

DESEMPENHO PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL***THE PROFESSIONAL PERFORMANCE IN THE NURSING PRENATAL ASSISTANCE******DESEMPEÑO PROFESIONAL EN LA ASISTENCIA DE LA ENFERMAGEM EN LO PRENATAL***ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA¹MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES²

O presente trabalho avalia o desempenho de enfermeiras na assistência pré-natal, em uma microrregião de saúde do Estado do Ceará (Baturité). Os dados foram levantados nos meses de junho de 1999 (04 municípios) e fevereiro de 2000 (04 municípios). A amostra constituiu-se de oito enfermeiras (01 de cada município), tendo sido observadas vinte e quatro consultas. Utilizamos a observação participante, como técnica de pesquisa. Os resultados demonstraram o bom desempenho das enfermeiras, levando-nos a reconhecer a grande contribuição dessas profissionais para a saúde do binômio mãe e filho. No entanto, foi constatada ausência de uma sistematização da assistência de enfermagem.

UNITERMOS: *Enfermagem, Cuidado pré-natal.*

The present work evaluates nurses' performances in the prenatal assistance, in the health of a very small of Ceará State (Baturité). Data were collected, in 1999, in the June (04 municipal districts) and 2000, in February (04 municipal districts). The sample was constituted of eight nurses (01 from each municipal district) and twenty-four consultations were observed. We used the participant observation, as research method. The results demonstrated a good nursing performance; It made us recognize those professionals' great contribution to the binomial mother/child health. However, it was verified an absence of the nursing systematic assistance.

KEY WORDS: *Nursing, Prenatal care.*

El presente trabajo investiga el desempeño de las enfermeras en la asistencia prenatal, en una micro región de salud de Estado de Ceará (Baturité), en los meses de junio de 1999 (04 municipio) y febrero de 2000 (04 municipios). La muestra fue compuesta de ocho enfermeras (01 por municipio) y fueron observadas veinticuatro consultas. Utilizamos la observación participante, como método de investigación. Los resultados evidenciaron un buen desempeño de las enfermeras, teniéndose que reconocer la gran contribución de las profesionales para la salud del binomio madre-niño. Pero, se observó ausencia de sistematización de la asistencia de enfermería.

PALABRAS CLAVES: *Enfermería, Atención prenatal*

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Assessora técnica da Secretaria de Saúde do Ceará. escol@fortalnet.com.br

² Enfermeira. Profa. Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Dra. em Filosofia da Enfermagem. socorro@ufc.br

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal consiste no acompanhamento médico e de enfermagem que se faz à gestante, devendo ter início a partir da concepção e estender-se até o início do trabalho de parto. Sua finalidade é a de prevenir, controlar e ou tratar as intercorrências que surjam na gestação, por meio da avaliação e do monitoramento clínico-obstétrico, que deve ser periódico e contínuo (CARVALHO, 1990; SCHWARCZ et al., 1996).

O Ministério da Saúde (MS) enfatiza que a consulta pré-natal, em geral, envolve cuidados simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se à identificação das queixas e necessidades das gestantes através de uma escuta ativa, bem como oferecer apoio de natureza biológica, emocional e social. Ademais, enfoca a importância de se estabelecer uma relação de confiança com a mulher, promovendo a aquisição de autonomia por parte da mesma, no sentido de que esta experiencie a maternidade com maior segurança e capacidade de se autocuidar (BRASIL, 2000). A esse respeito, Ziegel e Cranley (1985) afirmam que a enfermeira tem uma participação importante no acompanhamento das gestantes no que tange à orientação quanto à evolução da gravidez e do preparo para o trabalho de parto, parto e cuidados com a criança. Desta forma, fica evidenciado o aspecto da atenção integral que deve ser garantida no acompanhamento à gestante.

Como estratégia para melhorar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal o MS estabeleceu o Programa de Humanização ao Pré-natal, Parto e Nascimento, em vigor a partir de 01/06/2000 através da portaria no.569GM/MS. A referida portaria torna as consultas de enfermagem no pré-natal e no puerpério, procedimentos faturáveis e notificáveis, através dos códigos 01.022.14-8 e 01.022.15-6, da tabela SIA/SUS (DIÁRIO OFICIAL, 2000). É importante destacar que, mediante adesão dos municípios ao programa, estes terão que realizar os seguintes procedimentos, por ocasião do atendimento pré-natal:

Realizar a 1ª consulta pré-natal até o 4º mês da gestação; realizar, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º trimestre da gestação; realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; realizar os exames laboratoriais mínimos

(ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; urina (elementos normais e sedimentos), um exame na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta e testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50.000 hab); aplicação de vacina antitetânica; realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional; e garantir referência à gestação de alto risco.

No Ceará, na década de 90, observou-se uma maior participação da enfermeira na assistência pré-natal. Esse fato ocorreu em decorrência de dois fatores principais: 1) implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pioneiro no Ceará, que tem a enfermeira como principal supervisora municipal; e 2) implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que tem a enfermeira como membro da equipe. Portanto, a enfermeira está cada vez mais próxima da comunidade, com co-responsabilidade pela saúde da população adstrita, incluindo em suas atividades, a consulta de enfermagem no pré-natal. Podemos destacar, portanto, a assistência de enfermagem no pré-natal como objeto desse estudo, por sua relevância para a saúde da mãe e do conceito, particularmente no nível primário de atenção, no qual podem ser atendidas em torno de 85% das necessidades dessa clientela, através dos cuidados prestados por enfermeiros.

Diante do exposto, consideramos significativo realizar o presente trabalho, estabelecendo como objetivo avaliar o desempenho de enfermeiras na assistência pré-natal.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, realizado na microrregião de saúde (MR) de Baturité, a 4ª das 21 microrregiões que compõem o Estado do Ceará. A amostra foi constituída por 08 enfermeiras, sendo 01 de cada município. Os dados foram colhidos em 02 etapas: a primeira em junho de 1999, em 04 municípios; e a segunda em fevereiro de 2000, em outros 04 municípios. Como técnica de coleta de dados foi realizada a observação estruturada, que de acordo com Cruz Neto (1995), faz-se através do contato

direto do pesquisador com o fenômeno observado, com o intuito de obter informações desejadas sobre a totalidade do contexto da realidade dos sujeitos pesquisados, em seus princípios e particularidades.

O desempenho de cada enfermeira foi avaliado por ocasião da realização de três consultas de enfermagem à gestante. A observação foi orientada pelos passos do Instrumento de Reconhecimento da Qualidade (IRQ), apresentado no Quadro 01 a seguir e que faz parte do Projeto de Qualidade (PROQUALI):³

QUADRO 1 – INSTRUMENTO DE RECONHECIMENTO DA QUALIDADE

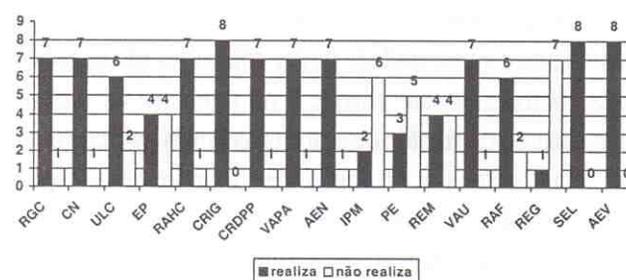
CRITÉRIO OBSERVADO	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	Sim ou Não	COMENTÁRIOS
A enfermeira realiza o atendimento pré-natal de maneira adequada	<ul style="list-style-type: none"> • Observar em 03 consultas, se a enfermeira: • Recebe a gestante cordialmente • Conversa sobre necessidades e preocupações • Utiliza linguagem clara • Estimula perguntas • Realiza e/ou atualiza história clínica • Calcula e/ou revisa idade gestacional • Calcula e/ou revisa data provável de parto • Verifica e/ou avalia pressão arterial • Avalia estado nutricional • Inspecciona pele e mucosas • Pesquisa edema • Realiza exame clínico das mamas • Verifica altura uterina • Realiza ausculta fetal • Realiza exame ginecológico • Solicita exames laboratoriais • Avalia esquema vacinal de antitetânica 		

O IRQ apresenta, portanto, critérios de qualidade para a atuação de enfermeiras na atenção às gestantes. Por ocasião da observação, registrou-se na coluna correspondente a “Sim ou Não” a realização ou não realização dos procedimentos. Para essa avaliação tomou-se por base a forma de contagem de pontos adotada pelo PROQUALI, na qual o item só é considerado realizado adequadamente, se este obtiver um “Sim” nas três consultas. Os aspectos éticos da pesquisa foram contemplados, uma vez que houve o pedido de consentimento de todos os sujeitos para a participação no estudo, como também, foram assegurados aos participantes, o sigilo e o anonimato de suas falas e exposições.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados no Gráfico 01, foram analisados à luz da literatura pertinente ao assunto, atendendo-se, predominantemente, às normas técnicas propostas pelo MS.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ENFERMEIRAS CONFORME OS CRITÉRIOS DE QUALIDADE À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. MICRORREGIÃO DE BATURITÉ, CEARÁ, BRASIL, 1999/2000.



RGC = recebe a gestante cordialmente, CN = conversa sobre necessidades e preocupações, ULC = utiliza linguagem clara, EP = estimula a gestante a fazer perguntas, RAHC = realiza e/ou atualiza história clínica, CRIG = calcula e/ou revisa idade gestacional, CRDPP = calcula e/ou revisa data provável de parto, VAPA = verifica e/ou avalia pressão arterial, AEN = avalia estado nutricional, IPM = inspeciona pele e mucosas, PE = pesquisa edema, REM = realiza exame das mamas, VAU = verifica altura uterina, RAF = realiza ausculta fetal, REG = realiza exame ginecológico, SEL = solicita exames laboratoriais, AEV = avalia esquema vacinal.

O Gráfico acima mostra os vários itens sobre os quais incide a avaliação da assistência de enfermagem à gestante, conforme descritos na legenda. Demonstra que 07 enfermeiras da amostra (87,5%) receberam a gestante com simpatia, tratando-a pelo nome e estabelecendo uma relação de confiança e apoio; apenas 01 enfermeira recebeu a gestante de forma inadequada, isto é, *cabisbaixa, já dando início à revisão da ficha perinatal*. Avaliamos que atitudes dessa natureza podem contribuir para afastar as gestantes do pré-natal, além do que poderá bloquear sua participação na consulta. Sobre essa questão, o MS ressalta que, na assistência pré-natal, está implícita a valorização do acolhimento e da interação entre profissional-gestante na perspectiva de alcance da humanização da atenção (BRASIL, 2000).

No que diz respeito à identificação das necessidades das gestantes, bem como a conversação direcionada a es-

³ O PROQUALI foi uma parceria da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) com 03 agências de cooperação internacional: Program for international Education in Reproductive Health (JHPIEGO), Management Sciences for Health (MSH) e Center for Communication on Programs (CCP), visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, no nível primário de atenção (Ceará, 1999).

sas necessidades, dúvidas e preocupações, 07 enfermeiras (87,5%) se detiveram nesse cuidado. A linguagem clara foi aplicada por 06 enfermeiras (75%). Quatro delas (50%), estimularam a gestante a se colocar como elemento ativo na consulta e fazer indagações. A esse respeito, uma avaliação de impacto (1993-1997), realizada no Ceará, constatou que existe um melhor relacionamento das enfermeiras com as gestantes, em comparação ao que acontece com outros profissionais; também foi identificada uma mais completa troca de informações enfermeira-gestante, por ocasião das consultas (CEARÁ, 1998).

Sobre estimular as gestantes a fazerem perguntas, identificamos a necessidade de ser concedida maior ênfase pelas enfermeiras, até porque é na mudança de postura das gestantes, no sentido de se tornarem mais participativas, que vamos obter um resultado mais objetivo e de melhor qualidade das consultas. A maioria das gestantes teve uma postura passiva, isto é, foram ouvintes no decorrer da consulta. Este fato pode estar associado com o baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconômico dessas mulheres, bem como a fatores culturais, o que pode acarretar menor resposta à participação; a desorganização dos serviços que contribuem para altas demandas, diminuindo o tempo de contato do enfermeiro com a cliente; ou, até mesmo, a uma provável e simbólica relação de poder, estabelecida entre profissionais da saúde e clientes. O MS enfatiza a importância da enfermeira dedicar-se mais à escuta das demandas da gestante, transmitindo-lhe, nesse momento, o apoio e a confiança de que precisa para se fortalecer e conduzir, com maior autonomia, a gestação e o parto. Acrescenta, ainda, que as questões trazidas pelas gestantes devem ser ouvidas com atenção, pois determinados fatos, que possam parecer elementares para quem escuta, podem representar um problema sério para quem os apresenta (BRASIL, 2000).

Chamamos atenção sobre a importância da realização de diagnósticos, prescrições e evoluções de enfermagem, no decorrer das consultas, uma vez que são elementos inerentes à legitimação da prática do enfermeiro. Observamos inúmeras oportunidades perdidas para o estabelecimento desses passos da sistematização da assistência. Curiosamente, nos prontuários, não havia registros que fizessem menção a esses elementos da consulta de enfermagem, ou seja, características definidoras e fatores determinantes dos problemas de enfermagem.

O histórico de enfermagem, em que pese ter sido realizado por 07 enfermeiras da amostra (87,5%) preocupa, pois a maioria das enfermeiras não interpreta adequadamente os achados da história clínica, o que dá um caráter mecânico à atividade. O MS chama a atenção dos profissionais, no sentido de que se pesquisem cuidadosamente os fatores de risco gestacional, em todas as consultas de pré-natal, favorecendo o adequado manejo da gestante para serviço especializado, quando for o caso (BRASIL, 2000a).

A idade gestacional (IG) foi calculada, adequadamente, por 08 enfermeiras (100%). A maioria avaliou e discutiu esse dado, com as gestantes. Sabe-se que a IG é indispensável para a avaliação do estado nutricional da gestante, avaliação do crescimento fetal e outros parâmetros da evolução da gravidez, além de ser uma informação de interesse das gestantes.

A data provável do parto (DPP) foi calculada e discutida com as gestantes, por 07 enfermeiras (87,5%). É importante que a gestante esteja segura dessa informação, que poderá ser-lhe útil para seu planejamento quanto ao parto e puerpério, junto à família, ao trabalho e à própria comunidade (pessoas de apoio). É também um parâmetro importante para que a enfermeira atente para a possibilidade de parto prematuro ou pós-maturo.

A verificação da pressão arterial (PA) das gestantes, foi realizada por auxiliares de enfermagem ou pessoa treinada, cabendo à enfermeira interpretar o achado da mensuração. Uma das unidades não disponibilizou o esfigmomanômetro (o único do serviço apresentava defeito há mais de uma semana). Lima; Araújo e Moreira (2000) constataram precariedade e escassez de tensiômetros, bem como necessidade de acompanhamento e de educação continuada, para os profissionais de nível médio, a fim de que os mesmos possam realizar o procedimento, com o devido rigor técnico. Essa observação foi feita ao estudarem o conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem, quanto à verificação da P.A., em um hospital público de Fortaleza. Corroboramos com as referidas autoras, tendo em vista que, realizando supervisão em unidades básicas de saúde, presenciamos várias falhas na verificação da P.A. (paciente posicionado de forma inadequada, ambiente com elementos estressores, barulho excessivo, aparelhos com defeito, dentre outras). Recordamos, inclusive, de um caso em que uma auxiliar de enferma-

gem registrou no cartão da gestante P.A. 90/60mmHg, quando, na verdade, era 180/120mmHg. Nesse contexto, alertamos para o fato de que, quando a clientela é constituída por gestantes, o rigor técnico na verificação da P.A. deve ser ainda maior, pois a hipertensão arterial representa a 1ª causa de óbito materno no Ceará e no País (CEARÁ, 2000). Portanto, é relevante a participação da enfermeira na verificação da P.A. e na supervisão do pessoal auxiliar. Sobre a avaliação da P.A., as enfermeiras utilizaram, como parâmetro, valores da pressão sistólica, iguais ou superiores a 140mmHg, e valores da pressão diastólica iguais ou superiores a 90mmHg. Vale acrescentar que o MS apresenta um segundo parâmetro para avaliação da P.A.: o de controlar se os valores da pressão sistólica e diastólica, tiveram um aumento igual ou superior a 30mmHg e 15mmHg, respectivamente.

A avaliação do estado nutricional da gestante, deve contar com o auxílio do nomograma e do gráfico aumento de peso x idade gestacional. Esta foi realizada por 07 das enfermeiras (87.5%). Observou-se que diante do déficit nutricional, as enfermeiras ofereceram orientação quanto à alimentação, de maneira significativa. No entanto, foi uma orientação empírica, uma vez que não levaram em conta os fatores individuais da gestante, bem assim o conhecimento dos principais nutrientes presentes nos alimentos recomendados. Destacamos que o ganho insuficiente de peso, poderá estar associado à pouca ingestão de alimentos (possivelmente em razão do baixo nível sócio-econômico); ao crescimento intra-uterino retardado; à hiperêmese gravídica; infecções; as parasitoses; às anemias e outras doenças debilitantes. Já o aumento excessivo de peso materno pode estar associado a macrossomia fetal, polidrâmnio, edema e gravidez múltipla (BRASIL, 2000). Nesses casos, portanto, a enfermeira deve encaminhar as gestantes para consulta médica.

A inspeção de pele e mucosas foi realizada por apenas 02 das enfermeiras (25%). No entanto, é um procedimento que constitui uma observação importante, pois dentre outros aspectos poderá permitir identificar um achado clínico relacionado ao diagnóstico da anemia ferropriva que responde por mais de 90% das anemias na gestação, pelo que podem acarretar retardo do crescimento fetal e levar a um trabalho de parto prematuro (SANTOS et al., 1998). Daí, ser indispensável a realização dessa pesquisa clínica pelas enfermeiras.

O edema, ocorrência que tem estreita associação com o quadro de pré-eclâmpsia e eclâmpsia foi pesquisado por apenas 03 das enfermeiras (37.5%). A pesquisa de edema deve incluir: localização e características do edema; associação do edema com a postura; período do dia em que o edema ocorre; aumento de temperatura corporal ou localizada; se há associação com o tipo de calçado; se o edema está limitado aos membros inferiores; associado ou não à hipertensão ou aumento súbito de peso, dentre outros. No caso de edema generalizado (face, tronco e membros), ou que se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso, a gestante deve ser então referenciada para pré-natal de risco (BRASIL, 2000).

Considerando que o pré-natal é um momento de preparação para a amamentação, é fundamental o exame clínico das mamas, com o objetivo de identificar anormalidades de papila, bem assim favorecer o autoconhecimento e o autocuidado. Nesse sentido, 04 das enfermeiras (50%) realizaram o exame.

A medida da altura uterina e seu registro no gráfico de altura uterina x idade gestacional foi realizada por 07 das enfermeiras (87.5%), sem porém terem realizado a análise dos respectivos achados. Tal análise é recomendada pelo MS como sendo de grande importância para o monitoramento do crescimento fetal, uma vez que, quando encontrada acima do percentil 90, pode indicar erro de idade gestacional, possibilidade de polidrâmnio, macrossomia fetal, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose uterina e obesidade; se abaixo do percentil 10, pode sinalizar erro de idade gestacional, possibilidade de feto morto, oligoâmnio ou retardo de crescimento intra-uterino (BRASIL, 2000).

Quanto à ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF), 02 enfermeiras não a fizeram, sob a alegação de que não se sentiam seguras para tanto. Essa foi realizada por 06 das enfermeiras (75%), que, no entanto, não mensuraram a frequência dos BCF, registrando apenas sua presença com o sinal (+). É importante ressaltar que a ausculta fetal é possível, com a utilização do estetoscópio de Pinard, a partir de IG ³ 24 semanas e com o Sonar, a partir de 12 semanas; nesses casos, a frequência cardíaca fetal, considerada normal, está entre 120 e 160 batimentos cardíofetais (BCF), por minuto. Quando os BCF se mostram não audíveis, é importante

atentar para um possível erro na idade gestacional; há que considerar, também, condições desfavoráveis a uma boa ausculta a obesidade materna, dificultando a identificação do dorso fetal. Sabe-se, ainda, que havendo constatação dos movimentos fetais e de crescimento uterino, deve ser instalada conduta para pré-natal normal. Caso contrário, a gestante deve ser referenciada para consulta médica (BRASIL, 2000).

Apenas 01 enfermeira (12,5%) realizou exame ginecológico e colheita de Papanicolaou, por ocasião da consulta. Esse dado merece toda atenção das enfermeiras pois para muitas mulheres, principalmente as de zona rural, a vinda à unidade de saúde é cercada por dificuldades. É, portanto, um dever profissional, otimizar a vinda da gestante à unidade de saúde, oferecendo-lhe uma assistência integral. Algumas enfermeiras atribuíram a não realização do exame ginecológico à rotina da unidade de só oferecer o exame em dia específico, o que não justifica tamanha omissão; outras atribuíram à falta de recursos materiais, o que pareceu ser um problema relativo. O que existe, nesse sentido, é o acondicionamento inadequado do material; espéculos e pinças são acondicionados em caixa metálica única, destinada para um único consultório. Se, ao invés disso, fossem acondicionados em pacotes individuais, daria, perfeitamente, para dividir o material com demais profissionais. Uma enfermeira relatou a impossibilidade de realizar o exame porque a caixa metálica não podia ser aberta, para não contaminar o material que estava sendo encaminhado a uma localidade. Essa conduta é equivocada, pois não haveria qualquer risco em se utilizar um espéculo e encaminhar os demais para o atendimento programado.

No que tange aos exames laboratoriais, esses foram solicitados por 100% das enfermeiras. Constatamos, porém, uma certa morosidade na realização dos exames, tanto assim que as gestantes de consulta mensal subsequente, não estavam de posse dos seus resultados. Observamos, ainda, que exames a serem repetidos no último trimestre de gravidez, não estão sendo feitos.

No manejo do esquema vacinal contra o tétano, 08 das enfermeiras (100%) tiveram excelente desempenho. Este resultado contribui com o indicador de vigilância epidemiológica do tétano neonatal – 2000, do Ceará, em que apenas 01 caso foi notificado, contra 03 casos em 1997, 09 casos em 1998 e 11 casos em 1997 (CEARÁ, 2001).

CONCLUSÃO

Analisando o desempenho das enfermeiras, na assistência pré-natal, constatamos que 11 dos 17 passos (65%) que integram, normativamente, sua atuação, foram realizados por 07 a 08 das enfermeiras (87,5 a 100%). Incluem-se nisso: receber a gestante cordialmente; identificar e conversar sobre as necessidades, dúvidas e preocupações; realizar histórico de enfermagem; calcular e/ou revisar idade gestacional e data provável de parto; verificar e/ou avaliar a pressão arterial; avaliar o estado nutricional; verificar a altura uterina e avaliar o crescimento fetal; auscultar os batimentos cardíacos; solicitar os exames laboratoriais e avaliar o estado vacinal contra o tétano. Outros 03 passos foram cumpridos por 04 a 06 das enfermeiras (50 a 75%): utilizar linguagem clara; estimular a gestante a fazer perguntas e realizar exame clínico das mamas. Os procedimentos menos realizados, foram: exame ginecológico (realizado por apenas 01 enfermeira (12,5%)); inspeção da pele e mucosas (realizado por 02 enfermeiras (25%)) e pesquisa de edema (realizado por 03 enfermeiras (37,5%)). Esses resultados demonstram um bom desempenho das enfermeiras na assistência pré-natal, valendo ser destacada a grande contribuição que essas profissionais prestam à saúde do binômio mãe/filho nessa microrregião de saúde.

Constatamos, porém, que há necessidade de implementar o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem, elementos específicos da consulta de enfermagem. Esse fato, talvez esteja relacionado, à própria proposta do PAISM, disseminada através de protocolo único, para médicos e enfermeiras, não retratando a especificidade da consulta de enfermagem.

Outro aspecto, que também merece destaque, diz respeito ao IRQ do PROQUALI, quando se observa que em nenhum passo está presente a especificidade da consulta de enfermagem. A servir de reflexão, deixamos, portanto, a questão do envolvimento das enfermeiras, com as funções específicas da consulta de enfermagem. Essas constatações reforçam Sêpulveda (2000), quando considera que ainda não está sendo possível elucidar alguns obstáculos na prática da enfermagem, ao exemplo de: caracterização do papel da enfermeira; definição de suas funções específicas; e divergências existentes quanto à

prática da consulta e à prática da execução do parto e dos cuidados pela enfermeira. Há, portanto, a necessidade de maior empenho, por parte de todas as enfermeiras, na otimização do desempenho profissional, na consulta de enfermagem no pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3.ed. Brasília, 2000. 66p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília, 2000a. 164p.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **II Análise situacional da saúde reprodutiva no Ceará**: avaliação de impacto 1993-1997. Fortaleza: Population Council/USAID, 1998. 43p.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Saúde. **Informe tétano neonatal**. Fortaleza, 2000.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Saúde. **Núcleo de Epidemiologia**. Fortaleza: 2000.
- CARVALHO, G. M. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: EPU, 1990. 117p.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, cap. 3. p. 51-66.
- LIMA, F. E. T.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M. **Aferição da pressão arterial**: conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.1, n.2, p. 100-106, jul./dez. 2000.
- SANTOS, L. C. et al. **Obstetrícia**. Diagnóstico e tratamento. Pernambuco: MEDSI, 1998. 599p.
- SCHWARCZ, R. et al. **Atenção pré-natal e do parto de baixo risco**. Montevideu-: CLAP, OPS/OMS, 1996. 228p.
- SEPÚLVEDA, M. A. C. Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno-infantil. 6p. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>>. Acesso em: 10 out. 2000.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro:: Guanabara, 1985. 696p.

RECEBIDO: 20/03/2002

ACEITO: 11/07/2002