravelmente altos e infelizmente vêm crescendo de algumas décadas para os dias de hoje. Portanto havendo a necessidade de um maior empenho por parte das políticas públicas de saúde com o propósito de minimizar os efeitos provocados pela má qualidade de vida de uma grande parcela da população, assim como é a difícil realidade do bairro onde se localiza a unidade de escolha para a presente pesquisa.

Tal realidade dentre essas gestantes ocorre, na sua maioria das vezes, em consequência à ausência de um acompanhamento de pré-natal adequado, adentrando também a questão da saúde dessa gestante anteriormente à concepção, na qual o número de indivíduos que vivem em condições de pobreza, sem instrução alguma, torna ainda mais emergente a necessidade de uma atenção mais integralizada pela equipe de saúde, que deve ser suficientemente preparada e capacitada para realizar o seu trabalho em um ambiente acolhedor e assim fornecer uma assistência adequada a essas mulheres e filhos.

Ressaltando a importância da assistência do profissional de enfermagem nesse contexto, verificamos por meio da pesquisa que, na unidade em foco, as enfermeiras acompanham o pré-natal de gestantes que foram encaminhadas ao centro de referência devido a algum agravo na gestação e retornaram para dar continuidade ao acompanhamento na unidade posteriormente, contudo, tal conduta é realizada sem que essas profissionais estejam respaldadas com a Lei do Exercício Profissional e com o que preconiza o MS.

REFERÊNCIAS Tal fato nos leva a refletir se não poderia ser reavaliado esse esquema, analisando a possibilidade de se ofertar um maior preparo para os enfermeiros que trabalhem com o pré-natal, dando ênfase na gestação de alto risco, e então considerar a possibilidade de o enfermeiro ser um profissional que tenha competência para trabalhar com a gestante de alto risco durante a assistência de pré-natal, juntamente com a equipe médica.

Gestante de Alto Risco: protocolos estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 mar. 2009.

Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://m2002.saude.gov.br/progsl/Site/Paginas/pacto.htm>. Acesso em: 30 mar. 2008.

Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FERNANDES, Rose A. Q.; NARCHI, Nêdia Z. Enfermagem e Saúde da Mulher. Barueri, SP: Manole, 2007.

GOMES, Romeu et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2001, V. 9, n. 4.

LIAMPO, S.; MOURA, M. A. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. NOME DA REVISTA Rio de Janeiro, ano 3, n. 14, p. 33-40, 2005.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. Tratado de Metodologia Científica. São Paulo: Pioneira, 1998.

PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, Out/Dez. 2005. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>. Acesso em: 15 mar. 2009.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Secretaria de Políticas Públicas, Área Técnica da Saúde da Mulher. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 mar. 2009.

Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. **Manual técnico/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FERNANDES, Rosa A. Q.; NARCHI, Nádia Z. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

GOMES, Romeu et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2001. V. 9, n°4.

LIMA, Yara M. S.; MOURA, M. A. **Consulta de Enfermagem pré-natal**: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **NOME DA REVISTA** Rio de Janeiro, ano 9, n. ½, p. 93-99, ½. 2005.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de, **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1998.

PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 1, n: 3, Out./Dez. 2005. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>. Acesso em: 15 mar. 2009.

SANTOS, E.; SILVA, F. E.; NAKAMURA, E. K. A importância do esclarecimento da enfermagem para a gestante de alto risco e de baixa renda. **Revista de Enfermagem – UNIANDRADE**. Paraná. 2008. Disponível em: <<http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/enfermagem.html>>. Acesso e: 03 jun. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. IDENTIFICAÇÃO:

1) SEXO FEMININO () - MASCULINO ()

2) IDADE _____ ANOS

3) ESTADO CIVIL _____

II. ATIVIDADE PROFISSIONAL

1) ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO _____

2) TEM ESPECIALIZAÇÃO?

SIM () NÃO ()

QUAL(ES)? _____ DE QUANTO TEMPO? _____

3) REALIZOU CURSOS DE ATUALIZAÇÃO RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL?

SIM () NÃO ()

NOME DO CURSO _____

CARGA HORÁRIA E ANO DE CONCLUSÃO _____

4) HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA COM O PRÉ-NATAL? _____

APÊNDICES

5) DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DETECTAR ALGUM RISCO REFERENTE A GESTAÇÃO, A GESTANTE É ENCAMINHADA PARA ACOMPANHAMENTO MÉDICO?

SIM () NÃO ()

6) APÓS ENCAMINHÁ-LA AOS CUIDADOS MÉDICOS, HÁ ALGUMA CONTINUIDADE NO ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM A ESSA GESTANTE DE RISCO?

SIM () NÃO ()

COMO ISSO

OCORRE? _____

7) A INSTITUIÇÃO OFERECE TREINAMENTOS/CAPACITAÇÕES QUE ABORDEM O TEMA GESTANTES DE ALTO RISCO?

SIM () NÃO ()

QUAL SUA PARTICIPAÇÃO NESTES? _____

QUAL A PERIODICIDADE? _____

8) O SENHORIA TERIA ALGUMA SUGESTÃO COM O PROPÓSITO DE MELHORAR A ASSISTÊNCIA A GESTANTE DE ALTO RISCO? _____

FARN

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

I. IDENTIFICAÇÃO:

1) SEXO: FEMININO () MASCULINO ().

2) IDADE: _____ ANOS.

3) ESTADO CIVIL: _____.

II. ATIVIDADE PROFISSIONAL:

1) ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO: _____.

2) TEM ESPECIALIZAÇÃO?

SIM () NÃO ().

QUAL(IS)? _____. DE QUANTO TEMPO? _____.

3) REALIZOU CURSOS DE ATUALIZAÇÃO RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL?

SIM () NÃO ().

NOME DO CURSO: _____.

CARGA HORÁRIA E ANO DE CONCLUSÃO: _____.

4) HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA COM O PRÉ-NATAL? _____.

5) DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM, AO DETECTAR ALGUM RISCO REFERENTE À GESTAÇÃO, A GESTANTE É ENCAMINHADA PARA ACOMPANHAMENTO MÉDICO?

SIM () NÃO ().

6) APÓS ENCAMINHÁ-LA AOS CUIDADOS MÉDICOS, HÁ ALGUMA CONTINUIDADE NO ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM À ESSA GESTANTE DE RISCO?

SIM () NÃO ().

COMO ISSO

OCORRE? _____.

7) A INSTITUIÇÃO OFERECE TREINAMENTOS/CAPACITAÇÕES QUE ABORDEM O TEMA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO?

SIM () NÃO ().

QUAL SUA PARTICIPAÇÃO NESTES? _____.

QUAL A PERIODICIDADE? _____.

8) O SENHOR(A) TERIA ALGUMA SUGESTÃO COM O PROPÓSITO DE MELHORAR A ASSISTÊNCIA À GESTANTE DE ALTO RISCO? _____.

_____.

_____.



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN.

CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918. E-mail: www.farn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos:

Caro (a) Enfermeiro (a),

Vs. Senhoria está sendo convidada a participar da pesquisa **“A Postura do Enfermeiro Frente à Gestante de Alto Risco Durante o Pré-Natal em uma Unidade de Saúde do Município de Natal (RN)”**. Está sendo realizada pela graduanda Gabriele Miranda do Nascimento, orientada pela Professora Msc. Mariluce Oliveira de Araújo.

O estudo tem como objetivo analisar qual a conduta do Enfermeiro atuante em uma Unidade de Saúde da Família ao deparar-se como uma gestante de alto risco durante uma consulta de pré-natal; além de investigar se há algum interesse em manter o vínculo com essa cliente e/ou se esse vínculo é mantido, diante da gravidade da situação imposta. A importância desse estudo se dá pelo fato de contribuir na melhora da assistência à gestante de alto risco, consequentemente, acrescentando na qualidade da consulta de pré-natal, desse modo beneficiando tanto a paciente como o seu filho.

Caso o(a) senhor(a) aceite este convite, irá submeter-se a uma entrevista composta por perguntas abertas e fechadas, a qual não acarretará nenhum risco no que tange a saúde do indivíduo, visto que a sua participação na pesquisa se dará apenas através desta maneira.

Enfermeiro (a)

A participação é voluntária e espontânea, o que significa que é possível a desistência a qualquer momento, retirando o consentimento. Esta inclusão não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. A sua recusa não trará nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

No entanto, caso ocorra qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento mediante pagamento em dinheiro.

De igual maneira, caso ocorra algum dano em consequência da sua participação no estudo, o mesmo(a) será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e o seu nome não será identificado em nenhum momento. A publicação e utilização dos resultados serão de uso exclusivo para fins científicos.

O entrevistado receberá uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que possuir a respeito desta pesquisa, poderá certificar-se juntamente ao orientador da pesquisa: Profa. Ms. Mariluce Oliveira de Araújo, através do endereço: Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, Coordenação do Curso de Enfermagem, na Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol, Natal, RN, CEP: 59014-540. Fone/fax: (84) 3215-2917/3215-2918. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Natal/RN ou pelo telefone (0xx84) 3215-3135.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos vossa assinatura neste documento.

Declaro que compreendi os objetivos acima descritos pela presente pesquisa, riscos e benefícios envolvidos, concordando em participar voluntariamente da mesma.

Natal, ____ de _____ de 2009

Enfermeiro (a)