

O PRÉ-NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Resumo: Este trabalho tem como objetivo analisar a importância da assistência do serviço de enfermagem no pré-natal no Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro de modo a evidenciar os principais sucessos, desafios e entraves que acometem a prática e o programa. Com base em um estudo qualitativo de caráter teórico empírico contendo revisão bibliográfica, que se utilizou dos bancos de dados da biblioteca eletrônica SCIELO e do Google Scholar para obtenção de artigos científicos com recorte entre os anos de 2006 a 2016, analisou-se a assistência prestada ao pré-natal das gestantes atendidas no programa de saúde da família. As estratégias de descentralização da assistência às gestantes por intermédio do PSF e o papel central do enfermeiro na equipe representam um avanço na luta por um atendimento mais próximo e mais eficaz para a população do município do Rio de Janeiro e do país. No município do Rio de Janeiro são muitos os desafios à atuação do profissional de enfermagem; problemas relacionados principalmente à falta de infraestrutura para atuação profissional e às constantes interrupções e atrasos dos recursos financeiros.

Descritores: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família.

The prenatal in the family health program: the service provided by the nursing team in the Rio de Janeiro municipality

Abstract: This work aims to analyze the importance of the assistance of Nursing service in prenatal care in the Family health program (FHP) in the municipality of Rio de Janeiro in order to highlight the main successes, challenges and barriers which affects the practice and the program. Based on a qualitative study of empirical theoretical character containing bibliographical revision that was used from the databases of the SCIELO electronic Library and Google Scholar for obtaining scientific articles with clipping between the years 2006 to 2016, it was analyzed the assistance rendered to the prenatal care of pregnant women in the Family Health program. The strategies of decentralization of assistance to pregnant women through the FHP and the central role of the nurse in the team represent a breakthrough in the fight for a closer and more effective care for the population of the municipality of Rio de Janeiro and country. In the municipality of Rio de Janeiro, there are many challenges to the performance of the nursing professional. Problems related mainly to the lack of infrastructure for professional performance and the constant interruptions and delays of financial resources.

Descriptors: Nursing, Primary Health Care, Family Health.

El prenatal en el programa de salud familiar: la ayuda prestada por equipo de enfermería en el municipio de Rio de Janeiro

Resumen: Este trabajo pretende analizar la importancia de la asistencia al servicio de enfermería en atención prenatal en el programa de salud familiar del municipio de Río de Janeiro con el fin de destacar los principales éxitos, retos y barreras que afectan la práctica y el programa. Basado en un estudio cualitativo de carácter teórico empírico que contiene la revisión bibliográfica, que se utilizó desde las bases de datos de la biblioteca electrónica SciELO y Google Scholar para la obtención de artículos científicos con recorte entre los años 2006 a 2016, se analizó la asistencia prestada al cuidado prenatal de las mujeres embarazadas en el programa de salud familiar. Las estrategias de descentralización de la asistencia a las mujeres embarazadas a través del PSF y el papel central de el enfermero en el equipo representan un avance en la lucha por un cuidado más cercano y más eficaz para la población del municipio de Río de Janeiro y el país. En el municipio de Río de Janeiro hay muchos desafíos para el desempeño del profesional de enfermeira; problemas relacionados principalmente con la falta de infraestructura para el desempeño profesional y las constantes interrupciones y retrasos de los recursos financieros.

Descriptores: Enfermería, Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia.

Flaviana Paula Maciel
Enfermeira em Saúde da Família.
E-mail: flavianapmaciel@yahoo.com.br

Submissão: 13/12/2017
Aprovação: 04/03/2018

Introdução

O presente trabalho buscou analisar a importância da assistência do serviço de enfermagem no pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF) no município do Rio de Janeiro de modo a evidenciar os principais sucessos, desafios e entraves que acometem a prática e ao programa.

Vários autores conceituam a interação como a ação mútua entre duas ou mais pessoas, na condição de estímulos trocados entre si, com a influência do ambiente físico e social, sobre as capacidades físicas e intelectuais do indivíduo e sua ação sobre o ambiente, permitindo a formação e o desenvolvimento do ser humano^{1,2,3}. Essa interação na atuação do profissional de enfermagem tem grande sentido quando se trata do cuidado com as gestantes no acompanhamento do seu período de gestação, nos exames pré-natal e no atendimento familiar.

Estudos apontam para a multidimensionalidade da atuação do enfermeiro na atuação técnica, interação promovida por ele entre as gestantes e demais membros da equipe promovendo o acolhimento propiciador do estabelecimento de vínculo de confiança e credibilidade por parte das gestantes e consequente adesão ao pré-natal^{4,5,6}.

Na rede pública de saúde e no programa Saúde da Família a atuação do profissional de enfermagem no acompanhamento do pré-natal tem grande importância para garantir uma gestação tranquila às gestantes que procuram a rede, na maioria dos casos, sem recursos e que vivem em regiões com precário atendimento médico-hospitalar, de saneamento básico e violentas⁷.

Contudo, na rede de saúde do município, existem deficiências no acompanhamento das gestantes no

pré-natal devido a inúmeros condicionantes, entre eles a falta de recursos originada pelas crises político-econômicas dos últimos anos, má administração, corrupção entre outros⁵.

Mesmo com grandes desafios, os profissionais de enfermagem se empenham para melhorar o atendimento e diminuir ocorrência de agravos na gestação das gestantes que precisam e procuram o atendimento pré-natal na rede pública de saúde do município, sendo atendidas pela equipe do PSF.

Nesta perspectiva, as questões que norteiam este trabalho perguntam quais são os principais desafios que o profissional da enfermagem enfrenta no atendimento ao pré-natal das gestantes assistidas pelo programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro? Qual a importância da enfermagem no atendimento ao pré-natal das gestantes que procuram o Programa?

Espera-se que o trabalho possa contribuir com informações sobre a importância da atuação da enfermagem no atendimento ao pré-natal e no aperfeiçoamento do Programa Saúde da Família no município.

Material e Método

Com base em um estudo qualitativo de caráter teórico empírico contendo revisão bibliográfica que utilizou-se do banco de dados da biblioteca eletrônica SCIELO e do Google Scholar para obtenção de artigos científicos com recorte entre os anos de 2006 a 2016, os mesmos foram analisados criticamente de modo a evidenciar a realidade do atendimento da equipe de enfermagem no pré-natal de gestantes que procuram a rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro.

Como indicadores para a busca do material científico foram utilizadas as seguintes palavras-chave: saúde da família; enfermagem em saúde comunitária; cuidado pré-natal; município do Rio de Janeiro. O levantamento encontrou um total de 28 artigos que tratavam sobre a temática dos quais 14 foram usados, eliminando os que se afastavam dos propósitos principais da discussão.

Resultados e Discussão

A Atuação do Enfermeiro no Pré-natal no Contexto da Atenção Básica à Saúde

Em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que pretendia passar a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde.

O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país. Apesar dos avanços que o SUS alcançou na última década, coexistem ainda aspectos inovadores e conservadores desse sistema, como característica da atenção à saúde no Brasil⁸.

O aspecto inovador refere-se aos princípios e ao próprio perfil da proposta do sistema, bem como à qualidade dos debates e da produção intelectual do campo específico. O caráter conservador se expressa na baixa institucionalidade alcançada, entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde⁹.

Antes da instituição do Sistema Único de Saúde, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, (como, por exemplo, a vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁸.

Com a Constituição Federal de 1988, momento de consolidação do processo de democratização política no Brasil, foi adotado um Sistema Único de Saúde inspirado no National Health Service, da Inglaterra, fundado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, com gestão descentralizada e participativa¹⁰.

O SUS foi criado para centralizar a gestão de um gama de mecanismos e estruturas de assistência social pelo governo federal de modo a organizar a área. Contudo a centralização da gestão da assistência social no país fez com que surgissem distorções no estabelecimento de prioridades e atendimento das necessidades locais que se mostram bem diferentes em cada estado do brasileiro. Também fez com que aumentasse a burocracia na efetivação de projetos e repasse de recursos para os entes federados menores⁸.

A medida que a descentralização ia se consolidando, essa ênfase no papel dos municípios começou, no entanto, a demonstrar os problemas que foram expostos genericamente no tópico anterior. Primeiramente, a heterogeneidade de capacidades financeiras e administrativas dos municípios para assumirem a gestão da saúde acabou conflitando com o princípio da equidade¹¹.

Além disso, instaurou-se uma tensão entre a lógica da descentralização e os requisitos técnicos do sistema de saúde. Em outras palavras, essa tensão se deve ao fato de que a descentralização responde ao objetivo político de afirmação da autonomia dos estados e municípios, ao mesmo tempo em que a lógica da política de saúde demanda um funcionamento coordenado de relações intergovernamentais visando cumprir os objetivos sistêmicos de universalidade, equidade e integralidade^{8,11}.

O SUS deveria ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, com a sua inclusão na Constituição Federal, nem tampouco tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade e por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos¹¹.

Como forma de proporcionar um atendimento mais periódico e local e de se resolver as necessidades de locomoção das gestantes até as unidades de atendimento municipais e estaduais públicas, o Governo Federal, por intermédio do Sistema Único de Saúde, criou um método/programa que permitiria um acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, onde seriam desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes^{8,11}.

O Programa Saúde da Família foi instituído, em 1994 no Brasil, com o objetivo de mudar o antigo sistema de atenção existente à saúde familiar, e tem como principal objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial.

Esse programa tinha como premissa que a saúde da família está no primeiro nível de atenção e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica⁴.

O processo de implantação das Equipes da Saúde da Família (ESF) foi visto como uma forma de agregar aliados na reorganização da atenção básica, ao se reconhecer a necessidade de modificação das práticas de saúde, assim como a renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilização entre esses serviços e a população¹².

Para efetivar das ações do PSF seria necessário o trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, formadas por: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental. As equipes de saúde da família teriam como objetivo estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção⁴.

Neste contexto, como integrante da equipe do PSF, o enfermeiro ganha centralidade na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ao ter definidas como competências suas várias ações, dentre elas: realizar assistência integral que inclui ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF)¹³.

O papel do enfermeiro ganha destaque em todas as fases do desenvolvimento humano; onde o profissional poderá realizar consulta de enfermagem;

planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); gerenciar serviços de saúde, coordenar programas governamentais nas diferentes esferas (federal, estadual, municipal), dentre outras. A consulta de enfermagem, no pré-natal de baixo risco, “visa minimizar dúvidas e ansios para que a mulher tenha uma gestação saudável, pois além das informações técnicas, almeja-se o vínculo entre o enfermeiro do Programa Saúde da Família (PSF) e a usuária, bem como seu grupo familiar”⁴.

Sobre o papel do enfermeiro no pré-natal, seu papel é fundamental para o acompanhamento da gestante e da saúde do bebê. O pré-natal é um conjunto de ações médicas e de enfermagem que protegem a mulher durante toda a gestação. O acompanhamento requer que a primeira consulta seja realizada antes mesmo da concepção, buscando trazer mais segurança e permitindo que a gravidez seja um momento para a mulher (ou para o casal) curtir e viver de forma plena⁴.

Isso ocorre porque quanto mais preparada física e emocionalmente a gestante estiver, mais chance de ter uma gestação tranquila e um bebê saudável. Assim como ter a presença de um enfermeiro no acompanhamento do pré-natal, ter um obstetra de confiança é muito importante, pois o médico acompanhará a gestante durante os nove meses, onde mensalmente eles dividirão informações sobre o bebê e a saúde da gestação. Por isso, quando é possível a gestante escolher o profissional, ela deve levar em consideração fatores como: confiança, afinidade, infraestrutura e segurança que ele passa à mulher ou ao casal. Contudo, e principalmente em virtude da demanda da rede pública, grande parte das gestantes

é atendida por um médico clínico geral, que atende no posto de saúde do bairro de referência, no hospital, na Santa Casa ou ainda em alguma clínica conveniada com o SUS¹.

Em suma, a criação das clínicas da família também representa um grande avanço na reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro. O modelo tem como objetivo focar nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças¹⁴.

Funcionamento do Programa Saúde da Família no Município

Desde a implantação do modelo, a cobertura de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 56,8% até setembro de 2016. Esses profissionais são divididos nas clínicas da família por equipes responsáveis pela sua área (local de moradia). Ao chegar à unidade, o usuário é acolhido por um profissional de sua equipe e é orientado e atendido de acordo com sua necessidade¹⁴.

Como vimos, as estratégias de descentralização da assistência às gestantes por intermédio do PSF e o papel central do enfermeiro na equipe representam um avanço na luta por um atendimento mais próximo e mais eficaz para a população do município do Rio de Janeiro e do país.

No Brasil, observou-se aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas por gestantes nos últimos 15 anos, sendo a proporção de gestantes sem acesso a qualquer consulta de pré-natal inferior a 2% no ano 2009¹⁵. Um dos principais problemas é o início tardio da assistência pré-natal após o quarto mês de gestação, observado na maior parte das gestantes⁵.

A adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro tem encontrado inúmeros problemas no processo de assistência pré-natal, considerando-se os parâmetros preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

No município, observa-se a ocorrência de agravos na gestação, apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas oferecidas nos últimos anos. Este fato pode estar ligado às constantes instabilidades sociais, políticas e econômicas vividas pelo país nos últimos anos⁵.

Entre os agravos está o grande índice de mortalidade materna, que apresenta valores elevados próximos a 50 por 100 mil nascidos vivos, sendo a hipertensão arterial a principal causa dos óbitos maternos; a mortalidade infantil tem como principal causa as afecções perinatais; observa-se, ainda, incidência elevada de sífilis congênita e de formas graves dessa doença¹⁴.

O início prematuro da assistência pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV. Além disso, propicia uma estimativa da idade gestacional mais precisa, com melhor monitoramento do crescimento fetal e melhor embasamento para decisões relacionadas a uma possível interrupção da gravidez⁵.

Vale lembrar que o protocolo assistencial de outros países, como Estados Unidos e Inglaterra, recomendam o início do pré-natal até a 12ª semana gestacional, o que elevaria a inadequação observada para aproximadamente 50%, provavelmente em decorrência da inclusão de gestantes de melhor nível socioeco-

nômico atendidas no setor privado não conveniado ao SUS no primeiro estudo⁵.

O estudo observa que além de ser um importante componente da adequação do pré-natal, o início tardio afeta a adequação do número de consultas, sendo a proporção de gestantes com número adequado de consultas muito menor entre aquelas com início do pré-natal após a 16ª semana gestacional. Esse fato “sugere a ausência de mecanismos compensatórios que poderiam ser utilizados pelos serviços a fim de garantir o acesso ao número mínimo de consultas preconizado, como, por exemplo, adotar intervalos mais curtos entre as consultas”⁵.

A ampliação do acesso ao diagnóstico da gravidez, propiciando o início precoce da assistência pré-natal; a melhor organização dos fluxos assistenciais nos serviços, diminuindo barreiras de acesso às práticas consideradas benéficas para os desfechos perinatais; e, possivelmente, a ampliação de serviços de planejamento familiar, evitando gestações não desejadas, revelam-se prioritários⁵.

Os autores acima citados destacam ainda que a adequação do número de consultas é superior à adequação do início precoce, sendo que um aumento da adequação de consultas no final da gestação foi resultado decorrente de uma maior realização de consultas no último trimestre gestacional, quando o intervalo entre as consultas é menor, não tendo sido possível verificar se as consultas foram realizadas conforme distribuição recomendada pelo Ministério da Saúde. A baixa cobertura de consultas também foi identificada em outros casos, assim como problemas na distribuição destas conforme o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde⁵.

Existem evidências de que a redução do número de consultas de pré-natal não acarretaria piores resultados maternos e perinatais, embora as mulheres, principalmente em países desenvolvidos, refiram menor satisfação com o modelo de atenção com número reduzido de consultas^{6,5}.

Os trabalhos afirmam que as gestantes com menor número de consultas apresentaram menor adequação de exames, vacinação e orientação sobre o parto e a amamentação. Associação negativa entre número de consultas e realização de exames e procedimentos também foi verificada em outros estudos^{5,16}.

A definição do número ideal de consultas é importante para a elaboração de protocolos assistenciais e planejamento dos recursos em saúde. Teoricamente, um número maior de consultas pode significar mais oportunidades de receber cuidados preventivos e de promoção de saúde, especialmente em gestações de maior risco, com maior probabilidade de afetar os desfechos perinatais^{6,5,16}.

Nesse sentido essa discussão se torna mais relevante quando se remete a qualidade das consultas e a utilização desses contatos com os serviços para a realização de cuidados efetivos em saúde da mulher durante sua gestação.

A assistência pré-natal é o marco inicial do desfecho que o processo de parto terá, logo, deve-se ter fundamental atenção durante a gravidez para que a mesma seja de qualidade. Para isso, devemos ter um profissional que seja qualificado para desempenhar suas atividades, e esse provedor de saúde deve estar apto a desenvolver as competências essenciais que lhe competem⁶.

Em muitos programas de atenção à saúde da mulher há sempre uma grande preocupação sobre o papel da enfermagem, em particular, na formação deste profissional para que esteja baseada não somente no desenvolvimento de habilidades, mas também na aquisição de competências para o desempenho de padrões prescritos para a prática profissional⁶.

O “cuidar” em enfermagem inclui a execução de procedimentos técnicos aliados a adoção de atitudes condizentes com princípios humanitários, que assegurem a manutenção do respeito, dignidade e responsabilidade entre as pessoas envolvidas na relação de cuidado¹.

Apesar de referirem que o atendimento da enfermeira contempla os integrantes da família, parece que a ênfase do cuidado está voltada ao modelo biomédico, “podendo impossibilitar uma abrangência do cuidado no território a partir do conhecimento e intervenção sobre os aspectos socioculturais, políticos, econômicos e espirituais inerentes ao contexto da família”¹.

Contudo, em muitos casos, a abordagem familiar no atendimento de enfermeiras e médicos na USF também é pouco presente no atendimento individual, com abordagem exclusivamente centrada no indivíduo, ênfase na queixa da doença atual. Isso justifica que “a dificuldade de articular uma abordagem familiar no atendimento individual decorre da necessidade de conhecer todos os integrantes da família, o que parece imobilizar os profissionais que não incorporam a centralidade na família e impede que está se veja como o centro da atenção”¹.

No cuidado com a gestante, a enfermeira deve perceber a dinâmica que se estabelece entre a mulher e seu grupo social com a gravidez, pois deve possuir os instrumentos essenciais para o desenvolvimento de uma prática humanizada segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde³.

Nessa perspectiva, a integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, com a criação de vínculo, acolhimento e autonomia, a partir da valorização das subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário².

O cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, diminuição da morbimortalidade materna e fetal, aquisição de autonomia e vivência segura no ciclo gravídico puerperal^{17,18}.

Em todos os casos, o profissional de enfermagem contempla as habilidades necessárias e técnica para acolhimento e humanização de um momento importante da mulher e da família, e, mesmo em situações desfavoráveis diversas para sua atuação profissional, como ocorre no município do Rio de Janeiro e no país, se empenha para prestar seus serviços.

Conclusão

Muitos são os desafios que acometem a área da saúde nos diversos aspectos. Desafios que precisam ser rapidamente vencidos para promover uma maior qualidade de vida às populações e aliviar o sofrimento de um grande contingente carente de assistência de saúde pública. Por isso, as criações de políticas públicas para a saúde precisam ser precisas e

específicas para cada necessidade da população e da região.

O processo de descentralização da saúde pública por intermédio da criação do SUS trouxe uma nova perspectiva para o atendimento médico nos entes federados menores, promovendo maior alcance e facilitando a criação de projetos locais e no direcionamento de investimentos públicos.

O Programa Médico de Família foi um dos mais bem-sucedidos projetos desse período, facilitando e desconcentrando o atendimento às famílias brasileira em regiões de pouca infraestrutura urbana. Como parte do programa, a assistência prestada pelo profissional de enfermagem nas equipes do PSF no pré-natal, se torna essencial para o mesmo funcionar conforme seus propósitos.

No município do Rio de Janeiro, são muitos desafios à atuação do profissional de enfermagem. Problemas relacionados principalmente pela falta de infraestrutura para atuação profissional e das constantes interrupções e atrasos dos recursos financeiros.

Referências

1. Santos FPA, et al. Práticas de cuidado da enfermeira na estratégia saúde da família. Rev Bras Enferm. 2016; 69(6):1124-31.
2. Oliveira MAC, Pereira, IC. Primary health care essential attributes and the family health strategy. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp):158-64.
3. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM, Spindola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. Cienc Enferm. 2010; XVI(2):115-25.
4. Lima SS. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família. Aquichan. 2013; 13(2):261-269.
5. Domingues RMSM, et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do

Rio de Janeiro, Brasil. São Paulo: Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(4):953-965.

6. Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. Ribeirão Preto: Rev Latino Am Enferm. 2006; 14(5):682-688.

7. Fiúza TM, et al. Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2011; 6(18):32-39.

8. Lucchese PTR. Políticas públicas em saúde pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS. 2004; 90.

9. Oliveira DC, et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):197-206.

10. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. São Paulo: Cad Metrop. 2016; 18(36):377-399.

11. Tonella C. Políticas urbanas no Brasil: marcos legais, sujeitos e instituições. Brasília: Soc Estado. 2013; 28(1):29-52.

12. Gaíva MAM, Silva AMN. O processo de implantação do programa saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perspectiva de

atores sociais da gestão estadual. Cogitare Enferm. 2008; 13(4):576-84.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

14. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Unidades de Saúde. Clínicas da Família. 2017. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>>. Acesso em 17 set 2017.

15. Brasil. O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Publicações. 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 16 set 2017.

16. Domingues RMSM. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública. 2012; 28(3):425-437.

17. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010; 10(3):359-67.

18. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2011; 20(esp):255-62.