

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA GABRIELA BATISTA MARQUES

CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES ATENDIDAS EM CONSULTA DE
ENFERMAGEM AMBULATORIAL DE PRÉ-NATAL:
COMPARAÇÃO DE QUATRO DÉCADAS

Porto Alegre

2011

ANA GABRIELA BATISTA MARQUES

CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES ATENDIDAS EM CONSULTA DE
ENFERMAGEM AMBULATORIAL DE PRÉ-NATAL:
COMPARAÇÃO DE QUATRO DÉCADAS

Trabalho de Conclusão de Curso a ser submetido à avaliação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizeth Heldt

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar momentos tão especiais, além de ter me dado uma família maravilhosa e amigos sinceros. Deus, que a mim atribuiu alma e missões pelas quais já sabia que eu iria batalhar e vencer, e por mais que eu tenha me afastado Dele em alguns momentos nessa jornada, Ele não se afastou de mim em nenhum momento. Agradeço a minha mãe, Sirlei, por absolutamente, tudo que fez por mim. Cada um de seus atos foi uma oportunidade que eu tive para crescer e me tornar o que sou. Aos meus irmãos, Daniela, Rafaela e Douglas, pelo apoio e amor incondicional e que, felizmente, posso dizer ser recíproco. Ao meu pai que, esteja onde estiver, sei que está orgulhoso de mim e a ele dedico essa conquista, pois muitas vezes a lembrança de sua presença e o som de sua voz me deram forças para seguir em frente e acreditar que tudo daria certo, pois ele estava lá de cima guiando os meus passos. A minha orientadora e amiga Elizeth Helth pelo tempo e paciência a mim dedicados e pelo espírito crítico, o qual espero, pelo menos em parte, ter adquirido. As minhas supervisoras de estágio curricular Margery e Suzana Záchia pelos conselhos, pelos ensinamentos e pelo carinho que marcaram muito a minha formação. Às minhas novas amigas concebidas na faculdade, que elas durem tanto quanto foram intensas. Por fim, meu mais sincero agradecimento ao meu esposo, Samuel, meu grande amor e companheiro. Pela força, apoio, pelo seu amor e, acima de tudo, por ter aturado minhas crises e me dado colo nos momentos mais difíceis. Amo todos vocês e obrigada por tudo!

“Feliz aquele que rejeita maus conselhos, segue o exemplo da sabedoria. Este homem é como a árvore que cresce à beira do riacho. Dá bons frutos no tempo certo e suas folhas não murcham. E tudo o que este homem faz dá certo”.

Salmo 1 – 41.

RESUMO

O cuidado de enfermagem no pré-natal tem sido desenvolvido por enfermeiras obstétricas há quatro décadas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através da consulta de enfermagem e, no transcorrer dos anos, ocorreram diversas modificações nas políticas públicas de assistência ao pré-natal. O presente trabalho tem por objetivo identificar as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial no pré-natal e compará-las ao longo de quatro décadas. A amostra foi constituída por informações obtidas das fichas de gestantes atendidas no ambulatório do HCPA por enfermeiras obstetras no período de 1972 a 2009. As fichas foram separadas por décadas e sorteadas aleatoriamente. As variáveis comparadas foram: idade, gestações prévias, tipo de gestação, número de consultas pré-natal e de exames. Um total de 1245 fichas foi analisado: 208(16,7%) da década de 1970, 323(25,9%) da década de 1980, 329(26,4%) da década de 1990 e 385(30,0%) na década de 2000. A média de idade das gestantes foi de $25,80 \pm 6,29$ anos, sem diferença significativa entre as décadas. Encontrou-se diferença significativa entre as décadas anteriores e a de 2000, em relação ao número maior de gestações ($p < 0,001$) e de consultas de enfermagem (década de 70 = $2,63 \pm 1,52$ vs década de 2000 = $4,04 \pm 2,29$; $p < 0,001$). Considerando às gestações de alto risco, também ocorreu um aumento significativo na década de 1970 ($n = 43 - 20,7\%$) e na década de 2000 ($n = 203 - 52,7\%$), bem como na média de ecografias realizadas durante o pré-natal ($p < 0,001$). Considerando os resultados deste estudo, é possível verificar que as características das gestantes atendidas em consulta de enfermagem no pré-natal modificaram-se ao longo do tempo, assim como, o atendimento realizado por enfermeira obstétrica em consulta ambulatorial, mantendo-se vinculado às demandas das usuárias e às determinações legais.

Descritores: consulta de enfermagem; pré-natal; políticas públicas; enfermagem obstétrica

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNAISM – Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SESP – Serviço de Enfermagem em Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comparação das características sociodemográficas das gestantes na consulta de enfermagem entre as quatro décadas.	22
Tabela 2. Comparação das características obstétricas e de atendimentos das gestantes entre as quatro décadas.	22
Tabela 3. Comparação das características do parto e do recém-nascido (RN) entre as quatro décadas.	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO.....	9
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1 Consulta de Enfermagem	10
3.2 Assistência de Enfermagem no pré-natal.....	12
3.3 Gestação de alto risco	14
3.4 Políticas Públicas na área da Saúde da Mulher das últimas 4 décadas.....	16
4 MÉTODO.....	19
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO.....	24
7 CONCLUSÕES.....	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXO 1 – Ficha obstétrica	33
ANEXO 2 – Carta de Aprovação COMPESQ Escola de Enfermagem	34
ANEXO 3 - Carta de Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa HCPA	35

1 INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem no pré-natal tem por objetivo assegurar o bem-estar da gestante e de seu bebê, favorecendo o nascimento saudável e detectando precocemente fatores de risco de morbimortalidade, promovendo, assim, satisfação para a futura mãe e família com a experiência da gestação e do parto (ESPIRITO SANTO; MORETTO, 2005).

No ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), este cuidado é realizado por meio da consulta de enfermagem e tem sido desenvolvido por enfermeiras obstetras do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP), desde a sua inauguração, em 1972 (SANTOS; PASKULIN; CROSSETI, 2006). As consultas são vinculadas ao Programa de Saúde da Mulher e as gestantes vêm encaminhadas por médicos da Instituição, em consonância com a especificidade dos programas de alto risco (TASCA *et al.*, 2006).

A consulta de enfermagem de pré-natal, desde a década de 1970, é embasada na metodologia do processo de enfermagem, que é fundamentado em um método científico (SANTOS; PASKULIN; CROSSETI, 2006).

Desde o início, o registro da consulta de enfermagem é realizado no prontuário e na carteira da gestante, com o objetivo de garantir que todas as informações importantes sobre a evolução da gestação sejam acessíveis a todos os profissionais que fazem a continuidade ao seu atendimento. Além disso, no HCPA, foram criadas, desde 1972, as fichas obstétricas. O objetivo das fichas é fornecer um rápido acesso aos principais dados da história das gestantes, agilizando, durante a consulta, a identificação de problemas e a tomada de decisões. A rotina para utilização das fichas tem se mantido ao longo do tempo, isto é, na primeira consulta uma ficha é aberta, sendo registrados os dados de identificação e a história obstétrica. Nas consultas subsequentes, novos dados vão sendo acrescentados e, após o parto, é prevista a realização de um último registro com dados sobre o parto e sobre o recém-nascido.

Contudo, no transcorrer das quatro décadas ocorreram mudanças significativas nas políticas públicas de saúde, como a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a criação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, entre

outros, o que, de certa forma, refletiu na forma de atendimento no pré-natal realizado pelas enfermeiras, na clientela que acessava esse serviço e na continuidade da assistência prestada (LIMA, 2006).

Da mesma forma, a metodologia das consultas de enfermagem tem se modificado no decorrer desse período, considerando principalmente as mudanças no processo de raciocínio clínico, de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (MCCLOSKEY; BULECHECK, 2008; NANDA, 2009), nos registros das informações, que atualmente são em prontuário *online* (KLUCK *et al.*, 2003), e na qualidade da assistência, considerando as políticas de humanização (LIMA, 2006).

Este trabalho é baseado em dados coletados a partir das fichas obstétricas, preenchidas pelas enfermeiras durante as consultas de pré-natal no Programa de Saúde da Mulher do HCPA, durante as últimas quatro décadas, sendo computados os registros, identificando as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes. Este resgate histórico se mostra relevante para demonstrar as diferenças nas características da clientela que acessava esse serviço nas décadas de 1970, 1980, 1990 e na primeira década de 2000, divulgando o atendimento do profissional enfermeiro e suas modificações ao longo do tempo, relacionando essas diferenças às mudanças das políticas públicas de saúde vigentes em cada período. Essa caracterização poderá subsidiar o atendimento e a definição de novos programas, sendo uma maneira de refletirmos sobre a metodologia das consultas e de possíveis mudanças para a qualificação da assistência.

O interesse por essa temática vem desde o sexto semestre da graduação, quando cursei a disciplina de saúde da mulher e tive meu primeiro contato com assistência pré-natal. Nos campos de estágios, percebi a importância da assistência pré-natal e de como as intervenções de enfermagem podem promover o bem-estar da mulher, do bebê e de sua família. Acredito que as práticas dos profissionais foram, e são, dinâmicas, construídas de acordo com as mudanças históricas, por isso o interesse em avaliar o cuidado de enfermagem relacionando com as mudanças políticas no decorrer de quatro décadas.

2 OBJETIVO

Identificar as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal realizado por enfermeira obstétrica e compará-las ao longo de quatro décadas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Consulta de Enfermagem

Em junho de 1986, a Lei do exercício profissional N° 7498 regulamentou a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986), representando um marco histórico para essa profissão, determinando a autonomia dos profissionais e oportunizando um cenário de práticas e interação enfermeiro-cliente. Porém, a história nos mostra que, inicialmente, a assistência individual prestada pelo profissional enfermeiro baseava-se num atendimento no âmbito de pós-consulta, atividade decorrente da consulta médica, consistindo apenas em orientações complementares sobre o tratamento instituído pelo médico. A consulta de enfermagem, ao longo de sua evolução e implantação, sofreu várias alterações conceituais e metodológicas, até ser inserida nos serviços de saúde, buscando seu prestígio e aceitação, sempre acompanhando as mudanças conjunturais (LIMA, 2003).

A caracterização da consulta de enfermagem como uma atividade intrínseca da prevenção primária e seu processo evolutivo, por meio da institucionalização das práticas de saúde e suas propostas de modelo tecno-assistencial, constituíram marcos importantes para o fortalecimento e normatização dessa prática. A partir desse caráter de prevenção primária, a consulta de enfermagem passou a fazer parte dos manuais técnicos de vários serviços, conquistando seu apogeu com a implantação de Programas de Saúde Materno-Infantil (CASTRO, 1975).

No Rio Grande do Sul, a consulta de enfermagem iniciou vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente, em 1967, e foi implantada no HCPA, Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1972, no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP). A Instituição foi uma das pioneiras no Brasil a aplicar a metodologia no contexto ambulatorial, inclusive na área obstétrica (VANZIN; NERY, 1996).

De acordo com Vanzin e Nery (1996, p. 51), a consulta de enfermagem:

é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pela profissional enfermeira com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoces.

A consulta de enfermagem segue um padrão de desenvolvimento e realização. A metodologia utilizada para sistematizar essa assistência é o Processo de Enfermagem, que tem por base as teorias das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. Wanda Horta apresentou esse processo em seis fases que se inter-relacionam: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. Foi a partir dessa sistematização que a incorporação da atividade foi consolidada, o que também possibilitou à enfermagem atingir o status de ciência (CRUZ, 2000).

Atualmente, no HCPA, na primeira consulta, realiza-se a anamnese e exame físico, utilizando-se de um instrumento de registro do prontuário "online". O instrumento de registro embasa-se no referencial teórico de Horta (1979), no qual são contemplados aspectos subjetivos e objetivos, sendo a duração da consulta de 30 minutos (SANTOS; PASKULIN; CROSSETI, 2006).

Após a primeira consulta, o registro da anamnese e exame físico de enfermagem passam a ser feitos sob forma de evolução, adaptado ao modelo preconizado por Weed (1967), e se estruturam nos aspectos subjetivos e objetivos, na interpretação e na conduta. A interpretação reflete o julgamento clínico da profissional, a partir dos problemas de saúde levantados nas consultas. A conduta compreende a elaboração e registro do plano de cuidados a ser desenvolvido, que consta das orientações e ações para os diagnósticos de enfermagem levantados, encaminhamentos, exames solicitados, aprazamento de reconsultas e futuros cuidados a serem implementados nas próximas consultas (SANTOS; PASKULIN; CROSSETI, 2006).

A partir de 2000, os marcos teóricos de Benedet e Bub (1998), Carpenito (1997) e da Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA, 2000), no que se refere à elaboração da etapa dos diagnósticos de enfermagem, foram inseridos neste contexto. Assim, hoje, a operacionalização do processo de enfermagem no HCPA acontece pela aplicação das fases de anamnese e exame físico do paciente, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem (KLUCK *et al.*, 2003).

O diagnóstico de enfermagem é definido como

o julgamento clínico das respostas dos indivíduos, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a intervenção de enfermagem,

para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2009, p.436).

O planejamento e implementação do cuidado de enfermagem é individualizado, auxiliando efetivamente na melhoria da situação de saúde (BENEDET; BUB, 1998). Para Cruz (1997), Benedet e Bub (1998), o estabelecimento de diagnósticos conduz a uma prestação de contas sobre o cuidado realizado pela enfermagem, criando a oportunidade de expor estes cuidados aos demais profissionais da área da saúde e à população.

A partir desse exposto, destaca-se que a importância da consulta de enfermagem está em caracterizar-se como um conjunto de ações desenvolvidas de modo sistemático, dinâmico, privado e independente. Expressa o saber e o fazer do enfermeiro e tem como foco central o cuidado do ser humano, compreendendo suas singularidades (SANTOS; PASKULIN; CROSSETTI, 2006).

Assim sendo, a Consulta de Enfermagem é um instrumento que contribui significadamente para consolidar o exercício profissional da enfermeira, pois é por meio dessa atividade que suas ações são norteadas, definindo suas condutas de forma autônoma, o que repercute diretamente na assistência ao indivíduo, sua família e comunidade.

3.2 Assistência de Enfermagem no pré-natal

A atenção ao Pré-Natal deu-se, no Brasil, a partir do século XX, decorrente da preocupação de movimentos sociais, principalmente o Movimento de Mulheres. As reivindicações desse grupo de mulheres exigiam do Estado políticas, direcionadas à saúde da mulher gestante e ao recém-nascido, que impactassem nas taxas de mortalidade materno-infantil (REZENDE, 2002).

Nos séculos anteriores considerava-se Pré-Natal aquele atendimento que visava apenas ao aconselhamento dietético, com intuito somente de proteger a gestante. Foi a partir das reivindicações dos movimentos feministas que mudanças ocorreram em relação a esses conceitos de assistência pré-natal, tendo atualmente uma atenção à gestante de forma ampliada e integral (REZENDE, 2002).

O movimento de consolidação da consulta de enfermagem no pré-natal também acompanhou a conjuntura sociopolítica, o que viabilizou as enfermeiras a assumirem essa prática. No pré-natal, a consulta de enfermagem é estruturada com

base nas normas de atendimento à gestante, instituídas pela OPAS/OMS, sendo, no Brasil, realizado de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) (LIMA, 2006).

Segundo as normas do Manual de Atenção ao Pré-Natal (BRASIL, 2000), a consulta de enfermagem tem por objetivo:

Proporcionar o acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal de maneira periódica e sistemática; solicitar os exames de rotinas, avaliar os exames de rotina, orientar quanto ao processo de evolução da gestação, parto e puerpério, lactação, aleitamento materno, prevenção de intercorrências relacionadas à mama e amamentação; orientar quanto aos cuidados com o recém-nascido; orientar para o autocuidado; encaminhá-la para outros profissionais; orientar a gestante para a prevenção do tétano neonatal e encaminhá-la para a vacina antitetânica; realizar a coleta do exame citopatológico. (BRASIL, 200, p.13).

Assim, a assistência pré-natal visa manter a integridade das condições de saúde materna e fetal. Para isso, é necessário que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12^a semana de gestação, tendo um intervalo de quatro semanas entre as consultas até a 36^a semana, e após intervalo de 15 dias até o parto, a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à gestante ou ao feto. Segundo o MS, o número de consultas pré-natais deve ser no mínimo de seis. Nas pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado individualmente e de acordo com a gravidade de sua doença, sendo o acompanhamento, algumas vezes, feito com a paciente internada (BRASIL, 2000).

Dessa forma, o MS estabeleceu a normatização desse atendimento, elencando os passos que devem ser seguidos após a iniciação da gestante no Pré-Natal. De acordo com o Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal, na primeira consulta, a enfermeira deve realizar a histórica clínica para colher dados da identificação da gestante, dados socioeconômicos e culturais, investigação dos antecedentes (familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e outros) e da gestação atual (BRASIL, 2000).

O exame físico, considerado o segundo passo de todas as consultas, deve ser realizado no sentido céfalo-caudal, usando técnicas de inspeção, palpação, ausculta e toque, realizado de forma geral e específico para exames gineco-obstétrico. No exame geral, faz-se a avaliação do peso, estado nutricional, altura uterina, frequência cardíaca, temperatura axilar e pressão arterial. No exame gineco-obstétrico, procede-se à ausculta dos batimentos cardíofetais, identificação da

situação e apresentação fetal, inspeção dos órgãos genitais externos, exame especular e toque vaginal (BRASIL, 2000).

Durante todo o processo de acompanhamento pré-natal, os procedimentos e condutas devem ser realizados sistematicamente e avaliados em todas as consultas, sendo sempre registrados no prontuário, no Cartão da Gestante e Ficha de Pré-Natal (BRASIL, 2000).

É preciso ressaltar que a assistência pré-natal deve estar ancorada no conceito da Atenção à Saúde da Mulher, considerando o princípio da integralidade da atenção, que se inicia no pré-natal e se estende até o nascimento e puerpério, enfatizando a promoção da saúde (LIMA,2006).

3.3 Gestação de alto risco

Apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico e sua evolução, na maior parte dos casos, não apresentar intercorrências, uma pequena parcela de gestantes, por alguma razão, seja ela por serem portadores de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem algum problema, acaba tendo maiores probabilidades de uma evolução desfavorável, tanto para o feto como para si mesma. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". No Brasil, esse grupo corresponde de 20 a 30% das gestações (BRASIL, 2010).

Entende-se por gestação de alto risco aquela na qual a mãe ou o feto apresentam risco significativo de morte ou incapacitação, por um distúrbio coincidente ou próprio da gravidez (AUMANN; BAIRD, 1993). Para a mãe, esse risco estende-se até 30 dias após o nascimento, período denominado de puerpério. Já a morbidade perinatal pode continuar por meses ou anos, sendo as gestações de alto risco responsáveis por 80 a 90% da morbimortalidade perinatal, contribuindo com mais de 50% de toda mortalidade infantil até o primeiro ano de vida (BUCHABQUI; ABECHÉ; BRIETZKE, 2001).

Um importante indicador de saúde, o coeficiente de mortalidade materna, segundo dados da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, está girando atualmente em torno de 60 óbitos por 100.000 nascidos vivos, número que pode estar subestimado, considerando-se a subnotificação. As três causas mais

frequentes de morte materna, no Brasil, são os estados hipertensivos, as hemorragias e as infecções (BRASIL, 2004).

Diante do exposto acima, é possível perceber a importância da assistência à gestante de forma adequada e com profissionais capacitados para identificar as gestações de alto e baixo risco, podendo assim recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada.

As normas de assistência diferem de acordo com o risco que a gestação apresenta. Assim, o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente daquela de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natais e tipo de equipe que presta a assistência. As necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas, necessitando de cuidados mais complexos presentes nos níveis secundários e terciários, com equipes multidisciplinares (BRASIL, 2010).

Diante disso, o SUS propõe a integralidade na atenção às gestantes de alto risco, considerando a sensibilidade diagnóstica do nível básico para propor encaminhamentos adequados, através da rede de serviços por meio do sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 2010).

Lembremos que aquilo que denominamos de fatores de risco, incluem circunstâncias ou características que se associam a uma maior probabilidade de ocorrer dano à saúde. Assim, os fatores que contribuem para uma gestação de risco podem ser agrupados em quatro grandes grupos: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual e intercorrências clínicas. Tais fatores podem ser mais bem detalhados, conforme podemos observar, no quadro 1 extraído de uma publicação do Ministério da saúde (BRASIL, 2001).

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	História reprodutiva anterior	Doença obstétrica na gravidez atual	Intercorrências clínicas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idade menor que 17 e maior que 35 anos; ➤ Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e estresse; ➤ Situação conjugal insegura; ➤ Baixa escolaridade; ➤ Altura menor que 1,45 m; ➤ Peso menor que 45 Kg e maior que 75 Kg; ➤ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Morte perinatal explicada e inexplicada; ➤ Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; ➤ Abortamento habitual; ➤ Esterilidade e/ou infertilidade; ➤ Intervalo temporal menor que dois ou maior que cinco anos; ➤ Nulliparidade e multiparidade; ➤ Síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva; ➤ Cirurgia uterina anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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; ➤ Amniorrexe prematura; ➤ Hemorragias de gestação; ➤ Isoimunização; ➤ Óbito fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cardiopatias; ➤ Pneumopatias; ➤ Nefropatias; ➤ Endocrinopatias; ➤ Hemopatias; ➤ Hipertensão arterial; ➤ Epilepsia; ➤ Doenças infecciosas; ➤ Doenças auto-imunes; ➤ Ginecopatias.

Quadro 1. Grupo de fatores de risco para gestação

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Secretaria Executiva. Brasília, 2001

3.4 Políticas Públicas na área da Saúde da Mulher das últimas 4 décadas

As políticas públicas com relação à saúde da mulher até a década de 1970 enfocavam a função procriativa e eram traduzidas em cuidados com o ciclo gravídico-puerperal, com ênfase na visão da mulher como mãe, constituindo o Modelo Materno-Infantil (DIÓZ, 1998). Porém, mudanças ocorreram em relação a essa visão, o que propicia realizar, atualmente, uma atenção à gestante de forma ampliada e integral.

No ano de 1979, dá-se início ao processo de sistematização sobre um modelo de assistência referente ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços ao pré-natal, parto e puerpério. Foi criado na Europa, um Comitê Regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e a materna. Esse ano ficou conhecido como o Ano Internacional da Criança (MARCON, 1990).

Após a conclusão desse trabalho, em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por intermédio de sua Comissão, determina a proteção ao pré-natal e maternidade. Dentro desse enfoque, a OMS passa a definir a saúde da gestante como “a sensação de bem estar físico, psíquico e social dentro das condições

especiais da grávida”. Esse trabalho fortaleceu a evolução da assistência à mulher grávida, e a criação de novas políticas e programas voltados para essa população deve-se à força de pressão que os movimentos feministas exerceram sobre o governo, que passou a considerá-la como um grupo prioritário nas políticas (DIÓZ, 1998).

Dentro desse processo histórico, em 1983, foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado no conceito de saúde integral e com ênfase na função educativa. Uma vitória do Movimento Feminista, o PAISM vem em oposição ao Modelo Materno-Infantil, a partir da perspectiva de gênero. Até então os Programas Institucionais existentes, em especial o Programa Nacional Materno-Infantil, lançado em 1974, focalizavam apenas o atendimento à mulher voltado apenas para o parto (OLIVEIRA, 2003).

Para o PAISM, a assistência do Pré-Natal foi definida como:

Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. (BRASIL, 1984, p.19).

A adoção do PAISM representou um passo significativo em direção à saúde da mulher, mas a atenção à mulher, especialmente no que tange ao Pré-Natal, continuava deficiente, tanto no paradigma do atendimento, quanto na extensão de cobertura. Diante disso, o MS oficializou, em 1988, as normas de atenção a esse especial período da gravidez, traduzidas no primeiro Manual de Assistência Pré-Natal: “O acompanhamento pré-natal deve ser realizado com vistas a atender às necessidades da gestante obtendo assim, melhores efeitos a saúde da mãe e do recém-nascido.” (DIÓZ, p;86, 1998).

Na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, foi elaborado um documento que prevê: o acesso universal das mulheres grávidas para realizar o Pré-Natal em serviços de qualidade; a implantação efetiva em todos os Estados e Municípios de comitês de mortalidade materna; cuidados especiais e adequados à gravidez; capacitação dos gestores e dos profissionais de saúde, como condições indispensáveis para a melhoria da atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2002).

Nesse mesmo ano, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, outra medida do MS, através da Portaria/GM N° 569, visando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas para garantia do acesso; da cobertura e qualidade do acompanhamento; da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações até então adotadas (BRASIL, 2004).

Já em 2004, o MS efetivou outra medida no sentido de melhorar a qualidade dessa assistência: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O pacto tem como meta a redução de morte materna e neonatal em 15%, até o final de 2006 e, em 75%, até o final de 2015. Outra importante medida para redução desses índices foi a inclusão das urgências obstétricas e pediátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), lançado também em 2004.

Diante o exposto acima, podemos observar que o MS tem procurado, com essas medidas, estimular o desenvolvimento de práticas educativas direcionadas ao Pré-Natal, que venham possibilitar à gestante um olhar além das dimensões biológicas. Entretanto, para que haja uma efetividade dessas ações, há que se pensar em formas de expandir o acesso dessas gestantes aos serviços de saúde e qualificar os profissionais, principalmente no acolhimento dessas usuárias, a fim de garantir a adesão ao Programa Pré-Natal.

Para humanizar esse atendimento, não basta apenas criar e tentar promover mudanças por meio de programas é preciso que os serviços oferecidos pelo SUS sejam adequados e reestruturados, de forma que se concretizem os seus princípios básicos da universalidade, da equidade e da integralidade.

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva de análise de dados secundários. Segundo Grady e Hearst (2008), este método consiste de análise de dados pré-existentes, sejam eles de estudos prévios ou de registros hospitalares para investigar questões de pesquisas.

O estudo refere-se às consultas de enfermagem obstétricas realizadas no período de 1972 a 2009. Foi realizado junto ao Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP), nos consultórios privativos da área de gineco-obstetrícia, na zona seis, localizados no térreo do ambulatório do HCPA. O serviço foi criado em 1972, constituindo-se a partir da estrutura da Divisão de Enfermagem, que passou, em 1975, à condição de Grupo de Enfermagem (TASCA *et al*, 2006). Nessa época, o serviço contava com duas enfermeiras obstétricas que realizavam consultas de pré-natal. As gestantes eram encaminhadas pela equipe médica e a classificação do atendimento era de acordo com a classe econômica da paciente, não tendo divisão em baixo e alto risco. Atualmente, duas enfermeiras obstétricas realizam as consultas de pré-natal para as gestantes que são encaminhadas pela equipe médica.

A amostra do presente estudo foi constituída por informações obtidas de fichas de gestantes (Anexo 1) atendidas por enfermeiras obstétricas no Programa de Saúde da Mulher, no ambulatório do HCPA, no período de 1972 a 2009. Para realizar as estimativas ao longo das décadas, de forma que a variância seja maximizada (proporção de 0,5), considerando uma margem de erro absoluto de 5% e nível de confiança de 95%, foi realizado o cálculo de tamanho amostral para determinar o total de fichas que seriam necessárias em cada década.

As fichas foram separadas e, posteriormente, a pesquisadora realizou um sorteio aleatório por década. As fichas ilegíveis foram excluídas e substituídas através de um novo sorteio na década correspondente e as incompletas fizeram parte da amostra por significarem um dado relevante para comparar os registros realizados nas consultas de enfermagem ao longo desse período.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0 e o nível de significância

adotado foram $\alpha=0,05$ e IC95%. Os dados foram descritos, através da média e desvio padrão, conforme distribuição para variáveis contínuas. Para as variáveis categóricas foi utilizado frequência e percentual. Para comparar as características sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, ocupação) e obstétricas (número de consultas pré-natal e de exames, tipo de gestação, gestações prévias, tipo de parto) ao longo das décadas, foi utilizado os testes qui-quadrado para tendência linear e ANOVA ou o Teste Kruskal-Wallis. Para identificar onde estavam às diferenças, foi utilizado o Teste de Dunn, Tukey e resíduos ajustados. A avaliação da distribuição normal foi realizada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene.

As informações foram coletadas das fichas obstétricas, pela pesquisadora, de maneira que os sujeitos da pesquisa não sejam identificados diretamente ou por meio de identificadores, conforme o Termo de Compromisso com a utilização de dados assinado pelas pesquisadoras. Os dados coletados serão guardados por cinco anos.

O projeto foi aprovado pela Comissão Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo 2) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (Anexo 3).

5 RESULTADOS

A amostra total do estudo foi de 1245 fichas obstétricas, divididas nas quatro décadas. Primeiramente, pode-se observar que o registro realizado na ficha modificou-se ao longo dos anos. Por exemplo, determinadas informações como profissão, escolaridade e estado civil não eram registradas nas décadas de 1970 e 1980, apesar de constar esse item na ficha.

As características sociodemográficas das gestantes estão apresentadas na Tabela 1. Foi encontrada diferença significativa quando comparada a faixa etária das gestantes entre as décadas, tendo mais adolescentes menores de 15 anos e mulheres com mais de 35 anos na década de 2000. Na variável escolaridade, observa-se menos gestantes de nível superior na década de 2000. Também foram observadas diferenças significativas entre os locais de procedência das gestantes encaminhadas para a consulta de enfermagem obstétrica. Até a década de 1980 predominava mulheres oriundas de Porto Alegre, enquanto que a partir de 2000 a maior prevalência foi da região metropolitana e do interior do estado. As demais características sociodemográficas não apresentaram diferenças significativas entre as décadas.

Posteriormente, foram comparadas as características obstétricas (Tabela 2). Pode-se notar um aumento do número de gestações prévias na década de 2000, com diferença estatisticamente significativa quando comparada com as demais décadas. Também foram observadas diferenças significativas nas gestações de alto risco, sendo em maior número na década 2000. A média da idade gestacional na primeira consulta de enfermagem foi $22,85 \pm 8,36$ semanas, não apresentando diferença significativa entre as décadas ($p=0,193$), sendo que na década de 70 não havia esse registro na ficha. O número de consultas de enfermagem no pré-natal teve aumento significativo na década de 2000 assim como o número de ecografias solicitadas.

Tabela 1. Comparação das características sociodemográficas das gestantes na consulta de enfermagem entre as quatro décadas.

Características	Total n=1245	Décadas				p
		1970 208(16,7%)	1980 323 (25,9%)	1990 329(26,4%)	2000 385(30,9%)	
Idade	25,80±6,29	26,38±4,78	25,67±5,57	25,39±6,80	25,95±7,07	0,365*
≤15 anos	31(2,5)	----	3(0,9) ⁻	11(3,4)	17(4,4) ⁺	0,001**
16-35anos	1106(89,6)	195(94,2) ⁺	296(93,4) ⁺	288(88,1)	327(85,2) ⁻	
>35 anos	98(7,9)	12(5,8)	18(5,7)	28(8,6)	40(10,4) ⁺	
Escolaridade						
Fundamental	233(45,2)	----	----	89(42,6)	144(47,1)	0,008**
Médio	221(42,9)	----	----	84(40,2)	137(44,8)	
Superior	61(11,8)	----	----	36(17,2) ⁺	25(8,2) ⁻	
Profissão						
Do lar	193(34,5)	----	----	67(31)	126(36,6)	0,562**
Estudante	82(14,6)	----	----	32(14,8)	50(14,5)	
Empregada	274(48,9)	----	----	112(51,9)	162(47,1)	
Desempregada	11(2)	----	----	5(2,3)	6(1,7)	
Procedência						
Porto Alegre	837(69,3)	185(88,9) ⁺	234(74,3) ⁺	223(69,7)	195(53,4) ⁻	<0,001**
Grande Porto Alegre	329(27,2)	22(10,6) ⁻	78(24,8)	93(29,1)	136(37,3) ⁺	
Interior	42(3,5)	1(0,5) ⁻	3(1) ⁻	4(1,3) ⁻	34(9,3) ⁺	
Estado Civil						
Com companheiro	582(93,1)	----	----	238(91,9)	344(94)	0,308**
Sem companheiro	43(6,9)	----	----	21(8,1)	22(6)	

Nota: Variáveis contínuas estão apresentadas como média e desvio padrão e foram analisadas com ANOVA*. As variáveis categóricas estão apresentadas como frequência absoluta e relativa (%) e foram analisadas com o teste Qui-quadrado** e pelos resíduos ajustados, sendo que + indica as categorias onde os valores observados foram significativamente **maiores** do que o esperado e - indica os que foram **menores**.

Tabela 2. Comparação das características obstétricas e de atendimentos das gestantes entre as quatro décadas.

Características	Total n=1245	Décadas				P
		1970 208(16,7%)	1980 323 (25,9%)	1990 329(26,4%)	2000 385(30,9%)	
Prévias						
Gestações	2,02±1,35	1,82±1,15 ^a	1,79±1,07 ^a	2,01±1,47 ^a	2,34±1,48 ^b	<0,001*
Abortos	0,30±0,66	0,22±0,58 ^a	0,25±0,59 ^{ab}	0,34±0,72 ^{ab}	0,35±0,70 ^b	0,038*
Parto Normal	0,56±1,01	0,49±0,90 ^{ab}	0,43±0,82 ^a	0,54±1,08 ^{ab}	0,72±1,11 ^b	0,001*
Cesáreo	0,15±0,46	0,08±0,30 ^a	0,10±0,37 ^a	0,13±0,36 ^a	0,27±0,62 ^b	<0,001*
Atual						
Idade gestacional						
1º consulta (semanas)	22,85±8,36	---	19,25±6,45	23,42±8,37	22,51±8,36	0,193**
Gestação de alto risco	450(36,1)	43(20,7) ^a	100(31) ^b	104(31,6) ^b	203(52,7) ^c	<0,001***
Consultas de Enfermagem	1,76±1,02	2,63±1,52 ^a	3,11±1,59 ^b	3,23±2,09 ^b	4,04±2,29 ^c	<0,001**
Ecografias	3,35±2,01	---	0,23±0,46 ^a	0,89±0,86 ^b	2,02±1,14 ^c	<0,001**

Nota: Variáveis contínuas estão apresentadas como média e desvio padrão e foram analisadas com os testes Kruskal-Wallis* e ANOVA**. As médias com letras diferentes foram estatisticamente significativas pelo teste de Dunn e pelo teste de Tukey (p<0,05). As variáveis categóricas estão apresentadas como frequência absoluta e relativa (%) e foram analisadas com o teste Qui-quadrado*** e pelos resíduos ajustados, sendo que + indica as categorias onde os valores observados foram significativamente **maiores** do que o esperado e - indica os que foram **menores**.

Na tabela 3, encontram-se descritas as características do parto e do recém-nascido comparadas entre as décadas, nota-se que as diferenças significativas estão sempre relacionadas com a década de 2000 e que eram feitos poucos registros sobre o parto na década de 1970. Quanto aos tipos de partos, observa-se que ocorreram mais partos normais com episiotomia, porém quando comparados entre as décadas os partos com episiotomia diminuíram na década de 2000 e aumentaram os sem episiotomia e as cesáreas.

Em relação ao sexo dos recém-nascidos, foi encontrada diferença significativa, porém o valor de significância ficou próximo ao limite ($p=0,048$), o que pode ser associado ao fato de ter poucos registros na década de 1970.

Tabela 3. Comparação das características do parto e do recém-nascido (RN) entre as quatro décadas.

Características	Total n=1246	Décadas				p
		1970 208(16,7%)	1980 323 (25,9%)	1990 329(26,4%)	2000 385(30,9%)	
Tipo de parto						
Normal						
Sem episiotomia	107(16,3)	1(3,8) ⁻	38(16,1)	3(10,5)	45(25,7) ⁺	<0,001*
Com episiotomia	308(46,9)	20(76,9) ⁺	118(50)	111(50,5)	59(33,7) ⁻	
Uso de fórceps	44(6,7)	----	20(8,5)	19(8,6)	5(2,9) ⁻	
Cesariana	192(29,2)	5(19,2)	56(23,7) ⁻	65(29,5)	66(37,7) ⁺	
Dados do RN						
Sexo						
Masculino	347(51,6)	22(75,9) ⁺	119(50,2)	116(52,7)	90(48,4)	0,048*
Feminino	325 (48,4)	7(24,1) ⁻	118(49,8)	104(47,3)	96(51,6)	
Apgar						
1° minuto	576(46,3)	8,62±0,65	8,06±1,76	8,22±1,62	8,06±1,87	0,758**
5° minuto	554(44,5)	----	9,05±1,21 ^a	9,18±1,11 ^a	9,29±1,22 ^b	0,004**
Peso						
>2500	588(90,2)	25(92,5)	209(89,3)	199(92,1)	155(88,5)	0,612*
<2500	64(9,8)	2(7,5)	25(10,7)	17(7,9)	20(11,5)	

Nota: As variáveis categóricas estão apresentadas como frequência absoluta e relativa (%) e foram analisadas com o teste Qui-quadrado* e pelos resíduos ajustados, sendo que + indica as categorias onde os valores observados foram significativamente **maiores** do que o esperado e - indica os que foram **menores**. Variáveis contínuas estão apresentadas como média e desvio padrão e foram analisadas com os testes Kruskal-Wallis**. As médias com letras diferentes foram estatisticamente significativas pelo teste de Dunn.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostram que as características das gestantes atendidas em consulta de enfermagem no pré-natal modificaram-se ao longo do tempo e essas mudanças podem estar associadas com as políticas vigentes em cada período. Por isso, é válido discutir os resultados desse estudo fazendo um resgate cronológico das políticas públicas de saúde na assistência a saúde da mulher.

As políticas vigentes na década de 1970 para a assistência à mulher estavam em transformação com a criação do Programa de saúde materno-infantil, que enfocava ações voltadas ao pré-natal, parto e puerpério, tendo como critério a relação risco e classe social. Na ocasião, a prioridade era assistência ao mais pobre, porém as ações ainda eram incipientes e a mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada. Somente no final da década de 1970 foi que os movimentos sociais se articularam e pressionaram o governo a formular e executar programas com estratégias voltadas à atenção materno-infantil. O interesse pelo tema saúde da mulher crescia no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também nos movimentos sociais organizados (NETO, 2008).

Posteriormente, já na década de 1980, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) foi implantado, sendo pioneiro no cenário mundial ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral e não mais a utilização de ações isoladas de planejamento familiar. O cenário da atenção à mulher no Brasil começa a mudar nesse período com a distribuição de documentos técnicos para as secretarias estaduais que iriam nortear as chamadas “ações básicas de assistência integral a saúde da mulher”, tornado o atendimento sistemático e baseado em conhecimentos científicos (OSIS, 1998). Isso se torna perceptível nos registros da ficha obstétrica uma vez que, no final dessa década, a ficha foi reformulada, passando a conter mais dados sociodemográficos e clínicos, como por exemplo, a idade gestacional, pressão arterial, altura uterina, circunferência abdominal e colo uterino.

Na década de 1990, as conquistas na área da saúde da mulher só progrediram. Nessa época inicia um movimento pela redução de cesáreas desnecessárias. Em 1998, com a Portaria 2816, foi implementado um aumento de

160% na remuneração do parto normal, e instituído o pagamento de analgesia de parto para coibir o abuso das cesarianas (BRASIL,2000^a). Nos resultados encontrados na pesquisa, é possível constatar que nas décadas de 1990 e 2000, o número de cesáreas foi significativamente maior que nas outras décadas. Considerando que o HCPA é hospital de referência para gestação de risco, o aumento dos partos cesarianos pode estar relacionado ao maior número de gestantes de alto risco que também cresceu significativamente nestas décadas, coerente com a política vigente.

Também em 1998, com a Portaria 2815, institui-se a remuneração de enfermeiras no atendimento ao parto eutócico e o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, incentivando a inclusão destes profissionais nesta prática. Assim, a discussão e a reflexão sobre a situação da enfermagem no contexto político-social brasileiro (BRASIL, 1998^b) somado as determinações da portaria 2817 podem ter influenciado no aumento significativo do número de consultas de enfermagem em pré-natal na década de 2000, o que está de acordo com os achados da pesquisa.

Na década de 2000 foi lançado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria 569, que previa o incentivo à assistência ao pré-natal, estimulando os estados e municípios a realizarem o acompanhamento completo das gestantes. Esta Portaria institui a classificação de risco gestacional, garantindo o atendimento destas gestantes em unidades de referência ambulatorial ou hospitalar. Prevê um mínimo de seis consultas durante o pré-natal e, pelo menos, uma consulta de puerpério (BRASIL, 2000^b). Essas medidas acabaram por modificar o perfil das gestantes atendidas no HCPA, como pode ser observado nos resultados encontrados. Pode-se constatar, através dos registros das fichas, uma modificação nas características demográficas, clínicas e no atendimento na década de 2000. Ocorreu um aumento da faixa etária considerada de risco (menores de 15 anos e maiores de 35 anos), no número de gestantes de alto risco, bem como o local de procedência observada através do aumento de gestantes oriundas do interior do estado e da região metropolitana. O HCPA firma-se como hospital de referência para gestação de risco não tendo exclusivamente como critério a territorialidade prevista nos princípios do SUS, mas reafirmando o princípio de hierarquização, por diferenciar as demandas mais complexas para as instituições hospitalares de nível

terciário. Também há o aumento da média de consultas de enfermagem na década de 2000 em comparação com as décadas anteriores, o que está relacionado com o PHPN e sua normalização das seis consultas mínimas de pré-natal.

Em 2004, emergiu a proposta que prioriza a promoção da saúde, por meio da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), esta nova política foi formulada tendo como base a avaliação de políticas anteriores buscando preencher as lacunas deixadas, como o climatério, infertilidade, reprodução assistida, doenças infecto-contagiosas, portadoras de doenças crônicas, mulheres vivendo com HIV/aids, entre outras, dando ênfase nos campos dos direitos sexuais e reprodutivos e na melhoria da atenção obstétrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De fato, é perceptível o impacto da implantação das leis e políticas públicas voltadas para a saúde da mulher que ocorreram na década de 1980, intensificaram-se ao longo da década de 1990, estendendo-se até os anos 2000. Contudo, as modificações na prática clínica ocorreram gradativamente, comprovando que para a instituição das leis é necessário uma mudança de paradigma que exige firmeza e constância dos gestores e que esse é um processo lento. Segundo Rattner (2009), um problema que influencia nesse processo é que as mudanças preconizadas pelas políticas estão ocorrendo basicamente no sistema de saúde, enquanto o sistema formador continua preparando profissionais dentro do modelo intervencionista, considerado inadequado.

Cabe ressaltar que esse estudo foi baseado em informações obtidas das fichas obstétricas preenchidas pelas enfermeiras durante as consultas e, por isso, trata-se de uma análise de dados secundários, sendo uma limitação.

A utilização de uma ficha que contenha as principais informações da gestação foi descrita no PHPN, ganhando o nome de ficha perinatal. Descrita como um instrumento de registro dos dados obtidos em cada consulta para uso dos profissionais de saúde da unidade que contenha os principais dados de acompanhamento da gestante, do parto, do recém-nascido e do puerpério (BRASIL, 2000^b). Portanto, o uso da ficha obstétrica durante a consulta facilita o acesso rápido às principais informações sobre a gestante, agilizando, durante a consulta e até mesmo fora do horário agendado, a identificação de problemas e a tomada de decisões. Entretanto, numa consulta que tem duração de, em média, 30 minutos, o preenchimento dos mesmos dados em diversos locais (carteira da gestante, ficha

obstétrica e prontuário) acaba por tornar a consulta burocrática, diminuindo assim o tempo para a interação da enfermeira com a gestante, podendo comprometer a qualidade do atendimento. A precisão dos registros também pode ficar prejudicada considerando a repetição dos mesmos dados em diferentes locais.

Finalmente, é importante reiterar a necessidade do adequado registro e a facilidade de acesso aos mesmos, para que a assistência prestada durante e após a gestação seja de qualidade, assegurando assim os direitos da gestante.

7 CONCLUSÕES

Considerando os resultados deste estudo, é possível verificar que as características das gestantes atendidas em consulta de enfermagem no pré-natal modificaram-se ao longo do tempo, assim como, o atendimento realizado por enfermeira obstétrica em consulta ambulatorial, mantendo-se vinculado às demandas das usuárias e às determinações legais.

Evidentemente, as conclusões com base no registro de fichas devem ser observadas com cautela, o que não diminui a importância por tratar-se de um resgate histórico de uma modalidade de atenção preconizada à saúde materna-infantil. Cabe salientar, ainda, que o desenvolvimento e evolução do cuidado de enfermagem ocorreram em uma instituição de ensino, colaborando também na formação de recursos humanos dentro da realidade social e política.

Podemos concluir que a enfermagem obstétrica ambulatorial faz parte da história institucional do Hospital de Clínicas e vem adaptando-se às determinações e exigências embasadas pelo método científico, além do legal.

As políticas de atenção à saúde da mulher, formuladas nacionalmente através de amplas e complexas discussões, trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação do cuidado em pré-natal. Trata-se de um processo dinâmico que acompanha as transformações da sociedade, e, por isso, é contínuo, devendo ser estudado e discutido com mais frequência no meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003. p.13-36.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 1.ed. Florianópolis: Bernúncia, 1998.

BRASIL. **Assistência Integral à saúde da mulher**. Bases de ações programáticas. Brasília: Centro de Documentação, 1984. 82p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1986, p. 9273-75. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 20 mar. 2011.

_____. Portaria GM/MS n 2815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. p.47. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

_____. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. Brasília, 2000. 56p. Disponível em: <<http://repositorio.aev.edu.br/files/5c52442ad4a2bce9eca4176c2bf3.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em: 27 out. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 16 out. 2010.

_____. Portaria GM/MS n.466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimento no âmbito do Estado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun, 2000^a, p.43. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm>. Acesso em: 20 mar. 2011.

_____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 18 ago, p.112, 2000^b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2010

_____. Ministério da Saúde. **Gestante de alto Risco**: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto Risco. Ministério da Saúde – Secretária Executiva. Brasília, 2001. 32p. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/03052010/2001_gestantes.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde – Secretária Executiva. Brasília, 2010. 302p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4. ed. Brasília, 2002.150p. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriald=2&id=47&pagina=1&id=44&>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.b/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2010.

BUCHABQUI, J. A.; ABEICHE, A. M.; BRIETZKE, E. Assistência pré-natal In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**, 4. ed. Porto Alegre: Artemed, 2001. p.23-27.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação e prática clínica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CASTRO, I.B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 76-94, out/dez. 1975.

CRUZ, M. E. C. **Assistência pré-natal em Fortaleza: estudo através da ótica da gestante e dos profissionais de saúde**. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2000.

CRUZ, D.A.M. **Contribuição do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira: o uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. Série Didática: Enfermagem no SUS, 1997.

DIÓZ, M. **Entre mudanças e incertezas: assistência pré-natal na perspectiva da integralidade**. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 1998.

ESPIRITO SANTO, L.C; MORETTO, V.L. Pré-Natal. In: OLIVEIRA, D.L. (org) **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula**. 1 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. p. 109-37.

GRADY, D; HEARST, N. Usando base de dados existentes. In: **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 225-39.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KLÜCK, M. ; GUIMARÃES, J. R. ; SILVEIRA, I. P. ; VIEIRA, D. F. **O prontuário de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Gráfica do HCPA, 2003 (Manual).

LIMA, M.G. **Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal**. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2006.

LIMA, Y. M. S. **Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação do cliente**. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MARCON, S. S. **Assistência pré-natal: um estudo etnográfico**. 1990. 272f. (Tese Livre-Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

MCCLOSKEY, J.; BULECHECK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NETO, E.T.S; et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p.107-19, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION (org). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação – (2009/2011)**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OLIVEIRA, J. H. F. **Necessidades assistências de saúde da gestante adolescente ao buscar a consulta de enfermagem na unidade básica**. v.1 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

OSIS MJM. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.14, supl.1, p. 25-32,1998.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Comunicação Saúde Educação**. v.13, p.759-68. Brasília, 2009

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

SANTOS, B.R.L.; PASKULIN, L.M.G.; CROSSETI, M.G.O. Consulta de Enfermagem: sistematização do cuidado. In: TASCA, A.M et al. (org). **Cuidado Ambulatorial: consulta de enfermagem e grupos**. Rio de Janeiro: EPU. 2006. p. 21-28.

TASCA, A.M.; SANTOS, B.R.L.; PASKULIN, L.M.G.; ZÁCHIA, S. **Cuidado Ambulatorial: consulta de enfermagem e grupos**. Rio de Janeiro: EPU, 2006.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social**. Porto Alegre: RM e L gráfica, 1996.

WEED, L. **Medical records, medical education and patient care**. *Irish Journal of Medical Science*, v. 6, p. 71-82, jun. 1967

ANEXO 1 – Ficha obstétrica

 HOSPITAL DE CLÍNICAS <small>PARANÁ 1906</small>	Serviço de Enfermagem em Saúde Pública	TIPO DE GESTAÇÃO <table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
Sobrenome: _____ Reg.: _____ Idade: _____ Estado-Civil: _____ Profissão: _____ Instr.: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Fone: _____ Renda: _____ Companheiro: _____ Idade: _____ Instr.: _____ Profissão: _____ Peso Inicial: _____ Altura: _____ DUM: _____ DPP: _____ G _____ P _____ Ab _____ Cesáreas _____														
Data Nasc.	Sexo	Peso	Apgar	Intercorrências										
VAT <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantas doses? _____ Há quanto tempo? _____ Esquema Vacinação Atual: 1ª Dose _____ 2ª Dose _____ 3ª Dose _____ Ref.: _____ Atividade Física: Antes da Gestação: _____ Atual _____ Curso Preparo parto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Onde? _____ Quando? _____														

Frente

Data	IG	Peso	PA	AV/CA	BCF	Edema	Apresent.	Colo	Problemas Identificados / Observações / Conduta

Verso

ANEXO 2 – Carta de Aprovação COMPESQ Escola de Enfermagem

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

TCC GRAD.: 41/2010

Versão Mês: 12/2010

Pesquisadores: Ana Gabriela B. Marques e
Profa. Elizeth Paz da Silva Heldt

Título: CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-NATAL: COMPARAÇÃO
DAS ÚLTIMAS QUATRO DÉCADAS EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 10 de dezembro de 2010.

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS

ANEXO 3 - Carta de Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100606

Versão do Projeto: 09/02/2011

Pesquisadores:

SUZANA DE AZEVEDO ZACHIA

MARIA LUIZA SOARES SCHMIDT

ANA GABRIELA BATISTA MARQUES

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

Título: CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-NATAL: COMPARAÇÃO DE QUATRO DÉCADAS EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 17 de fevereiro de 2011.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA