

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE-PPGENF**

WANDERSON LUÍS TEIXEIRA

**DESENVOLVIMENTO DE UM GUIA TÉCNICO PARA ORIENTAR A
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO**

CHAPECÓ – SC

2022

WANDERSON LUÍS TEIXEIRA

**DESENVOLVIMENTO DE UM GUIA TÉCNICO PARA ORIENTAR A
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO**

TCC apresentado ao curso de Pós-graduação em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito da obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Fátima Silva Vieira Martins

CHAPECÓ – SC

2022

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da Biblioteca
Setorial do CEO/UEDESC, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Teixeira , Wanderson Luís

DESENVOLVIMENTO DE UM GUIA TÉCNICO PARA
ORIENTAR A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL
DE BAIXO RISCO / Wanderson Luís Teixeira . -- 2022.

110 p

Orientador: Prof^a. Dr^a Denise Antunes de Azambuja Zocche

Coorientador: Prof^a. Dr^a Maria Fátima Silva Vieira Martins

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de Pós-
Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde,
Chapecó, 2022.

1. Pré-Natal. 2. Tecnologia . 3. Saúde da Mulher . 4.
Enfermeiro . 5. Consulta de Enfermagem . I. Azambuja Zocche, Prof^a.
Dr^a Denise Antunes de . II. Silva Vieira Martins, Prof^a. Dr^a Maria
Fátima . III. Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de
Educação Superior do Oeste, Programa

WANDERSON LUÍS TEIXEIRA

**DESENVOLVIMENTO DE UM GUIA TÉCNICO PARA ORIENTAR A
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Mestrado
Profissional em Enfermagem na Atenção
Primária à Saúde, como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre, da
Universidade do Estado de Santa
Catarina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Denise Antunes de Azambuja Zocche
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Prof^a. Dr^a. Maria Fátima Silva Vieira Martins
Escola Superior de Enfermagem Universidade do Minho

Membros da Banca:

Prof^a. Dr^a. Silvana Dos Santos Zanotelli
Universidade do Estado de Santa Catarina -UDESC

Prof^a. Dirce Stein Backes
Universidade Franciscana – UFN

Chapecó – SC, 2022.

Dedico este trabalho à minha família: Minha mãe: Maria Luiza Teixeira, Meu Pai: Raimundo Nonato da Silva Teixeira, aos meus irmãos: Wanzer Teixeira e Wanessa Teixeira. O meu companheiro e amigo Anderson Pinto Meireles por todo apoio e incentivo. À minha orientadora Denise Antunes de Azambuja Zocche, e Maria de Fátima, fontes de inspiração e que sempre acreditaram em meu potencial.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, e por este sonho realizado, e por essa esta conquista. Deus que sempre me guiou e me direcionou nesta empreitada acadêmica.

Aos meus pais Maria Luiza Teixeira, e Raimundo Nonato, pelo amor incondicional, pelos ensinamentos dos valores da vida, apoio e incentivo neste processo de ensino e aprendizagem.

Aos meus irmãos: Wanzer Teixeira e Wanessa Teixeira, exemplos de determinação, pela amizade, companheiro, apoio e encorajamento em todos os momentos.

Ao meu companheiro de caminhada Anderson Pinto Meireles, por todo incentivo nesta árdua jornada pelo conhecimento.

À minha orientadora Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche, meu respeito, gratidão e confiança, pelos conhecimentos transmitidos, paciência, empatia, segurança e clareza na condução deste trabalho, por me mostrar a imensidão de possibilidades proporcionadas por meio do conhecimento.

À minha coorientadora Profa. Dra. Maria Fátima Silva Vieira Martins, pelas contribuições na execução deste trabalho e dedicação na maestria de suas contribuições

Aos professores do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, pelos conhecimentos transmitidos ao logo destes dois anos e contribuições para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às colegas do Mestrado, pela amizade, pelos momentos de troca, anseios, parceria, respeito diante das adversidades e fragilidades individuais, principalmente pelas contribuições para o desenvolvimento pessoal e profissional. Votos de sucesso e prosperidade!

Aos enfermeiros e colegas de trabalho, eterna gratidão pelo apoio, disponibilidade, pelas ricas contribuições para concretização desde trabalho mesmo em tempos tão difíceis diante do cenário de Pandemia da Covid 19.

Ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que por meio do Edital nº 28/2019, financiou desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso.

APRESENTAÇÃO

A Minha trajetória profissional inicia-se com o ingresso no curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pan Amazônica - FAPAN no ano de 2013. Durante a graduação, fui monitor de disciplinas relacionadas com a saúde materno infantil: Propedêutica e Processo de Cuidar da Saúde da Mulher e Propedêutica e Processo de Cuidar da Saúde de Crianças e Adolescentes. Também, atuei como bolsista no Programa de Iniciação Científica (PIC), no desenvolvimento do Projeto: O Protagonismo da Mulher Frente ao Seu Parto. Fui membro do Projeto de Pesquisa e Extensão, intitulado: Parto Humanizado - De volta para a casa. Conclui o curso no final do segundo semestre de 2017, após defesa do trabalho de conclusão de curso (TCC): Percepção do Enfermeiros Obstetras, diante do Protagonismo da Mulher no Parto Humanizado. Participei como membro do Grupo de Pesquisa da Liga Acadêmica Materna e Neonatal – LAMNeo, cujo projeto foi intitulado: A incidência de doenças infectocontagiosas na Neonatologia: Uma abordagem sobre soro positividade de HIV e SÍFILIS congênita.

Com o objetivo de continuar meus estudos, realizei pós-graduação Lato Sensu em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, no período de maio de 2017 a junho de 2018 na Escola Superior da Amazônia – ESAMAZ. Cabe destacar que, os resultados do TCC foram posteriormente publicados em periódicos da área de enfermagem.

Durante a realização da pós-graduação tive a oportunidade de me inserir em atividades acadêmicas de orientação de TCC's e membro de comissão julgadora, que envolviam temas relacionados com o pré-natal e violência obstétrica e sobre papel da família e do pai no parto e nascimento. Tais experiências me instigaram a desenvolver habilidades para a construção de conhecimento científico, que vem sendo desenvolvido por meio da publicação de artigos desde o final de 2018.

Nesse mesmo período da pós-graduação Lato Sensu, atuei como docente em curso de técnicos e auxiliares em Enfermagem, e como preceptor no curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Uninassau.

Em outubro de 2018, por questões profissionais e pessoais, busquei uma oportunidade de trabalho no oeste catarinense, já que toda a minha família residia no estado de Santa Catarina, no município de Joaçaba desde 2016. Inicialmente atuei como enfermeiro assistencial no Hospital São Roque de 2018 a 2019.

No ano de 2020, trabalhei como enfermeiro *home-office* na empresa TopMed, e ainda atuei em atividades de ensino superior na Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), e na educação profissional, como preceptor do curso técnico de Enfermagem e docente no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), em disciplina relacionada a Saúde da Mulher e da Criança. No final desse mesmo ano me desliguei dessas instituições e passei a atuar como enfermeiro obstetra na Fundação Hospitalar Drº José Athanázio, desenvolvendo assistência de enfermagem nas unidades de Alojamento Conjunto, Berçário, Pediatria e Maternidade. Em abril de 2021, passei a atuar como enfermeiro obstetra no Hospital Universitário Santa Terezinha, desenvolvendo assistência de enfermagem nas unidades de Alojamento Conjunto, Berçário, Pediatria e Maternidade.

Ainda em 2020, motivado pelo desejo pelo conhecimento e expandir os meus sonhos, me submeti ao processo seletivo do Mestrado Profissional em Enfermagem na atenção Primária à Saúde – UDESC, onde tive a oportunidade de ser classificado e iniciar mais um ciclo de minha trajetória acadêmica. No mestrado pude arraigar meus conhecimentos acerca da pesquisa e produção de conhecimento. Foram dois anos intensos de aulas, seminários, estudos e muita discussão científica, garantindo sobremaneira a qualidade prestada por todos os docentes.

RESUMO

Introdução: A assistência ao pré-natal e o apoio emocional recebidos, durante esta fase, influenciam a forma de enfrentamento do processo parturitivo. Desse modo, a assistência ao pré-natal configura-se como um espaço privilegiado de escuta, diálogo e corresponsabilização. Frente ao exposto, procurou-se desenvolver tecnologias educativas para enfermeiros que realizam o pré-natal de baixo risco no Grande Oeste e Meio Oeste catarinense. **Objetivo:** construir um Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco. **Método:** pesquisa metodológica. O campo de estudo foi as macrorregiões Grande Oeste e Meio Oeste de Santa Catarina. Na etapa exploratória, foram realizadas duas revisões bibliográficas do tipo integrativa e narrativa e aplicado um questionário via *google forms*, para 48 enfermeiros assistenciais que realizavam pré-natal de baixo risco, sendo 14 das macrorregiões do Grande Oeste e 34 do Meio Oeste catarinense. Os dados gerados nessa fase foram analisados conforme os princípios de Bardin, e ao final revelaram quatro categorias que subsidiaram a eleição dos temas/conteúdos a serem introduzidos na construção do Guia para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Consulta de pré-natal de baixo risco e a elaboração do vídeo sobre o papel do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal de baixo-risco por meio da consulta de enfermagem. Para esta etapa de validação semântica do guia participaram 15 enfermeiros especialistas em Saúde pública/coletiva/obstetrícia, com no mínimo um ano de experiência como enfermeiro pré-natalista. O índice de validação atingiu um IVC total de 0,96. No produto secundário que foi o vídeo, para a etapa de validação de conteúdo participaram 14 enfermeiros especialistas em Saúde pública/coletiva/obstetrícia, com no mínimo um ano de experiência como enfermeiro pré-natalista. O índice de validação atingiu um IVC total de 1,0%. **Resultados:** foram realizadas duas revisões bibliográficas a do tipo narrativa: Consulta do enfermeiro no pré-natal de baixo risco e a revisão integrativa que abordou as dimensões do trabalho do enfermeiro no pré-natal: assistencial, gerencial, educacional e investigativa. O produto principal foi o Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco. O produto secundário foi o vídeo: O papel do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal de baixo risco por meio da consulta de enfermagem. O Guia e o vídeo serão usados nas atividades de educação permanente das macrorregiões do Grande Oeste e do meio Oeste pois será recomendado como material de apoio aos

enfermeiros que realizam pré-natal na Atenção Primária a Saúde no estado de Santa Catarina e também será disponibilizado nas redes e mídias sociais da secretaria de Saúde do estado e nos canais do YouTube da UDESC. **Considerações finais:** os enfermeiros das macrorregiões Grande Oeste e Meio Oeste enfrentam dificuldades relacionadas ao conhecimento, infraestrutura e de recursos humanos para realizar um pré-natal adequado. Os produtos poderão transformar o cenário da atenção obstétrica das regiões envolvidas no estudo.

Palavras-chave: Pré-natal, Tecnologia, Saúde da Mulher, Enfermeiro, Consulta de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The prenatal care and emotional support received during this phase influence the way of coping with the parturition process. In this way, prenatal care is configured as a privileged space for listening, dialogue and co-responsibility. In view of the above, we sought to develop educational technologies for nurses who perform low-risk prenatal care in the Great West and Midwest of Santa Catarina. **Objective:** to build a Guide for the systematization of nursing care in low-risk prenatal consultations. **Method:** methodological research. The field of study was the Grande Oeste and Meio Oeste macro-regions of Santa Catarina. In the exploratory stage, two integrative and narrative bibliographic reviews were carried out and a questionnaire was applied via google forms to 48 care nurses who performed low-risk prenatal care, 14 from the macro-regions of the Great West and 34 from the Midwest of Santa Catarina. The data generated in this phase were analyzed according to Bardin's principles, and at the end revealed four categories that supported the choice of themes/content to be introduced in the construction of the Guide for the Systematization of Nursing Care in Low-Risk Prenatal Consultation and the development of a video on the role of low-risk prenatal nurses. For this step of semantic validation of the guide, 15 specialist nurses in public/collective/obstetrics participated, with at least one year of experience as a prenatal nurse. The validation index reached a total CVI of 0.96. In the secondary product, which was the video, for the content validation stage, 14 specialist nurses in Public/Collective/Obstetrics participated, with at least one year of experience as a prenatal nurse. The validation index reached a total CVI of 1.0%. **Results:** two bibliographic reviews were carried out: the narrative type: Nurse consultation in low-risk prenatal care and the integrative review that addressed the dimensions of nurses' work in prenatal care: care, management, educational and investigative. The main product was the Guide for the systematization of nursing care in low-risk prenatal consultations. The secondary product was the video: The nurse's role in monitoring low-risk prenatal care through nursing consultation. The Guide and the video will be used in continuing education activities in the macro-regions of the Great West and Midwest as it will be recommended as support material for nurses who perform prenatal care in Primary Health Care in the state of Santa Catarina and will also be made available in the networks and social media of the State Health Department and on UDESC's YouTube channels. **Conclusion:** nurses from the Grande Oeste and Meio Oeste macro-regions

face difficulties related to knowledge, infrastructure and human resources to perform adequate prenatal care. The products could transform the obstetric care scenario in the regions involved in the study.

Keywords: Prenatal, Technology, Women's Health, Nurse, Nursing Consultation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação gráfica.	32
Figura 2 - Capa.	56
Figura 3 - Apresentação e Sumário.	57
Figura 4 - Páginas iniciais.	57
Figura 5 - Diagnósticos.	58
Figura 6 - Informação relevantes.	59
Figura 7- Informações relevantes 2.	60
Figura 8 - Entrevista, roteiro e exames.	61
Figura 9 - Informações relevantes 3.	62
Figura 10 - Sinais vitais.	63
Figura 11 - Avaliações.	64
Figura 12 - Avaliações 2.	65
Figura 13 - Práticas.	66
Figura 14 - Protocolos.	67
Figura 15 - Triagem.	68
Figura 16 - Protocolos e normas técnicas.	69
Figura 17 - Referências.	70
Figura 18 - Vídeo.	72
Figura 19 - Fluxograma de busca dos artigos.	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Divisão por municípios das Macrorregião	28
Quadro 2 - Participantes da pesquisa.....	29
Quadro 3 - Capítulos do Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.....	47
Quadro 4 - Índice de Validação de Conteúdo (IVC) Guia para a sistematização da Assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.....	51
Quadro 5 - Readequações decorrentes das sugestões pertinentes advinda dos juízes, mesmo que elas não alterassem o percentual de validação.....	52
Quadro 6 - Sugestões relacionadas a linguagem.	53
Quadro 7 - O papel do Enfermeiro no acompanhamento do Pré-Natal de baixo-risco por meio da Consulta de Enfermagem.	54
Quadro 8 - Sugestões relacionadas ao conteúdo do Vídeo.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CE	Consulta de enfermagem
COREN/SC	Conselho Regional de enfermagem de Santa Catarina
DPP	Data provável do parto
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
ESF	Estratégia da saúde da Família
IG	Idade gestacional
IVC	Índice de validade de conteúdo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Redes ou sistemas de atenção à saúde
RC	Rede cegonha
RI	Revisão Integrativa
RN	Revisão narrativa
RAMI	Rede de atenção Materno e Neonatal
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema único de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	O PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NO BRASIL	22
3.2	O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	23
3.3	MATERIAIS DE APOIO PARA A REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	25
4	MÉTODO	28
4.1	TIPO DE ESTUDO	28
4.2	CAMPO DE ESTUDO	28
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	29
4.4	COLETA DE DADOS	30
4.5	ANÁLISE DOS DADOS DO GUIA	31
4.6	RESULTADOS	32
4.6.1	Caracterização dos participantes do Guia	32
4.7	QUESTÕES ÉTICAS	48
4.8	PRODUTOS DESENVOLVIDOS	48
5	GUIA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	50
5.1	GUIA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	56

5.2 VÍDEO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO POR MEIO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	72
5.3 REVISÃO NARRATIVA: CONSULTA DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: UMA REVISÃO DA LITERATURA	73
5.4 ABRANGÊNCIA DOS PRODUTOS PARA A PRÁTICA OS ENFERMEIROS PRÉ-NATALISTAS	86
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	100
ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal e o apoio emocional recebidos, durante esta fase, influenciam a forma de enfrentamento do processo parturitivo. Desse modo, a assistência pré-natal configura-se como um espaço privilegiado de escuta, diálogo, corresponsabilização e, se necessárias, intervenções para que possam repercutir positivamente no desfecho gestacional (SOUZA et al, 2017).

O processo de acompanhamento do pré-natal de baixo risco caracteriza-se pelo acompanhamento e atendimento da gestante que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográfico e relacionados com a história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir de forma negativa na evolução da gravidez. Sobremaneira, pode ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros, na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é considerada porta de entrada das gestantes aos serviços de pré-natal (BARRETO et al, 2018).

Entre as atividades assistenciais ofertadas pela APS está a consulta de enfermagem (CE) que é respaldada juridicamente pela Lei 7.498/86, art. 11, inciso I, alínea “i”, pelo Decreto 94.406/87, art. 8º, inciso I, alínea “e”, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normatizada pela Resolução Cofen 358/2009. A CE é uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde, e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, para os enfermeiros que realizam o pré-natal, a CE é uma estratégia importante para o monitoramento da saúde da mulher e do feto, além de ser potencialmente útil para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde que possibilitem a aquisição e a formação de novos conhecimentos acerca da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.

No Brasil, a estratégia da saúde da Família (ESF) caracteriza-se como um arquétipo assistencial que remete para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção do atendimento pré-natal humanizado. O Enfermeiro é o profissional integrante da equipe da ESF, cuja função tem importante influência nos desfechos perinatais, pois o enfermeiro, deve ser capaz de identificar situações de risco e agravos à saúde da gestante que interferem na qualidade da consulta pré-natal (BRASIL, 2013).

No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de padronizar a assistência às gestantes e propôs a vinculação entre os serviços de pré-natal e parto. Após uma década foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) em 2022, no estado de Santa Catarina. Através da deliberação 314/cib/2013, a Comissão Intergestores Bipartite, no uso e no uso de suas atribuições, na 168ª reunião ordinária do dia 24 de maio de 2012, estabelece a Plano Operativo da Rede Cegonha, para a Região Metropolitana de Florianópolis/Região de Saúde do PDR Grande Florianópolis, já deliberado em reunião da Comissão Intergestores Regional da Grande Florianópolis – CIR Grande Florianópolis, realizada em 16.05.2012.

Entre as recomendações propostas por estes programas na atenção pré-natal, incluem-se o atendimento acolhedor, captação precoce das gestantes, busca ativa de faltosas, a realização de no mínimo seis consultas, a garantia de realização de exames complementares, a prática de ações educativas, incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária, vínculo com o local do parto e registro adequado das informações no cartão da gestante (BRASIL, 2011).

Ainda o MS, recomenda que o acompanhamento pré-natal de baixo risco seja desenvolvido, exclusivamente, pela equipe da APS, e a gestante necessita de estar vinculada à equipe da área de abrangência da sua residência, sendo as ações de pré-natal uma competência de todos os membros da equipe, e as consultas de acompanhamento da responsabilidade do enfermeiro e do médico (BRASIL, 2012; 2017).

Nesse cenário, a enfermagem tem papel fundamental na operacionalização de todas estas ações. Contudo mesmo com os avanços na criação de programas e políticas de saúde voltadas para a melhoria da atenção obstétrica, alguns estudos brasileiros indicam falhas na atenção pré-natal, tais como: baixo número de consultas, orientações escassas, realização incompleta de procedimentos, pouco embasamento científico para a prática alicerçada nas melhores evidências técnico-científicas, e falta de vínculo entre os serviços de pré natal/parto, prejudicando a qualidade e a efetivação da assistência (VIELLAS et al. 2014; SEHNEM, et.al. 2020).

Para a realização da CE, os profissionais têm utilizado instrumentos e tecnologias educativas como apoio e subsídio para a realização da CE. A elaboração de tecnologias educativas com o objetivo de qualificar o conhecimento de profissionais de saúde podem fortalecer a prática assistencial das equipes de saúde no atendimento a

gestantes (LIMA et al, 2019), pois proporciona os elementos necessários para a promoção de saúde de modo a obter novos hábitos e comportamentos em saúde.

Das inquietações advindas da vivência profissional, somadas à afinidade prévia sobre a temática, surge a pergunta que norteou a presente pesquisa: Quais os conteúdos necessários para serem incluídos na construção de um guia técnico para o fortalecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem no, pré-natal de baixo risco, realizado pelos enfermeiros nas Macrorregionais de Saúde Grande Oeste e Meio Oeste do Estado de Santa Catarina?

Frente ao exposto, procurou-se desenvolver um guia técnico para enfermeiros que realizam o pré-natal de baixo risco no grande e meio oeste catarinense. A relevância dessa proposta justifica-se pela necessidade de que os enfermeiros têm de aproximar a assistência obstétrica utópica das necessidades reais do cotidiano da Atenção Primária a Saúde (APS), rompendo assim com o processo de medicalização do parto e nascimento. Ainda, pretende-se que esse guia possa subsidiar os enfermeiros para a realização da CE no pré-natal, fortalecendo assim a SAE na atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma tecnologia educativa do tipo guia técnico, para os enfermeiros que realizam a consulta de pré-natal de baixo risco na Atenção Primária a Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as necessidades de temas/conteúdos a serem inseridos no Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.
- Eleger os conteúdos/temas para construir o Guia, por meio de revisão bibliográfica do tipo narrativa e integrativa;
- Validar a tecnologia quanto a semântica por juízes expertises.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NO BRASIL

A assistência ao pré-natal está arraigada em um conjunto de medidas que visam conduzir a partos de recém-nascidos saudáveis, dentro da perspectiva da recomendação da OMS, sem impactos negativos na saúde das mulheres, com abordagem inclusive dos aspectos psicossociais e das atividades educativas e preventivas cabíveis neste processo. Diante disso, incluem a promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer, sendo, portanto, eficaz na redução da morbimortalidade relacionada ao ciclo gravídico-puerperal para as mães e seus recém-nascidos (BRASIL, 2012)

A assistência ao pré-natal precisa ser organizada de modo a suprir as necessidades das gestantes que procuram nossos serviços, utilizando dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem assistir toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando que sejam realizadas no mínimo 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012).

No Brasil, o pré-natal de baixo risco tem como propósito assistir à evolução gestacional e do produto concepcional, intervindo em situações de risco que podem acometer a díade mãe-bebê, com um acompanhamento que corrobora em ações de promoção à saúde, prevenção e apoio psicossocial (BRASIL, 2012).

O início precoce do acompanhamento de pré-natal até a 12^a semana de gestação, constitui um indicador de qualidade da assistência prestada a gestante. O pré-natal consiste em um acompanhamento imprescindível para o direcionamento de condutas mediante uma avaliação clínica obtida nas consultas tanto de enfermagem, quanto médica que podem contribuir com a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal (JARDIM et al, 2019).

Dessa forma, os cuidados prestados à fase gestacional, tem como ponto fulcral reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que o índice de mortalidade é um importante indicador de saúde da mulher, remetendo às disparidades em uma região/país, principalmente em países em desenvolvimento (JARDIM et al, 2019).

O acompanhamento pré-natal, contribui para o desenvolvimento da gestação e nascimento saudável, com preservação da saúde materno infantil. Estudos têm demonstrado que um pré-natal qualificado pode reduzir desfechos perinatais negativos, como baixo-peso e prematuridade, além de reduzir as chances de complicações obstétricas, como eclampsia, diabetes gestacional e mortes maternas (BHUTTA et al, 2014)

Todavia, estudos científicos têm identificado fragilidades que interferem na sua qualidade e efetividade, tais como baixa cobertura, início tardio, distribuição inadequada das consultas ou em número insuficiente, realização incompleta dos procedimentos preconizados e carência de informações nas consultas de enfermagem sobre a maternidade de referência para o parto e nascimento de suas regiões (SANTOS et al, 2016).

Desse modo então, surgiu da necessidade de pensar e propor novas tecnologias que fossem capazes de contribuir para a promoção da humanização do parto, considerando a possibilidade de implantação de uma tecnologia exequível na ESF e que favoreça a preparação dos enfermeiros de forma efetiva. (BRASIL, 2017).

3.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), Portaria/GM, nº 569/2000, visa adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência, durante o parto e o puerpério e da assistência neonatal, dentre outras medidas que visam salvaguardar a puérpera e o produto da concepção (BRASIL, 2015).

Quando nos referimos aos profissionais responsáveis pela assistência pré-natal, os enfermeiros e os enfermeiros obstetras estão habilitados para assistir, integralmente, a consulta de pré-natal de baixo risco (PNRH), conforme orientações do MS, o que é garantido pela lei do exercício profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 1987 (BRASIL, 2012).

Segundo as competências dispostas no Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, do Ministério da Saúde, cabe aos profissionais médicos e enfermeiros participarem como membros da equipe na assistência ao pré-natal, contribuindo para a

promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, exercendo, assim, papel educativo (BRASIL, 2016).

Segundo a Resolução nº 0516/2016, do Conselho Federal de Enfermagem, o enfermeiro obstetra está habilitado ao atendimento à parturiente, ao recém-nascido, assim como aos seus familiares, no período pré-natal, no parto e no puerpério, a fim de que esse atendimento seja humanizado e qualificado (BRASIL, 2016).

Nesta perspectiva, tendo em vista que a maioria dos óbitos maternos e perinatais estão relacionados à qualidade da assistência pré-natal e ao parto e são, em sua maioria evitáveis, vem crescendo cada vez mais o empenho de se apoiar e empoderar a formação e a atuação de enfermeiros obstetras, a fim de inseri-los no cenário da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal. Tal medida, proposta pelo MS, tem como fundamental importância reduzir a violência obstétrica, a alta incidência de cesáreas sem real indicação clínica e os altos índices de morbimortalidade (CARVALHO et al, 2017).

O enfermeiro como um dos componentes da equipe de saúde, atua no pré-natal de baixo risco, e por isso tem respaldo legal para o acompanhamento integral da gestante. Portanto cabe a ele realizar consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, prescrever medicamentos, bem como realizar atividades de educação em saúde (CRISLAINE, et.al, 2020)

O enfermeiro é um dos profissionais essenciais para efetuar a assistência pré-natal, haja vista, que possui conhecimento técnico e científico para intervir com estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização nos cuidados prestados. Diante disso, o enfermeiro elabora o plano de assistência na consulta de acompanhamento do pré-natal, conforme as necessidades identificadas e priorizadas, de cada gestante em particular, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando para outros serviços, bem como também promove a interdisciplinaridade das ações (GOMES et al, 2019).

Portanto, o enfermeiro precisa de utilizar do diálogo franco, vínculo e a escuta ativa para com as gestantes e seus familiares no acompanhamento pré-natal. Esta estratégia de trabalho nos dá a permissão de nos aproximarmos como profissionais das gestantes, nos possibilitando o esclarecimento de dúvidas e a promoção da autonomia da mulher (GOMES et al 2019).

Diante da atual conjuntura, percebe-se que a contribuição do enfermeiro no acompanhamento pré-natal, tem sido valioso do ponto de vista assistencial. O incentivo

e o empoderamento da gestante na preparação para o parto natural, tem sido evidenciada como reflexo positivo na experiência da gestação quando essa gestante é ouvida, compreendida e informada sobre o processo de parturição pelo profissional enfermeiro. Nessa perceptiva a mulher é incentivada a ser empoderada e a promover a autonomia feminina, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitando o direito ao seu próprio corpo e exercendo uma prática ética fundamentada em evidências científicas, onde a mulher é o centro desse processo (MJA et al, 2019).

No estudo realizado com 3.111 puérperas que realizaram pré-natal pelo SUS no Estado de Santa Catarina em 2019, que analisou a associação entre a adequação das orientações recebidas durante o pré-natal e o profissional que atendeu a gestante, foi identificado que houve baixa prevalência de oferta de algumas recomendações, perdendo-se oportunidades para sensibilizar e empoderar as gestantes quanto ao acesso a informações que podem contribuir para uma boa gestação, parto e puerpério (MARQUES et.al, 2021).

3.3 MATERIAIS DE APOIO PARA A REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

As práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas estão entre as ações da Rede Cegonha, que visam à melhoria da qualidade de atendimento ao pré-natal, portanto se faz necessário que os profissionais e estudantes de saúde, utilizem as tecnologias educativas, como bases de dados científicas com a finalidade de qualificar a atenção obstétrica (RIBEIRO et al, 2020)

Estudo de revisão integrativa sobre as práticas de saúde realizada por profissionais de saúde, no parto e nascimento revelou que há um crescimento significativo de publicações sobre humanização e resgate das boas práticas do parto e nascimento sendo os enfermeiros os profissionais que mais investigaram sobre o tema (93,3%), seguidos pelos profissionais da medicina (6,6%) (SILVA et al, 2017).

A troca de informações sobre as diferentes percepções a acerca da maternidade deve ser incentivada entre as gestantes e profissionais de saúde. Ela é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. É importante que o profissional de saúde reconheça o seu papel de educador e promotor de saúde (TEIXEIRA et al, 2017)

As práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas estão entre as ações da Rede Cegonha, que visam à melhoria da qualidade de atendimento ao pré-natal, portanto se faz necessário que os profissionais e estudantes de saúde, utilizem as tecnologias educativas, como bases de dados científicas com a finalidade de qualificar a atenção obstétrica (RIBEIRO et al, 2020)

O pré-natal deve ser visto pelo profissional de saúde como um período de preparação física, emocional e psicológica para o momento do parto e para o puerpério. Portanto cabe ao profissional de saúde criar um momento de aprendizado e a oportunidade de desenvolver a educação em saúde, tanto a saúde individualizada quanto em grupo, seja no consultório de enfermagem, ou no trabalho com grupos de gestante (MACHADO et al, 2019).

A troca de informações sobre as diferentes percepções a acerca da maternidade deve ser incentivada entre as gestantes e profissionais de saúde. Ela é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. É importante que o profissional de saúde reconheça o seu papel de educador e promotor de saúde (TEIXEIRA et al, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) estabelece que o intuito da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável, com garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2013).

As práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas estão entre as ações da Rede Cegonha, que visam à melhoria da qualidade de atendimento ao pré-natal, portanto se faz necessário que os profissionais e estudantes de saúde, utilizem as tecnologias educativas, como bases de dados científicas com a finalidade de qualificar a atenção obstétrica (RIBEIRO et al, 2020)

Estudos de revisão integrativas sobre as práticas de saúde realizada por profissionais de saúde, no parto e nascimento revelaram um crescimento significativo de publicações sobre humanização e resgate das boas práticas do parto e nascimento, destacando os enfermeiros como os profissionais que mais investigaram sobre o tema (93,3%) (SILVA et al, 2019).

Com o intuito de fomentar nos profissionais de saúde uma reflexão mais incisiva acerca das políticas públicas. o Ministério da Saúde (MS) vem induzindo por meio de políticas e programas de saúde, a ampliação do acesso aos serviços, ainda estão presentes problemas e agravos que tornam necessárias medidas de investimento nas

ações de qualificação e aprimoramento dos profissionais enfermeiros para a realização da CE (ZOCCHÉ, et.al, 2017)

Nesta perspectiva a escolha pelo desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e gerenciais se respalda no avanço tecnológico, na criação e incorporação do uso de tecnologias pelos serviços, que ainda se fazem presentes problemas de saúde e relacionados com a assistência de enfermagem, como pior exemplo, na segurança do paciente. (VENDRUSCOLO *et al.*, 2019).

Vale a pena salientar que a tecnologia está presente em todas as etapas de cuidado de enfermagem, sendo considerado ao mesmo tempo processo e produto contínuo. Além disso, ela se faz presente no estabelecimento das relações entre os agentes e, no modo como se dá o cuidado em saúde, sendo este compreendido como um trabalho vivo (JOVENTINO *et al.*, 2011).

Diante disso, o enfermeiro deve estar em constante processo contínuo de formação teórico-prática, conhecendo as novas tecnologias, para desenvolver habilidades e competências no desenvolvimento de novas tecnologias que possam qualificar o processo de cuidar em saúde (SALVADOR *et al.* 2012).

Muitas tecnologias vêm sendo produzidas, validadas e/ou avaliadas por diversos profissionais pesquisadores. Entre elas, há destaque para as tecnologias educacionais (TE), voltadas às qualificar e ampliar as estratégias de ensino-aprendizagem. (TEIXEIRA. *et al.*, 2020)

Diante do exposto é considerável que cada vez mais os profissionais de enfermagem busquem e ampliem a geração de tecnologias assistenciais, gerenciais e educativas que possam fortalecer a SAE, e contribuir na consolidação do SUS e na melhoria da saúde dos usuários que estão sob seus cuidados.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa integra um macroprojeto “Desenvolvimento de tecnologias para a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem”, proposto pelo Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC (Edital acordo CAPES/COFEN nº 28/2019). Trata-se de uma pesquisa metodológica. Este tipo de estudo envolve a produção, construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa com o objetivo de elaborar um produto (POLIT, BECK, 2018).

Além disso, a opção pela pesquisa metodológica justifica-se pelo alinhamento deste tipo de estudo com objetivo de um Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, contribuindo com o aprimoramento das boas práticas de enfermagem no âmbito clínico e gerencial, para atuação dos enfermeiros na RAS. Para isso, este tipo de estudo busca elementos no referencial teórico para o desenvolvimento de tecnologias cuidativas-educacionais e gerenciais além da validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (TEIXEIRA, NASCIMENTO, 2020). Desta forma, esta metodologia torna-se aplicável na área da enfermagem, considerando que a prática profissional contempla os enfermeiros assistenciais, enfermeiros docentes, pesquisadores, estudantes e outros profissionais da saúde, além de permitir uma interação e integração entre os ensino-serviço.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foi nas Macrorregiões Grande Oeste e Meio Oeste de Santa Catarina, com a participação de 8 e 19 municípios respectivamente.

Quadro 1 - Divisão por municípios das Macrorregião

Macrorregião	Municípios-sede
1. Grande Oeste	São Miguel do Oeste
	Xanxerê
2. Meio Oeste e Serra Catarinense	Joaçaba, Lages e Concórdia

Fonte: SES/SC, 2020.

A macrorregião do Meio Oeste e Serra Catarinense é composta por 04 Regiões de Saúde, com uma população de referência de 916.238 habitantes, distribuídos em 73 municípios. A Macrorregional do Grande Oeste é composta por 76 (setenta e seis) municípios, organizados em três (03) Regiões de Saúde: Região de Saúde do Oeste, com 27 (vinte e sete) municípios, Região de Saúde de Xanxerê, com 21 (vinte e um) municípios e Região de Saúde do Extremo Oeste, com 30 (trinta) municípios. Dispõe de vários hospitais de pequeno porte em seu território, principalmente localizados na região Extremo Oeste e conta com um contingente populacional de mais de 350 mil habitantes, perfazendo mais de 5% da população do estado.

A proposta levou em consideração algumas recomendações no âmbito da gestão e na assistência de enfermagem no âmbito da RAS das Macro Regionais Grande Oeste e Meio Oeste de Santa Catarina (SC), como: a garantia da atenção integral e de qualidade à mulher, desde a orientação quanto à saúde reprodutiva, planejamento familiar, assistência adequada ao pré-natal, referência às gestantes de risco, vinculação e acompanhamento de qualidade ao parto e ao puerpério até o tratamento das emergências obstétricas são desafios a serem superados pela gestão na redução deste desfecho trágico.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O quadro abaixo representa os enfermeiros que participaram da pesquisa em todas as etapas da construção do Guia: etapa de aplicação dos questionários, etapa da validação semântica do guia e a etapa da validação do conteúdo do vídeo.

Quadro 2 - Participantes da pesquisa

Etapa de aplicação dos questionários	48 enfermeiros assistenciais que realizam pré-natal de baixo risco, sendo 14 da Macrorregiões Grande Oeste de SC e 34 da Meio Oeste. A seleção dos enfermeiros foi intencional por indicação dos gestores que compõem a CIR - Comissão dos Intergestores da Região Oeste Catarinense
Etapa da validação semântica do guia	15 enfermeiros especialistas em Saúde pública/coletiva/obstetrícia, com no

	mínimo um ano de experiência como enfermeiro pré-natalista.
Etapa da validação do conteúdo do vídeo	14 enfermeiros especialistas em Saúde pública/coletiva/obstetrícia, com no mínimo um ano de experiência como enfermeiro pré-natalista.

Fonte: atores, 2022.

Na etapa exploratória, onde foi aplicado o questionário via *google forms*, o contato com os participantes se deu por meio do aplicativo, *WhatsApp* e ligação telefônica. Para a etapa de validação semântica utilizou-se a técnica de amostragem Bola de Neve, que conforme nos indica Flick (2009), o pesquisador pede aos participantes referência de novos informantes que se enquadrem nos critérios de inclusão, para participarem do estudo. Assim, foram enviados 98 convites para enfermeiros especialistas em saúde pública/coletiva/obstetrícia, com no mínimo um ano de experiência como enfermeiro pré-natalista, por e-mail e pelo aplicativo *WhatsApp*. Tais contatos e endereços eletrônicos foram fornecidos pelos gestores das macrorregiões em estudo. Dos 98 convites enviados, houve retorno, apenas, de 15 enfermeiros especialistas em Saúde pública/coletiva/obstetrícia.

Para a validação de conteúdo do vídeo foram convidados os juízes a partir de indicação de uma enfermeira pré-natalista da macrorregião do Grande Oeste e desta forma foi utilizada a técnica bola de neve, conforme mencionado anteriormente. Da etapa de validação de conteúdo do vídeo participaram 14 enfermeiros especialistas em Saúde pública/coletiva/obstetrícia, com no mínimo um ano de experiência como enfermeiro pré-natalista. Sobre o tempo de atuação dos 14 enfermeiros: 07 atuam há 6 anos na prática de pré-natal; 05 atuam há 4 anos na prática de pré-natal; 02 atuam há 2 anos na prática de pré-natal. Com relação a escolaridade 10 enfermeiros eram enfermeiros especialistas em obstetrícia, 03 Mestres em Enfermagem, e 01 Doutor em Enfermagem com ênfase na saúde da mulher.

4.4 COLETA DE DADOS

Para colher os dados, foi necessário realizar: uma Revisão Integrativa (RI), conforme protocolo (ZOCHE et.al., 2020), (ANEXO II) e uma revisão narrativa (RN) sobre os documentos do MS, (página na web da Secretária Estadual e Municipais de

Saúde, COFEN/COREN-SC, Sites oficiais e de representações científicas da área – ABENFO) que trataram da diáde enfermagem e pré-natal), (ANEXO II). (AUTORES, Teixeira, et.al 2022; COSTA et.al, 2022 aplicação de um questionário que via *google forms* com perguntas abertas, de modo a explorar as potencialidades, fragilidades e dificuldades dos enfermeiros assistenciais que realizam as consultas de pré-natal de baixo risco nas Macrorregiões: Grande e Meio Oeste de SC. (APÊNDICE A).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS DO GUIA

Os dados foram analisados seguindo três etapas, conforme os princípios de Bardin (2016). Inicialmente foi realizada a pré-análise onde as respostas dos questionários foram transferidas para arquivos em word com cada pergunta realizada e suas respectivas respostas. A seguir foi feita uma leitura aprofundada de cada uma procurando eleger expressões, termos e palavras que estivessem alinhadas aos documentos do MS, (página na web da Secretária Estadual e Municipais de Saúde, COFEN/COREN-SC, Sites oficiais e de representações científicas da área – ABENFO) que abordavam os cuidados de saúde e enfermagem no pré-natal de baixo risco, como exemplifico abaixo:

Em seguida foi feita a exploração do material, que constituiu a fase mais longa, de codificação dos dados a fim de identificar-se elementos significativos e que apresentasse alinhamento com objeto o estudo, ou seja, identificar temas/conteúdos significativos para a construção do manual. Para tanto, utilizou-se marcos teóricos e legais para análise os conceitos e recomendações institucionais do MS:

- Caderno De Atenção Ao Pré-Natal De Baixo Risco (BRASIL, 2012),
- Assistência ao Parto e Nascimento Diretrizes para o cuidado multidisciplinar (2016),
- Nota Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2017),
- Diretrizes Nacionais De Assistência Ao Normal Parto (2017),
- Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada (BRASIL, 2019),
- Manual De Gestação De Alta Risco (BRASIL, 2022); da SES/SC, foi utilizado o Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-natal de risco habitual (SANTA CATARINA, 2017) e,

- Legislações acerca do pré-natal de baixo risco e Resolução do COFEN 358/2009, que trata da consulta de enfermagem CE.

Para o tratamento dos resultados, utilizou-se os princípios de Bardin (2016), onde os dados brutos são tratados de forma a se tornarem significativos e válidos. Para isso utilizou-se identificação da frequência de determinadas expressões ou palavras, que representassem temas ou conteúdos acerca das potencialidades, fragilidades/dificuldades e conhecimento necessário para realizar a consulta de pré-natal, que gerou as unidades de registro (YIN, 2016). As unidades de registro foram agrupadas em unidade de contexto que por sua vez revelaram as quatro categorias relacionadas ao objetivo do estudo, ou seja, identificar potencialidades e fragilidades encontradas na realização do pré natal pelo enfermeiro e os temas e conteúdos necessários para a construção do. Abaixo segue a representação gráfica da análise.

Figura 1 - Representação gráfica.



Fonte: autores, 2022.

4.6 RESULTADOS

4.6.1 Caracterização dos participantes do Guia

Com relação a escolaridades 03 enfermeiros eram especialista em obstetrícia, 01 Mestre em Enfermagem, e 03 Doutores em Enfermagem com ênfase na saúde da mulher. Sobre o tempo de dos 15 enfermeiros: 09 atuam a 6 anos na prática de pré-natal. 04 atuam a 3 anos na prática de pré-natal. 01 atua a 2 anos na prática de pré-natal 01 atuam a 1 ano na prática de pré-natal.

Com relação às potencialidades foram identificadas 43 unidades de registro, sendo as mais frequentes aquelas relacionadas a consulta de enfermagem com o enfermeiro (12), seguidas a infraestrutura (08), ao vínculo (06), as condições de trabalho (04), acolhimento (07), protocolos (04) e humanização (02). Sobre as fragilidades foram identificadas 44 unidades de registro relacionadas solicitação de exames, protocolos, medicações, consulta de enfermagem, baixa adesão, Infraestrutura e condição de trabalho, falta de instrumentos e equipamentos, local mais humanizado, adesão das gestantes, aumento da demanda de atendimento, sobrecarga de trabalho, falta de material de didático pouco conhecimento, falta de qualificação para coleta de dados, treinamentos, centrado no modelo biomédico.

Com relação aos conteúdos/temas sugeridos, foram 107 unidades de registro, as mais frequentes foram relacionadas ao uso de manual, roteiros e fluxogramas (38), seguidos de papel do enfermeiro pré-natalista (24), solicitações de exames laboratoriais, exame físico (16), etapas da gestação (15), intercorrências e complicações na gestação (03), orientações sobre amamentação (02), depressão pós parto (02), parto humanizado (01) e classificação de risco (02), violência obstétrica (01), esquema de imunização (01), imunização da gestante para prevenção do Covid -19 (01), cuidados como recém-nascido (01).

As unidades de contexto foram criadas a fim de auxiliar na elaboração das categorias e elaboração para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco (YIN, 2016). Foram elas: conhecimento técnico e científico para superar as fragilidades encontradas na consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, humanização e vínculo no pré-natal: Potencialidades para o fortalecimento da consulta de enfermagem e Infraestrutura e recursos humanos necessários para a realização da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco.

Ao final dessa etapa as unidades de contexto revelaram as quatro categorias:

- 1) conhecimento técnico e científico para superar as fragilidades e dificuldades encontradas na consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco;
- 2) humanização e o vínculo no pré-natal: potencialidades para o fortalecimento da consulta de enfermagem;
- 3) infraestrutura e recursos humanos necessários para a realização da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco e;
- 4) temas/conteúdos para a construção de um guia técnico para subsidiar o enfermeiro na CE no pré-natal de baixo risco.

A seguir são apresentadas e discutidas as quatro categorias:

CATEGORIA 1: CONHECIMENTO TÉCNICO E CIENTÍFICO PARA SUPERAR AS FRAGILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO.

Essa categoria aborda as fragilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros ao realizarem a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, nas macrorregionais de saúde Meio Oeste e Grande Oeste de Santa Catarina.

Quando nos reportamos ao acompanhamento do pré-natal de baixo risco caracterizado pelo atendimento à gestante, o enfoque da assistência em enfermagem prestada pelo enfermeiro deve estar relacionado com os fatores individuais, sociodemográficos e a história de vida de cada mulher, a fim de detectarmos patologias prévias que possam vir a colocar a gestação em risco. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é caracterizada como arquétipo do modelo assistencial voltado para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção do atendimento pré-natal humanizado. O enfermeiro, por sua vez, é o profissional integrante da equipe da ESF, e deve ser capaz de identificar situações de risco e agravos à saúde da gestante que interferem na qualidade da consulta pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012).

Os dados coletados revelaram que as fragilidades encontradas estão relacionadas com a falta de conhecimento, a falta de instrumentos que orientem a CE, a falta de adesão a protocolos indicados pelo COREN/SC para a realização do pré-natal de baixo risco e ainda os problemas relacionados a infraestrutura e recursos humanos. O conhecimento técnico e científico dos enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem (CE) são ferramentas primordiais para que se realize uma consulta satisfatória e inovadora:

“...O conhecimento científico aliado a técnica na consulta de enfermagem, nos dá maior credibilidade no acompanhamento do pré-natal” (ENF4)
“...Todas as vezes que atendo uma gestante no pré-natal e consigo responder com embasamento científico percebo que elas retornam novamente para a próxima consulta” (ENF6)
“Cada vez me sinto desafiado a estudar mais sobre a gestação e o pré-natal, pois a gestantes que atendemos nos questionam cada vez mais” (ENF33)
“...Acredito que conhecimento nunca é demais, e novas pesquisas sempre estão trazendo novos dados e informações, portanto, atualização sobre as novas práticas e orientações são uma das fragilidades/dificuldades que encontro” (.ENF 46)

“... Bom durante a faculdade tivemos poucas aulas práticas relacionadas ao pré-natal, mas consigo fazer uma boa assistência com conhecimento que adquiri durante período de graduação e os que busco nos estudos diários” (Enf. 21)

profissionais.” (ENF 35)

“... Falta de qualificação para realização da consulta - como consequência tem-se insegurança para realizar a consulta a gestante, pouca aceitação das mulheres” (ENF 40)

“...Mais conhecimento científico” (.ENF 37)

“...Em relação ao conhecimento científico, acredito que há a necessidade de aprimorar a consulta de pré-natal pelo enfermeiro através de capacitações voltadas para a maior autonomia dos enfermeiros (as) e incentivo a consulta de enfermagem, além da inserção de tecnologias educacionais que subsidiem a prática desses profissionais” (.ENF 41)

Os depoimentos supracitados demonstram que o enfermeiro, por meio de suas habilidades técnicas e científicas identificam que o atendimento baseado em evidências científicas, colabora no desfecho gestacional dessas gestantes, bem como na promoção da saúde da família. O estudo de Rocha et al (2018) reforça a ideia de que o cuidado precisa ser sedimentado na cientificidade, pois o pré-natal tem como objetivo principal o acompanhamento à gestante, se caracterizando em um momento de aprendizado para gestante e sua família. O enfermeiro é um dos profissionais efetivos na realização da assistência pré-natal, por ser qualificado para atuar com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças. Para tanto, ele elabora o plano de assistência de enfermagem na consulta de pré-natal, conforme necessidades de saúde identificadas e priorizadas, estabelecendo assim intervenções, orientações e encaminhando a outros serviços, quando necessário. Além disso, promove ações, educativas (BRASIL, 2015).

A CE no pré-natal de baixo risco necessita por parte do enfermeiro conhecimento científico e habilidades técnicas pois, na sua prática o enfermeiro é capaz de solicitar exames de rotina e prescrever medicações de acordo com os protocolos do MS, encaminhar as gestantes de alto risco para o serviço de referência na realização de atividades educativas conjuntamente como médico, e registrar dados da consulta no cartão da gestante, bem como a captar precocemente para o pré-natal, estabelecendo assim o vínculo através do acolhimento pautado no processo de humanização (BRASIL, 2017). A CE realizada na rede básica de saúde, deve ser realizada de acordo com roteiro estabelecido pelo MS, garantida pela Lei do Exercício Profissional e o Decreto nº 94.406/874.

Nesse estudo, sobre as ações de saúde e cuidados de enfermagem realizados na CE no pré-natal de baixo risco, os participantes revelaram elementos que são importantes para sua realização, como a humanização, o acolhimento e

acompanhamento via consultas de enfermagem ou intercalados com o profissional da saúde médico:

“... Realizo o acolhimento de todos os pacientes da minha área, isso me dá a oportunidade de identificar alguma mulher que tenha alguma queixa suspeita de gestação e possibilita iniciar o pré-natal já naquele momento.” (ENF4)

“...Como atendo em livre demanda, a gestante chega e já sai com tudo encaminhado (exames, ácido fólico, testes rápidos, orientações, encaminhamentos necessários...), logo, vejo que o atendimento em livre demanda é uma potencialidade” (ENF5)

“...Consigo fazer um acompanhamento mensal, via sistema informatizado, de todas as gestantes e suas consultas, para identificar alguma situação que necessite de intervenção (gestantes faltosas, que necessitam completar esquema vacinal, avaliação odontológica, entre outro”. (ENF6)

“No meu local de trabalho, todas as gestantes que passam por cadastro inicial, acompanhamento de exames, orientações de todas as consultas, são realizadas por mim, principalmente ao período pandêmico, onde não temos mais atividades educacionais em saúde coletivas, as gestantes estão carentes de informações\ cuidados” (ENF 13)

“Em relação ao conhecimento científico, acredito que há a necessidade de aprimorar a consulta de pré-natal pelo enfermeiro através de capacitações voltadas para a maior autonomia dos enfermeiros (as) e incentivo a consulta de enfermagem, além da inserção de tecnologias educacionais que subsidiem a prática desses.

Diante dessas falas percebe-se que os enfermeiros reconhecem a importância do conhecimento científico para realizar a CE do pré-natal de baixo risco, e sua importância na promoção do bem-estar materno e fetal, bem como na redução da morbimortalidade materna e perinatal. No entanto, revelam ter dificuldade em encontrar materiais de apoio de fácil acesso para dar suporte para a CE:

“...A falta de material didático mais preciso para orientação do profissional enfermeiro. no processo de trabalho, nos ajudaria muito a ter um norte em nossas consultas” (ENF 22)

“... Protocolo de pré-natal bastante complexo e extenso, dificultando busca e pesquisa rápida. Um roteiro de fácil acesso nos ajudariam muito” (ENF 23)

“Os protocolos do MS são muitos extensos e exaustivos, se existissem um roteiro prático usaríamos como nas consultas” (ENF 24)

“...precisamos de protocolos atualizados, aceitação de receitas e pedidos de exames feitos por enfermeiros (clínicas e farmácias particulares), falta de profissionais que completem uma equipe multiprofissional, falha na rede de encaminhamentos e assistência de alto risco” (ENF19)

Destaca-se, com relação ainda ao conhecimento sobre a CE no pré-natal, a justificativa sobre a não adesão por parte dos enfermeiros ao uso de protocolos, e sua relação com a não realização da CE no pré-natal de baixo risco:

“... Não consigo realizar a consulta de enfermagem devido a SMS não ter aderido aos protocolos, assim nós enfermeiros não temos autonomias nas condutas.” (ENF 13)

“... Não temos protocolo de enfermagem para prescrição” (ENF2).

A elaboração e implantação de protocolos, roteiros de consultas fazem-se necessárias no atendimento ao pré-natal de baixo risco, realizado por enfermeiras (os) que despontam como um caminho importante e fundamental a ser percorrido, para a obtenção do avanço na saúde materno infantil (BARROS, 2017), embora existe legislação para o exercício profissional do enfermeiro, assim como um protocolo do MS e do COREN/SC (2016) no que diz respeito ao do pré-natal de baixo risco intercalada com o profissional da saúde médico, utilizando o protocolo:

“Sigo o protocolo de enfermagem. Intercalando com a consulta com a médica. Não tenho dificuldades, apenas sigo os protocolos” (ENF 16)

Os dados revelados vêm ao encontro do estudo de Gomes et al. (2019) sobre as dificuldades encontradas na consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco dos enfermeiros que atuam na ESF. O autor destaca a grande demanda tanto administrativas como assistenciais em diversos programas que são inseridos na unidade de Saúde da qual o enfermeiro supervisiona. Outro estudo de Serrazina et.al. (2019) revelou que o esgotamento do profissional do enfermeiro com o excesso de tarefas, afeta diretamente a assistência à saúde da mulher no período gestacional. Pois, o seu atendimento não se restringe somente à consulta de pré-natal, mas também à visita domiciliar, à busca ativa para o pré-natal precoce e das gestantes faltosas e seus parceiros, bem como da realização de atividades educativas.

O número reduzido de enfermeiros para atender à demanda excessiva de gestantes compromete a qualidade do serviço, a humanização prestada e a organização dos serviços, tornando o acompanhamento do pré-natal fragilizado e fazendo com que a gestante não crie vínculo com esse profissional. Vejamos os seguintes relatos:

“...Penso que a principal dificuldade é o número de enfermeiros para atender o excessivo de gestantes de nosso município que acaba reduzindo um pouco a qualidade do nosso serviço, como isso deixamos de prestar uma assistência mais acolhedora e humana” (ENF6)

“...Maior vínculo com paciente, aderência ao pré-natal, mínimo 6 consultas, pré-natal multidisciplinar” (ENF 15)

“...Autonomia e reconhecimento profissional, acolhimento e fortalecimento de vínculo com a gestante e acessibilidade ao profissional enfermeiro” (ENF48)

“...Quando conseguimos estabelecer vínculos com as gestantes o acompanhamento do pré-natal é realizado de forma mais segura.” (ENF8)

Por fim um aspecto relevante para a realização da CE no pré-natal indicado pelos participantes, foi a falta de reconhecimento da população sobre o trabalho do enfermeiro e da sua capacidade em realizar a CE:

“...Dificuldade de credibilidade pelas pacientes, pois sempre querem a figura do médico nos atendimentos, do conhecimento esse é muito relacionado com a prática do dia” (ENF11)

“... As gestantes só procuram o médico pra consulta, eu faço apenas os testes rápidos” (ENF12)

“...Modelo biomédico. Ex: Solicitação de alguns exames como USG obstétrica, em que o hospital só aceita solicitação médica apesar da legislação e o MS permitir e orientar e a solicitação pelo enfermeiro” (ENF14)

“...Hoje, no município onde trabalho, a enfermagem não pode solicitar os exames de pré-natal, bem como realizar a prescrição de medicações/vitaminas necessárias durante o acompanhamento. Então, a realização do pré-natal é realizada somente parcialmente pela enfermagem (ENF15)

Frente ao exposto, percebe-se que o papel do enfermeiro na atenção pré-natal nas macrorregiões em estudo apresenta-se pouco reconhecido pela população. Tal situação também é realidade em outras regiões do Brasil, como aponta o estudo descritivo, qualitativo realizado por Leal no município de Lagarto/SC, com 11 enfermeiras que desempenham funções na consulta pré-natal. Nesse estudo destaca-se que a necessidade de trabalhar em comunidade as competências do enfermeiro. De igual modo, o profissional necessita demonstrar conhecimento, capacidade de resolução e empatia no atendimento ao usuário para garantir das gestantes uma maior adesão nas consultas (LEAL et al. 2018).

O reconhecimento social do enfermeiro torna-se importante, uma vez que, as muitas mulheres que procuram os serviços de saúde entendem que o pré-natal é uma atribuição específica do “médico” e que o enfermeiro só auxilia, caso houver necessidade. O marketing social poderá ser um contributo para tornar a imagem profissional do enfermeiro mais visível.

Quando pensamos no roteiro da CE como instrumento que embasa a conduta do enfermeiro tornando a CE eficaz, eficiente e humanizada, se faz necessário que o enfermeiro tenha conhecimento para acompanhar o desenvolvimento do processo gestacional em seus múltiplos aspectos biopsíquicos e socioculturais, favorecendo a possibilidade de identificação precoce dos fatores de risco gestacional e a necessidade de intervenções médica, de enfermagem ou de outros profissionais (VILELLAS, et.al. 2014).

Conclui-se nesta categoria que os obstáculos na realização do pré-natal de baixo risco assistido pelo enfermeiro estão relacionados, principalmente, com a falta de conhecimento técnico científico, a organização do processo de trabalho para a realização do pré-natal de baixo risco.

CATEGORIA 2: HUMANIZAÇÃO E O VÍNCULO NO PRÉ NATAL: POTENCIALIDADES PARA O FORTALECIMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A presente categoria aborda a humanização e o acolhimento das gestantes como fatores que auxiliam na construção do vínculo e adesão das gestantes, o que acaba por potencializar a realização da CE no pré-natal de baixo risco.

O processo de assistência ao pré-natal inclui um conjunto de medidas que visam levar a partos de recém-nascidos saudáveis, sem impactos negativos na saúde das mulheres, com abordagem inclusive dos aspectos psicossociais e das atividades educativas e preventivas cabíveis neste processo (LEALI et al, 2020). Nesta perspectiva a humanização no processo de trabalho no pré-natal está relacionada não apenas em receber a mulher na unidade de saúde, mas essencialmente no modo e na forma com que essa mulher vai ser acolhida dentro da unidade favorecendo a gestante um maior vínculo da díade profissional e gestante. Os enfermeiros entrevistados enfatizam a importância do processo de humanização no pré-natal como fermenta de estímulos para que essas gestantes criem vínculo com os profissionais. Como confirma as falas abaixo:

“... O acolhimento humanizado nas consultas de pré-natal para nós enfermeiros que recebemos a gestante desde a sua chegada, tomando-nos responsável por ela, dando atenção as suas queixas, ouvindo suas preocupações, sofrimentos e, ao mesmo tempo, contribuindo para sanar ou amenizar suas necessidades e muito importante para criamos vínculos com elas” (ENF1)

“...Realizo o acolhimento de todos os pacientes da minha área, isso me dá a oportunidade de identificar alguma mulher que tenha alguma queixa suspeita de gestação e possibilita iniciar o pré-natal já naquele momento ENF 12 Escuta ativa e bom acolhimento” (ENF23)

“...Acolhimento mais humanizado, orientações buscando evitar complicações e melhora durante todo o processo de gestação” (ENF 36)

“...Bom vínculo com a população” (ENF 39)

“...Confiança e vínculo com as gestantes” (ENF 48)

A interação pautada na humanização e no acolhimento contribui para o desenvolvimento do vínculo das mulheres durante a gestação com os serviços, minimizando a ansiedade e os riscos de intercorrências obstétricas e ainda favorece a ocorrência de um parto mais tranquilo e saudável para a mãe e para o bebê (SILVA et al 2017).

“... Não consigo dar toda a atenção que as gestantes precisam nas consultas, mas procuro prestar sempre um atendimento humanizado escutando suas queixas” (ENF2)

“...Procuro dar a maior atenção possível as gestantes mesmo com tantas atribuições. Sinto que o tratamento humanizado faz toda a diferença, pois elas sempre voltam mais animadas para as consultas (ENF3)

Segundo Kelly (2017), os resultados obtidos neste estudo indicam que as gestantes acreditam na importância da realização do pré-natal, no entanto, acabam por buscar este acompanhamento tardiamente devido ao fato de não se sentirem atendidas nas suas demandas como reforça as falas supracitadas. O conhecimento dos enfermeiros sobre humanização da assistência à mulher durante o pré-natal vem ao encontro das principais recomendações propostas pelas normas vigentes do MS, que preconizam ações de humanização desde o pré-natal até o nascimento (BRASIL, 2012). As práticas de humanização relatadas corroboram os resultados de outro estudo, que demonstrou que o pré-natal adequado abrange ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, detecção e tratamento precoce de complicações e preparação para o nascimento e desfecho gestacional (GILMER et. al, 2016).

Os enfermeiros destacaram, ainda, que o atendimento humanizado no pré-natal inclui o acolhimento da gestante pela equipe de enfermagem, de forma a prestar uma assistência individualizada:

“...A primeira coisa é o acolhimento da gestante quando ela chega até a unidade, como ela será acolhida, a forma como abordaremos a gestação. E fazer com que ela entenda que a unidade de saúde será um canal de informação durante a gestação. Acolhimento gera vínculo.” (ENF4)

“... Empoderar a gestante nesse processo a torna dependente e consciente do processo gestacional. Com isso ele vê em nos enfermeiros como referência no atendimento. (ENF5)

A humanização nas consultas de pré-natal deve ser compreendida como além do acolhimento, da escuta qualificada e do respeito. Esta busca considera a gestante em todo o seu contexto biopsíquico e social, de forma a prestar a uma assistência integral, humanizada e resolutiva pela equipe. Destaca-se que também foi mencionado a

importância das atividades de educação e saúde para fortalecer o vínculo, pois o pré-natal é o momento ideal para práticas educativas. Essas práticas visam uma troca de saberes entre a gestante e o enfermeiro, promovendo dessa forma uma gestação segura. É o momento ideal para realizar o acolhimento e criação do vínculo na rede de serviços de saúde e levar informações sobre todos os aspectos do processo parto, objetivando um desfecho gestacional favorável.

“... O vínculo com a gestante é um instrumento imprescindível, dessa forma se faz necessário encontrarmos ferramentas que possa criar essas atmosferas. (ENF9)

“...Há a necessidade de aprimorar a consulta de pré-natal pelo enfermeiro através de capacitações voltadas para a maior autonomia dos enfermeiros (as) e incentivo a consulta de enfermagem, além da inserção de tecnologias educacionais que subsidiem a prática desses profissionais” (ENF35)

“...Realização de ações e práticas educativas” (ENF 08)

Almeida e Tanaka (2017) afirmam que é essencial que enfermeiro realize uma assistência qualificada através da escuta ativa e comunicação eficaz, a fim de estabelecer o vínculo com a gestante e conseqüentemente promover uma adesão maior ao Pré-natal para que dessa forma as 6 consultas mínimas preconizadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde), são cumpridas de forma veemente.

“... Quando atendo uma gestante por mais de uma vez e percebo que as orientações que realizei anteriormente foram efetivas, fico realizada pois percebo que esse vínculo foi estabelecido.” (ENF10)

“...É de suma importância, sendo uma potencialidade a informação repassada, com um atendimento visando a forma humanizada e desta forma, um pré-natal com conhecimento de ambas as partes quanto a importância, os seus direitos e mantendo a saúde tanto da mãe quanto do bebê” (ENF01)

A singularidade da consulta de enfermagem no Pré-natal está atrelada à forma como se estabelecem as relações. Neste sentido, a comunicação da enfermeira com as gestantes, com valorização do acolhimento e da escuta atenta superando, em parte, uma prática profissional centrada no modelo biológico, faz a diferença no processo de acompanhamento gestacional. Dessa forma, uma postura acolhedora e respeitosa unida à escuta qualificada, às expectativas e necessidades das gestantes podem, portanto, ser um estímulo para adesão ao de pré-natal-natal onde o enfermeiro é o elo desse processo (ALMEIDA et al 2017).

“...A escuta ativa, as trocas de experiências as orientações sobre o pré-natal me permitem como enfermeiro estabelecer confiança mútua durante as consultas’ (ENF11).

“... Algumas das gestantes que atendo sempre me falam que os enfermeiros na consulta são mais atenciosos e conseguem sanar as suas dúvidas” (ENF12)

Concluimos nessa categoria que os enfermeiros que participaram, desta pesquisa, atribuíram o conceito de humanização e a criação do vínculo da assistência ao pré-natal como uma forma de tomar a gestante protagonista do seu processo. Sendo assim, a assistência individualizada e o incentivo à formação de vínculo entre gestante e profissional tornam, por sua vez, a relação do enfermeiro e gestante mais próxima garantindo acolhimento e vínculo. É perceptível que para o sucesso da humanização durante a gestação é preciso que os profissionais obtenham conhecimentos teórico-práticos suficientes que os tornem habilitados para exercerem suas atividades laborais de forma adequada e satisfatória. Nessa perspectiva recomenda-se um aprofundamento efetivo da temática durante a formação dos acadêmicos nas instituições de ensino, para que exerçam suas atividades de forma eficiente, oportunizando a assistência integral à saúde da mulher nessa fase de vida.

CATEGORIA 3: INFRAESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO.

A presente categoria aborda infraestrutura e recursos humanos necessários para a realização da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, bem como as condições de trabalho, a estrutura física dos serviços, além da organização da demanda para atendimento as gestantes, isso porque o enfermeiro em alguns momentos exerce mais funções administrativas que assistencial.

Os dados revelam que a compreensão da qualidade de pré-natal passa também pelas condições de trabalho, organização do processo de trabalho, e infraestrutura adequada, além da existência de política pública de atenção à saúde materna e perinatal, que possam efetivamente garantir que esse conjunto possa articular-se de modo a manter a assistência pré-natal:

“...Não temos um espaço próprio para acolher as gestantes, isso dificulta o nosso serviço” (ENF14)

“...Na unidade de saúde em que trabalho só possui consultório médico. Quando preciso atender as gestantes preciso adaptar algum espaço” (ENF9)

“...O ambiente em que trabalho é insalubre para atender as gestantes, me falta instrumentos de trabalho básico” (ENF20)

“Como podemos oferecer um atendimento humanizado se a estrutura da nossa unidade não nos ajuda a acolher essa gestante” (ENF31)
 “...Não tenho consultório de enfermagem para atender as usuárias, tenho que ficar procurando algum consultório disponível, e as vezes não há! Isso dificulta a questão de avaliação física da gestante” (ENF46)
 “...Não possuo consultório privado, com maca, para fazer um atendimento completo” (ENF43)
 “...A infraestrutura é básica de materiais e de espaço não possui banheiro para as pacientes e a maca é bem inferior. (ENF33)

Para que na atenção primária a saúde possa ocorrer de forma eficaz e eficiente, há de se valorizar os aspectos estruturais das unidades de saúde, mantendo os itens necessários à realização das ações de atenção primária conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica. Neste sentido, carecem estar presentes em cada unidade equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, composição da referência e contra referência para os serviços especializados (MOURA et al, 2017). As recomendações do MS, em relação a estrutura organizacional na atenção ao pré-natal, reconhecem que é um ponto fundamental para garantir uma prática segura, ou seja, o seguimento de uma planta física adequada está totalmente relacionado com a qualidade da atenção ao pré-natal (BRASIL, 2014). A falta de estrutura adequada e de instalações próprias para o cuidado assistencial compromete significativamente a qualidade da assistência ofertada para as gestantes, e, dessa forma, desqualifica-se o serviço quanto a humanização do atendimento (SILVA et al., 2019).

Alguns enfermeiros entrevistados destacaram que nos municípios onde realizam a consulta de pré-natal, existe uma mínima estrutura de atendimento.

“...”No meu município temos um espaço para o atendimento as gestantes” (ENF34)
 “... “Com muita dificuldade conseguimos adaptar um espaço para receber as gestantes nas consultas” (ENF31)
 “...”Temos um consultório e enfermagem com maca ginecológica que facilita a nossa consulta” (ENF15)
 “...Não temos estrutura para uma sala de enfermagem, atendo as gestantes na sala de reunião” (ENF49)

As pesquisas recomendam e ratificam sobremaneira que a qualidade da atenção ao pré-natal está relacionada com a preservação de um ambiente facilitador para as ações integradas de saúde que considerem aspectos relacionados à planta física, aos recursos humanos e materiais, ao apoio laboratorial, ao acesso ao medicamento, aos instrumentos de registro e ao sistema de referência e contra referência (SILVA et al., 2019).

Diante do exposto pelos participantes, constata-se que o espaço físico onde as gestantes são atendidas interferem no processo de trabalho e na qualidade da assistência prestada:

“... A ausência de um espaço físico apropriado para a realização das consultas de pré-natal e atividades em grupo voltadas para a educação em saúde das gestantes, interfere na qualidade da assistência e prejudica a privacidade da gestante” (ENF21)

“...Ambiente adequado ao inter-relacionamento entre a equipe de saúde e a gestante destinado a assistência ao pré-natal, deve ser garantido” (ENF32)

Um ambiente sem organização, com espaço limitado, prejudica o atendimento do profissional, e, por sua vez, a gestante não se sente confortável e segura frente aos aspectos deficitários da assistência, o que pode comprometer a adesão ao pré-natal, o vínculo com o serviço e com o enfermeiro que o acompanha. O estudo de Gonçalves et al (2018) aponta que a qualidade na assistência pré-natal precisa ser programada com vistas a atender as necessidades de cada gestante e proporcionar mais bem resultados na assistência ao parto e nascimento. Quando nos referimos aos recursos humanos, o enfermeiro que atua na ESF, tem uma demanda ampla de atribuições e funções, tanto administrativas como assistenciais em diversos programas que são inseridos na unidade de Saúde, que lhe absorve muito tempo em questões administrativas. Como é descrita os entrevistados:

“... Não consigo dar a atenção desejada as gestantes por cauda das demandas administradas da unidade.” (ENF14)

“...Só temos uma enfermeira pra dar conta de toda a demanda da unidade, isso torna impossível um acompanhamento melhor” (ENF17)

“...Se não tivesse tanta burocracia nos serviços de saúde, atenderíamos toda a demanda de gestante da unidade” (ENF24)

“... É muita demanda na minha unidade, sou apenas uma e não consigo realizar todas as consultas de pré-natal.” (ENF36)

“...Com muitas atividades que tenho não há como realizar a consulta de pré-natal humanizada” (ENF40)

É notório que o esgotamento do profissional com o excesso de tarefas, o que afeta diretamente na assistência à saúde da mulher no período gestacional, pois o atendimento dela, não se restringe somente a consulta de pré-natal, o enfermeiro deve realizar visita domiciliar, busca ativa para o pré-natal precoce, busca ativa das gestantes faltosas e seus parceiros, atividades educativas entre outras atividades relacionadas a saúde materna, como é evidenciada nos relatos dos entrevistados:

“...Se nossa equipe contasse com mais uma enfermeira, seria muito mais fácil conseguir dimensionar o fluxo de atendimento” (ENF32)
 “...Temos outras atribuições na unidade a consulta de enfermagem e apenas uma delas” (ENF13)
 “...Precisamos de mais profissionais na unidade pra poder conseguir atender melhor as gestantes” (ENF48)
 “...Se o fluxo aumenta e os profissionais continuam os mesmos, nunca vamos poder excelência em nosso atendimento.” (ENF230)

Os dados revelam que os enfermeiros têm dificuldades na realização do pré-natal de baixo risco nas ESF, sobretudo por conta do ambiente onde é realizada a consulta de pré-natal e porque os recursos humanos são insuficientes para atender as gestantes. Nesta perspectiva, é perceptível a necessidade de criar novas estratégias que visam sobremaneira a segurança dos cuidados a gestantes. Dessa forma, o pré-natal será mais efetivo e o desfecho será favorável para o binômio mãe e produto concepcional.

Outra fragilidade revelada foi em relação à infraestrutura e condições de trabalho, relacionadas ao tempo e quantidade de demandas para atender num curto espaço de tempo:

“... A infraestrutura é básica de matérias e de espaço não possui banheiro para as pacientes e a maca é bem inferior” (ENF21).
 “...Falta de estrutura adequada na unidade básica de saúde, insegurança profissional devido a não praticar o atendimento completo a gestante. (ENF18).
 “... Sobrecarga de trabalho, centralização da avaliação médica, falta sensibilização da gestão.” (ENF28).
 “... Minha maior fragilidade e dificuldade é as condições de trabalho muita burocracia para os enfermeiros. sem tempo para dar uma atenção e cuidado melhor” (ENF8).
 “...A questão estrutura é a minha maior fragilidade: não tenho consultório de enfermagem para atender as usuárias, tenho que ficar procurando algum consultório disponível, e as vezes não há! Isso dificulta a questão de avaliação física da gestante. Também temos materiais precários, como por exemplo, sonar de baixa qualidade que dificulta a identificação de bcfs. Além disso tudo, a questão de CE fica muito prejudicada, pois não tenho espaço para deixar meus livros na unidade, até porque não tenho consultório. (ENF20).
 “... A ausência de um espaço físico apropriado para a realização das consultas de pré-natal e atividades em grupo voltadas para a educação em saúde das gestantes, interfere na qualidade da assistência e prejudica a privacidade da gestante” (ENF 21).

Expressões como “ausência de espaço físico”, “ não tenho consultório de enfermagem para atender” sugerem que entre as justificativas para não realizar a CE no pré-natal de baixo risco está atrelada às más ou ausência de infraestrutura. Ainda foi muito destacado a falta de tempo para dar conta de todas as demandas que chegam até os enfermeiros nas equipes de estratégia de saúde da família.

Percebe-se que as más condições de trabalho vão desde a falta de materiais e recursos humanos até a sobrecarga de trabalho. Estes aspectos influenciam a qualidade da assistência prestada às gestantes. Torna-se difícil em manter ações simples como o acolhimento e as orientações de educação em saúde, como revela o trecho abaixo:

“... A nossa falta de acolhimento e pouca prestatividade em atender aos questionamentos feitos pelas gestantes no pré-natal, destaca-se sendo uma das atitudes que dificulta a adesão das mesmas na consulta de pré-natal” (ENF19).

“... Não damos conta de atender como deveria todas as gestantes com tantos programas que devemos alimentar programa” (ENF9).

Estudos sobre a qualidade da atenção à saúde da mulher no pré-natal apontam que a estrutura precária e processos de trabalho inadequados estão entre os principais entraves para o bom desenvolvimento das ações prestadas, tanto na dimensão gerencial quanto na dimensão assistencial (LUZ et al., 2018). Outro estudo realizado na região centro oeste do Brasil, sobre a qualidade do atendimento às mulheres no pré-natal, revelou que essas apontaram como dificuldade o tempo de espera nas filas para marcar consultas e exames. Esse “atraso” é um fator que predispõe as mulheres a não quererem retornar às consultas pré-natais ou adiá-las, pois não conseguem marcá-las na data estipulada pelo profissional (ANDRADE Et al., 2019). Tal estudo corrobora os dados encontrados nessa pesquisa, como nos informa o participante:

“... Nós enfermeiros nas consultas de pré-natal, não abordamos temas referentes ao pré-natal, pois o tempo da consulta utilizado é apenas para preenchimento de documentação para o cadastro no SIS pré-natal, orientações recebidas apenas quando solicitadas pelas gestantes e falta de informações referente ao parto, amamentação e cuidados com o RN, nos falta tempo hábil” (ENF 17)

“... Não damos conta de atender como deveria todas as gestantes com tantos programas que devemos alimentar programa” (ENF9)

Frente ao exposto, considera-se que além de conhecimento, infraestrutura e processos de formação e qualificação, a atenção básica precisa desenvolver mecanismos e processos de melhoria contínua para que a assistência pré-natal possa vir a ser de qualidade. Neste âmbito, precisamos levar em consideração o vínculo e o fortalecimento das relações entre profissionais, usuárias, gestantes e familiares para que as gestantes não deixem de realizar as consultas e, assim, possamos melhorar os índices de indicadores de atenção obstétrica no Brasil.

A seguir apresenta-se a quarta categoria que consiste nos temas/conteúdos elencados para compor o Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.

CATEGORIA 4: TEMAS E CONTEÚDOS RECOMENDADOS PARA O GUIA

Os temas/conteúdos foram eleitos a partir da classificação da gestação em trimestres e os conteúdos a partir dos dados revelados nas categorias 1 e 2. Além disso foram inseridos alguns conteúdos que se julgou relevantes frente ao cenário epidemiológico da atenção materno infantil, como a saúde mental no pré-natal e atenção pré-natal frente a COVID-19.

Num primeiro momento identificou-se os temas e conteúdos mais citados e sua relação com as revisões bibliográficas realizadas. Em seguida eles que foram organizados em três capítulos, conforme o quadro a seguir:

Quadro 3 - Capítulos do Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.

Capítulo 1: Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco
Capítulo 2: Consulta de Enfermagem no Pré-Natal de baixo risco
Capítulo 3: Protocolos, Instrumentos e Escalas Utilizadas na Consulta de Pré-Natal de Baixo Risco.

Fonte: autores, 2022.

Após a definição dos temas/conteúdos relacionados a CE no pré-natal de baixo risco, foi realizada a organização do Guia que se apresenta em três capítulos:

No capítulo 1, abordamos a Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo, onde foi possível aprofundar os conceitos fundamentais para a atenção a saúde no Pré-natal de Risco, as especificidades do diagnóstico de gestação o diagnóstico laboratorial e diagnóstico ecográfico. Também apresentamos as alterações fisiológicas da gestação, a classificação de risco gestacional e os protocolos da atenção básica/saúde das mulheres para a consulta de Enfermagem à gestante de risco habitual.

No capítulo 2, explicitamos os conceitos de consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, processo de enfermagem no pré-natal de baixo risco, bem como as recomendações do protocolo de atenção básica do MS os fluxogramas das consultas, entrevista, roteiro e exame físico. De suma importância, abordamos a técnica da palpação obstétrica, altura uterina, métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP), avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional. Destacamos o sangramento vaginal as possíveis causas da hemorragia na gravidez, solicitação de exames laboratoriais bem como a conduta e manejo de

intercorrências no pré-natal de baixo risco, agravos e intercorrências na gestação. Finalizamos abordando a presença de edema na gestação e avaliação da pressão arterial em gestantes.

No capítulo 3, apresentamos a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), a avaliação pós-parto através da escala de Depressão Pós-Parto ou Edinburgh Pós-natal Scale (EPDS), posteriormente o calendário de imunização materna (SUS), a Triagem Neonatal e também descrevemos o teste de Guthrie (teste do pezinho). Na sequência, abordamos as doenças identificadas na triagem neonatal ampliada, os protocolos do MS e SC sobre consulta de enfermagem, assim como os protocolos sobre gestantes – COVID e o protocolo para prescrição de medicações usadas durante a gestação pelo enfermeiro.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa: Nº de Parecer: 4.553.850. CAAE: 42861120.8.0000.0118. A realização do estudo respeitará aos requisitos determinados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. Foi financiado pelo (Edital acordo CAPES/COFEN nº 28/2019).

Para fins de identificação, e proteção do sigilo dos participantes as respostas foram identificadas pela letra seguido de numeral E1.E2, E3, ...

4.8 PRODUTOS DESENVOLVIDOS

Essa pesquisa gerou conteúdo para a construção dos seguintes produtos:

- a) Guia para a sistematização da assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.
- b) Vídeo: O papel do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal de baixo risco por meio da consulta de enfermagem.
- c) Revisão Narrativa: Consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco no Brasil de 2010-2020: Revisão Narrativa

- d) Revisão Integrativa: As dimensões do trabalho do enfermeiro no pré-natal de baixo risco: uma revisão integrativa

5 GUIA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O produto principal foi uma tecnologia educativa do tipo guia, que foi estruturado e destinado aos enfermeiros pré-natalistas, contendo temas, e conteúdos atualizados presentes nos documentos oficiais (página na web da Secretária Estadual e Municipais de Saúde, COFEN/COREN-SC, Sites oficiais e de representações científicas da área – ABENFO), que pudessem atender a solução de problemas práticos ou para realização de processos de trabalho do enfermeiro durante a realização da CE no pré-natal de baixo risco. Para a construção do guia, foi necessário utilizar como ferramenta alguns programas como: Word, Excel, corretores ortográficos, e o programa Adobe Premium. O conteúdo inserido no Guia foi oriundos da RI e RN e ainda dos resultados da etapa exploratória com os enfermeiros pré-natalistas.

Após a redação da 1ª versão do guia ele foi enviado a um profissional de *Design Pedagógico* a fim de estruturar a apresentação. Após essa primeira revisão, o guia foi enviado para a validação semântica dos juízes. Para essa etapa, foi utilizado instrumentos de validação semântica (APÊNDICE B) com os participantes do estudo (juízes) para debater e analisar os dados levantados para a construção, validação do guia técnico. A validação semântica consistiu em julgar em que proporção os itens selecionados representam os conceitos a serem medidos. podem referir-se a extensão em que os itens de uma medida determinam o mesmo conteúdo. Na validação semântica os domínios validados foram: conteúdo, linguagem e relevância (POLIT, 2019). As questões foram pontuadas de acordo com a escala Likert, considerando o grau de importância para composição do conteúdo da tecnologia (1-para totalmente adequado; 2- para adequado; 3- para parcialmente adequado e 4 – para inadequado) (ALEXANDRE et al., 2011; COLUCI et al., 2015).

Para avaliação do grau de concordância entre os juízes, foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC). Para sua aprovação os itens deverão possuir IVC maior ou igual a 0,79. Para avaliar o instrumento como um todo será utilizado à seguinte fórmula: dividir o “número total de itens considerados como relevantes pelos avaliadores (totalmente adequado e adequado), ou seja, a soma de concordância dos itens que foram marcados por “1” ou “2” pelos avaliadores, dividido pelo número total de itens”, sendo assim a fórmula utilizada para avaliar cada item individualmente foi a seguinte:

$$\text{IVC} = \text{número de respostas “1” ou “2”}$$

número total de respostas

Os itens que receberam pontuação “3” ou “4” foram revisados ou eliminados. Para avaliação tanto dos itens individuais e do instrumento como um todo, nesse estudo a concordância utilizada para considerar o guia validado será de 0,90 (ALEXANDRE et al., 2011).

Os dados oriundos da validação foram organizados em uma planilha eletrônica, no programa EXCEL® versão 2016, conforme segue abaixo:

Quadro 4 - Índice de Validação de Conteúdo (IVC) Guia para a sistematização da Assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.

Índice de Validação de Semântica (IVC) Guia para a sistematização da Assistência de enfermagem na consulta de pré-natal de baixo risco.		
CONTEÚDO		
São adequados ao processo educativo dos enfermeiros pré-natalistas.	Totalmente adequado: 10 Adequado: 04 Parcialmente adequado: 1	IVC= 0,93%
São adequados ao processo educativo dos enfermeiros pré-natalistas.	Totalmente adequado: 09 Adequado: 05 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,93%
Estimulam o enfermeiro a usar o manual.	Totalmente adequado: 06 Adequado: 08 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,93%
Subsidiam o enfermeiro na realização das consultas de pré-natal.	Totalmente adequado: 10 Adequado: 04 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,93%
São coerentes com a prática da enfermagem no pré-natal preconizada pelos marcos legais nacionais e internacionais da área?	Totalmente adequado: 07 Adequado: 06 Parcialmente adequado: 02	IVC= 0,86%
LINGUAGEM		
Linguagem adequada.	Totalmente adequado: 09 Adequado: 03 Parcialmente adequado: 03	IVC= 0,80%
Linguagem interativa.	Totalmente adequado: 09 Adequado: 05 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,80%

Tamanho do texto adequado.	Totalmente adequado: 07 Adequado: 07 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,93%
O estilo de redação é de fácil compreensão e corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo?	Totalmente adequado: 10 Adequado: 03 Parcialmente adequado: 02	IVC= 0,86%
RELEVÂNCIA		
As figuras/imagens facilitam o aprendizado sobre a temática em questão.	Totalmente adequado: 08 Adequado: 06 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,86%
O Guia estimulou a troca de informações sobre a temática com outros profissionais que realizam a consulta de pré-natal de baixo risco	Totalmente adequado: 11 Adequado: 03 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,93%
O conteúdo apresenta informações relevantes para consulta de pré-natal de baixo risco.	Totalmente adequado: 10 Adequado: 04 Parcialmente adequado: 01	IVC= 0,93%

Fonte: autores, 2022.

Após a validação semântica pelos juízes, o guia passou por readequações decorrente das sugestões pertinentes advinda dos juízes, mesmo que elas não alterassem o percentual de validação. As sugestões relacionadas ao conteúdo do Guia foram as seguintes:

Quadro 5 - Readequações decorrentes das sugestões pertinentes advinda dos juízes, mesmo que elas não alterassem o percentual de validação.

1. Inclusão do protocolo de tratamento de sífilis na gestação atualizações com base nas novas Diretrizes;
2. Na página 40, consta que o exame no citopatológico do colo do útero, o profissional “não deverá coletar material endocervical”, entretanto, as recomendações do INCA/ MS reforçam a importância da coleta do material

citológico no endocérvice e ectocérvice em gestantes.
3. Na página 72, triagem neonatal (teste do pezinho), consta que deverá ser realizado uma massagem antes da coleta. Conforme recomendação do MS, a massagem provoca hemólise da amostra de sangue e misturado com fluidos tissulares inviabiliza a leitura do teste. Também, está declarado que a coleta deverá ser realizada no calcanhar, a recomendação são as laterais do calcanhar. Por último, não se recomenda “curativo comprimido”, apenas uma compressão até que o sangramento cesse.
4. Página 28 - Colocar foto da mulher/pessoa gestante. A barriga de gestação é parte de um ser humano, a foto da barriga grávida sozinha despersonaliza a pessoa que está gestando
5. Página 30 - foto romantizada, a maioria das gestações na APS não são planejadas e o índice de depressão é alto, acho adequado trocar a foto
6. Sugiro substituir na página 26 a versão da caderneta de gestante de 2016 pela atual, apesar de esta versão atual estar sendo criticada pois apresenta algumas condutas não preconizadas pelas evidências científicas.
7. Veja as considerações na organização mundial de saúde na prevenção e controle da pré eclampsia e eclampsia restrição de sal não consta mais..., mas por exemplo uso de AAs e cálcio previne a forma grave de pré eclampsia atualize essas orientações OMS, 2019

Fonte: autores, 2022.

As sugestões relacionadas a linguagem foram as seguintes:

Quadro 6 - Sugestões relacionadas a linguagem.

1. Substituir as inúmeras imagens retratadas no Guia apenas com a “barriga da mulher”, precisamos reforçar o cuidado integral as mulheres no processo gravídico-puerperal.
2. Na página 34, rever a imagem do Exame Clínico das Mamas, profissional de saúde realizando o exame sem luvas.
3. Revisão de ortografia e gramática. Revisão de estilo de citações. Mudança da fonte utilizada no texto tendo em vista facilitar a leitura e impor autoridade no texto utilizando uma fonte mais formal.
4. Mudança de "ecográfico" para "ultrassonográfico" especialmente no sumário para facilitar o entendimento do leitor.
5. Rever na página 54, o item com os exames do terceiro trimestre pois está faltando texto. Ainda, a referência é Montenegro ao invés de Montenegro.
6. As imagens de mulheres são todas brancas...senti falta de pretas e pardas
7. Página 64, o termo depressão pós-parto é obsoleto, se utiliza DEPRESSÃO

PERINATAL, pois a depressão inicia antes do pós-parto, dados mostram que pelo menos 60%, a EDPS pode e deve ser usada da gestação os 3 anos de puerpério/pós-nascimento e a depressão pode ser diagnosticada a qualquer momento. Listar e utilizar as orientações do colégio americano de psiquiatria, colégio de midwives, sociedade americana de pediatria e colégio americano de ginecologia e obstetrícia. Sugiro uma parte do guia para puerpério, todo o processo, e amamentação, incluindo fatores de risco para amamentação.

Fonte: autores, 2022.

A referida sugestão na pág. 64 não foi acatada, haja vista que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), ratifica que a depressão pós-parto (DPP) é uma entidade clínica heterogênea que, geralmente, se refere a um episódio depressivo maior ou de intensidade grave a moderada, presente nos primeiros meses após o nascimento. Após a validação de conteúdo pelos juízes, por meio da aplicação do instrumento de Índice de Validação de Conteúdo (IVC), o vídeo passou por readequações decorrente das sugestões pertinentes advinda dos juízes, mesmo que elas não alterassem o percentual de validação.

Quadro 7 - O papel do Enfermeiro no acompanhamento do Pré-Natal de baixo-risco por meio da Consulta de Enfermagem.

Índice de Validação de Conteúdo (IVC) do Vídeo: O papel do Enfermeiro no acompanhamento do Pré-Natal de baixo-risco por meio da Consulta de Enfermagem		
CONTEÚDO		
Comtempla as necessidades do público-alvo?	Totalmente adequado: 14 Adequado: 0 Parcialmente adequado: 0	IVC= 1,0%
São adequadas ao processo educativo das gestantes que assistirem o vídeo.	Totalmente adequado: 11 Adequado: 03 Parcialmente adequado: 0	IVC= 0,98%
Estimula as gestantes a realizarem o pré-natal com os enfermeiros	Totalmente adequado: 14 Adequado: 0 Parcialmente adequado: 9	IVC=1,0%
São coerentes com a prática de enfermagem no pré-natal preconizada pelos marcos legais e	Totalmente adequado: 13 Adequado: 01 Parcialmente adequado:	IVC= 0,99%
LINGUAGEM		
Linguagem adequada.	Totalmente adequado: 14 Adequado: 0	

	Parcialmente adequado: 0	IVC= 1,0%
Linguagem interativa.	Totalmente adequado: 12 Adequado: 02 Parcialmente adequado: 0	IVC= 0,96%
Tamanho do vídeo adequado.	Totalmente adequado: 12 Adequado: 04 Parcialmente adequado: 0	IVC= 0,94%
O estilo de redação é de fácil compreensão e corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo?	Totalmente adequado: 10 Adequado: 04 Parcialmente adequado: 0	IVC= 0,96%
RELEVÂNCIA		
O vídeo é relevante como instrumento de educação em saúde	Totalmente adequado: 14 Adequado: 0 Parcialmente adequado: 0	IVC= 1,0%
IMAGENS		
As figuras/imagens facilitam o aprendizado sobre a temática.	Totalmente adequado: 14 Adequado: 0 Parcialmente adequado: 0	IVC= 1,0%

Fonte: autores, 2022.

As sugestões relacionadas ao conteúdo do Vídeo foram as seguintes:

Quadro 8 - Sugestões relacionadas ao conteúdo do Vídeo.

<p>1. O vídeo é um tempo considerável, talvez reduzir 2 minutos ficaria excelente. A linguagem, som e imagens estão muito boas. Se eu fosse leiga eu ficaria na dúvida do que é pré-natal de baixo risco/alto vendo o vídeo. Mas isso são detalhes, de modo geral eu considero o vídeo pronto para utilizar 😊. Espero poder utilizá-lo na minha realidade.</p>
<p>2. O vídeo ficou ótimo, minhas sugestões são apenas para contribuir: 1- Sugiro não especificar o que será coletado na anamnese e exame físico ou citar tudo que é coletado (o que acredito ser muita coisa para citar no vídeo). Por</p>

<p>exemplo, no exame físico não foi citado a verificação da altura uterina e ausculta dos BCF; na coleta de dados não foi citada a investigação das gestações anteriores, o que são informações básicas essenciais. Da mesma forma, foram citadas apenas as orientações dietéticas, sendo que o enfermeiro orienta sobre inúmeras questões, a depender de cada caso. 2- Sugiro evitar citar apenas algumas cidades (apesar de ser as cidades que inicialmente participaram da pesquisa). Pois para a gestante que assistir o vídeo, pode dar a impressão de que o pré-natal não é realizado nas demais localidades. E pela qualidade do vídeo e das informações, ele poderia ser usado em todo o estado e país, não apenas nos municípios citados ao final do vídeo.</p>
3. Como sugestão, se possível, diminuiria o tempo do vídeo
4. poderia ter mais imagens em relação as gestantes
5. Quem sabe colocar trechos ou imagens de vivencias

Fonte: autores, 2022.

Os itens 1 e 3, não foi acatado a sugestão haja vista que para a densidade de conteúdo foi necessário estender-se nos conceitos e atribuições relacionados aos enfermeiros no pré-natal. Após os ajustes realizados e a diagramação o Guia apresenta-se em três capítulos:

1. Capítulo 1: Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco
1. Capítulo 2: Consulta de Enfermagem no Pré-natal de baixo risco
2. Capítulo 3: Protocolos, Instrumentos e Escalas Utilizadas na Consulta de Pré-Natal de Baixo Risco.

5.1 GUIA PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Figura 2 - Capa.

4 Apresentação

protocolos, instrumentos, escalas que podem ser utilizadas para auxiliar na realização da CE no pré-natal de baixo risco e, por fim a quarta parte discorre sobre a humanização e a manutenção do vínculo e adesão das gestantes no pré-natal realizado pelo enfermeiro. O conteúdo foi organizado com base no resultado obtido na etapa exploratória do estudo. A análise dos questionários aplicados com 51 enfermeiros que realizam o pré-natal na macrorregião oeste de SC, nortearam os temas que deveriam ser incorporados nesse Guia. Com as demandas detectadas podemos construir os conteúdos, a partir dos conhecimentos científicos que são imprescindíveis para a realização da CE no pré-natal de baixo risco, pelo enfermeiro.

Os tópicos aqui contemplados foram construídos e organizados de forma coletiva, pelo mestrando, suas orientadoras, egressas do MPEAPS e outros profissionais enfermeiros (as) especialistas na atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Assim, o espírito do PPCENF, que tem por base a colaboração para o desenvolvimento e para a qualidade da formação dos profissionais da saúde enfermeiros, está contemplado neste Guia, nos modos de dizer e de fazer, assim como nas indicações de leitura ofertadas em cada parte.

Esperamos que os textos despertem o desafio de implementar práticas mais assertivas na CE e que animem futuros mestrandos na busca de uma atuação profissional de alta qualidade. A formação de recursos humanos por meio dos Mestrados Profissionais em Enfermagem pode produzir mudanças, por pesquisas e projetos inovadores, como este financiado pelo Acordo CAPES COFEN Edital 28/2019, que juntamente com Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e CAPES, está proporcionando o desenvolvimento de tecnologias e conhecimentos que tem transformado as práticas profissionais de saúde e de enfermagem no Brasil.

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O Pré-natal de baixo risco, realizado pelo enfermeiro, contempla principalmente ações assistenciais e educativas, e ainda aquelas relacionadas ao gerenciamento das equipes de ESF e investigativas, com vistas a melhorar a tomada de decisão a qualidade da atenção à saúde da mulher, na Atenção Primária à Saúde (ZOCCHÉ et al, 2021).

Investigativa
Que revela os aspectos a serem melhorados ou criados para garantir uma atenção obstétrica de qualidade com eficiência.

Educativa
Que se constitui nas ações de educação em saúde que garantem o vínculo do enfermeiro e gestante, de enfermagem (CE).

Assistencial
Expressa pelas ações realizadas por meio da consulta de enfermagem (CE).

Gerencial
Que se constitui nas ações de educação em saúde que garantem o vínculo do enfermeiro e gestante.

Estratégia Saúde da Família (ESF)
A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como um arquétipo assistencial que remete para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção do atendimento pré-natal humanizado (SOUSA et al 2021).

5 Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Organizadores:
Enfermeira Obstetra Wanderson Luís Teixeira
Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UDESC
Prof. Dra. Denise de Antunes de Azanbuja Zocche Professora Adjunta Departamento de Enfermagem UDESC.
Prof. Dra. Maria Fatima Silva Vieira Martins Professora Adjunta Escola Superior de Enfermagem /Universidade do Minho-Portugal

O Enfermeiro é o profissional integrante da equipe da ESF, cuja função tem importante influência nos desfechos perinatais, na medida em que é capaz de identificar situações de risco e agravos à saúde da gestante que interferem na qualidade da consulta pré-natal (COSTA et al 2021).

Para tanto, se faz necessário que a assistência de enfermagem seja pautada em evidências científicas tomando assim, a atenção ao pré-natal resolutiva e capaz de proporcionar a construção de vínculo com a gestante a fim de favorecer a adesão ao pré-natal (COSTA et al 2021).

As competências para o desenvolvimento de ações assistenciais, gerenciais, educativas, e investigativas são necessárias para a qualificação do pré-natal realizado pelos enfermeiros. Portanto, é necessário que o enfermeiro busque cada vez mais desenvolver suas habilidades por meio da aquisição do conhecimento, da busca de evidências para fundamentar suas práticas e para a tomada de decisão. Assim, conseguirá prestar assistência de enfermagem humanizada, eficiente e eficaz na atenção à saúde das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2020).

Entendemos que o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de extremas mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia nas suas particularidades. Tais transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no processo de transformação corpórea. Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas (FELIX, 2019). A consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se à escuta ativa das gestantes, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir como protagonista desse processo. A maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da gestante e sua família (BRASIL, 2016).

e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade a garantia do acolhimento com avaliação classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo prevê o acompanhamento (BRASIL, 2011).

Fonte: autores, 2022.

Figura 5 - Diagnósticos.



Contudo, ressalta-se que, para que isso aconteça com eficiência, as unidades básicas de saúde precisam estar equipadas, com profissionais qualificados e atualizados na sua área de conhecimento.

Diagnóstico de gestação



O diagnóstico precoce de uma gestação é fundamental para uma assistência pré-natal de qualidade, pois possibilita o início precoce do acompanhamento pré-natal e dos cuidados que visam à promoção da saúde materno-fetal. Além disso, o diagnóstico precoce permite a identificação correta da idade da gestação, dado que é decisivo em diversas situações clínicas e obstétricas ao longo da gestação (MONTENEGRO, 2017).

O diagnóstico de gestação é baseado em dados clínicos (história e exame físico) e testes laboratoriais. Apesar de ser menos sensível e específica do que os testes laboratoriais, a avaliação clínica de sinais e sintomas fornece subsídios iniciais a respeito do grau de probabilidade de tratar-se realmente de gestação ou sobre a necessidade de buscar diagnósticos alternativos (MONTENEGRO, 2017).



O diagnóstico precoce e a datação correta da gestação são fundamentais para uma assistência pré-natal adequada.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial de gestação é baseado na detecção do Hormônio produzido na gravidez, conhecido pela sigla-HCG, que significa gonadotrofina coriônica humana, presente na urina ou no sangue. Ambos têm alta sensibilidade, porém testes urinários são menos sensíveis do que os séricos. O HCG é uma glicoproteína composta por duas subunidades, (muito semelhante às subunidades: do LH, TSH e FSH) e (detectada nos testes de gestação). O HCG é produzido pelo trofoblasto e aparece na circulação materna pouco após a implantação trofoblástica, tornando-se detectável no plasma ou na urina em 8 a 9 dias após a ovulação. Níveis plasmáticos menores do que 5 mIU/mL são considerados negativos, e maiores do que 25 mIU/mL são considerados positivos. Níveis intermediários indicam repetição

do teste. Os níveis de -HCG crescem exponencialmente nas primeiras semanas, atingindo um pico de até 150.000 mIU/mL em torno de 8 a 10 semanas. Entre a 10ª e 20ª semana, os níveis tendem a decair e mantêm-se estáveis a partir da 20ª semana (MONTENEGRO, 2017).

Muitas mulheres procuram o serviço de saúde depois de terem realizado um teste de gravidez vendido em farmácias. Apesar de informações de fabricantes divulgarem uma precisão desse exame de até 99%, alguns estudos têm demonstrado sensibilidade de apenas 75% ou menos quando utilizados em situações reais, pelas próprias pacientes. A causa mais comum de testes falso-negativos é a sua realização muito precoce, quando os níveis de -HCG ainda estão muito baixos (MONTENEGRO, 2017).

Como interpretar o resultado do beta hCG

- Valores de beta hCG abaixo de 5 mIU/ml são negativos, ou seja, descartam gravidez.
- Valores entre 5 e 25 mIU/ml são indefinidos e podem significar gravidez muito recente, quando ainda não houve tempo do hormônio ser suficientemente produzido para ser detectado no sangue. Nestes casos, deve-se repetir o teste após três a cinco dias.
- Valores acima de 25 mIU/ml são positivos e indicam gravidez em curso.

A história típica é a de uma mulher na menarca, com vida sexual ativa e queixa de amenorreia ou atraso menstrual. A suspeita de gestação aumenta nos casos em que as relações sexuais são desprotegidas, tanto pelo uso irregular como pelo não uso de método de contracepção. Os sinais e sintomas de gestação podem ser classificados como sinais de presunção, sinais de probabilidade e sinais de certeza de gestação (MONTENEGRO, 2017)

Tabela 1 - Sinais e sintomas

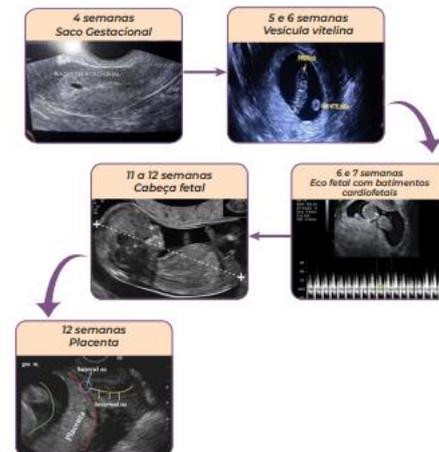
Sintomas de presunção
<ul style="list-style-type: none"> » Náuseas e vômitos (no 1º trimestre e tipicamente durante a manhã com alívio ao longo do dia). » Alterações mamárias (aumento do volume e aumento da sensibilidade nas mamas). » Alterações urinárias (polaciúria e nictúria). » Percepção de movimentos fetais pela paciente. » Mudanças no apetite (desejos alimentares pica). » Fadiga, tontura, síncope, distensão abdominal e constipação, dispnéia, congestão nasal, cãibras, lombalgia.
Sinais de presunção
<ul style="list-style-type: none"> » Amenorreia (atraso menstrual de 10-14 dias). » Alterações mamárias (congestão e mastalgia, pigmentação das aréolas e surgimento dos tubérculos de Montgomery, aparecimento de colostro, rede venosa visível). » Alterações na vulva e na vagina (sinal de Chadwick- coloração violácea vaginal, cervical e vulvar). » Alterações no muco cervical (maior quantidade de muco e ausência de cristalização com padrão arboriforme). » Alterações cutâneas (estrias, hiperpigmentação da face - cloasma e linha nigra).
Sinais de probabilidade
<ul style="list-style-type: none"> » Alterações em forma e consistência do útero - sinal de Hegar (flexão do corpo sobre o colo uterino no toque bimanual) e sinal de Nobile-Budin (preenchimento do fundo de saco vaginal pelo útero percebido ao toque vaginal). » Consistência cervical amolecida. » Aumento do volume abdominal.
Sinais de certeza
<ul style="list-style-type: none"> » Ausculta de BCF (pela US transvaginal a partir da 6ª/7ª semana; pelo sonar Doppler a partir da 10ª semana de gestação; e pelo estetoscópio de Pinard a partir da 18ª/20ª semana). » Sinal de Puzos (rechaço fetal intrauterino). » Percepção de movimentos e partes fetais pelo examinador (a partir de 18/20 semanas).

Para fins didáticos, o diagnóstico da gestação será dividido em:

- » Diagnóstico laboratorial (hormonal).
- » Diagnóstico clínico
- » Diagnóstico ultrassonográfico.

Diagnóstico Ultrassonografico

No diagnóstico laboratorial a detecção da gonadotrofina coriônica humana (hCG) no plasma e na urina materna constitui a base do diagnóstico laboratorial na gravidez. A dosagem da fração beta de gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. A ultrassonografia obstétrica pode ser realizada por via transabdominal ou transvaginal. Atualmente, a preferência é pela transvaginal, que permite uma melhor visualização das estruturas ovulares. Através da ultrassonografia transvaginal podemos identificar, de acordo com a idade gestacional, estruturas importantes (FREITAS, 2017).



Fonte: autores, 2022.

Figura 6 - Informação relevantes.

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Alterações fisiológicas da gestação

Há alterações fisiológicas que ocorrem em todas as gestações e acometem a maioria dos sistemas do organismo e ainda, podem gerar sintomas desconfortáveis para a gestante. Essas alterações podem se apresentar como queixas nas consultas de pré-natal. Portanto elas precisam ser conhecidas pelo pré-natalista a fim de que ele possa diferenciar as alterações patológicas das fisiológicas. As principais alterações fisiológicas são: pele e anexos, sistema musculoesquelético, sistema digestivo, sistema circulatório e sistema geniturinário (MONTENEGRO, 2017).

Classificação de risco gestacional.

Um pré-natal de alto risco se refere ao acompanhamento que será feito com uma gestante que tem uma doença prévia ou durante a sua gravidez, que sugere que essa seja uma gravidez de risco. Assim, basicamente se enquadraram em pré-natal de risco três condições: as mulheres com doenças crônicas prévias à gestação, aquelas que tiveram uma gestação anterior de alto risco e aquelas que identificam, no curso da gravidez, uma condição ou doença que vai oferecer risco para ela e a para o bebê (BRASIL, 2016).

A gestação é um processo fisiológico que produz mudanças físicas, sociais e emocionais. O pré-natal tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno e infantil e para isso é necessário que se identifique os fatores de risco gestacional (BRASIL, 2016).

Segundo os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde (2013):

- » Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatómicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.
- » A classificação de risco gestacional pode ser entendida como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, que contempla nesse cenário o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor atender às necessidades singulares de cada gestante. Nessa perspectiva a secretária de saúde do Estado de Santa Catarina, criou um instrumento de estratificação de risco gestacional para melhor classificar o risco das gestantes atendidas na rede municipal de saúde.

Dessa forma o acolhimento com classificação de risco promove agilidade na assistência e definição dos cuidados de enfermagem e da necessidade de encaminhamento para rede de atenção à saúde. Sendo assim é indispensável que o enfermeiro avalie o risco constantemente, ou seja, em todas as consultas de enfermagem.

Segue o link:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/procadomator/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude/2/vede-a-ten-a-saude-materna-e-infantil-redes-ecpnha/classificacao-de-risco/2/29-anexo-1-instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional/1/11>

Encerramos aqui a 1ª Parte: Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco da SEÇÃO: 1º Trimestre. Você conheceu alguns conceitos fundamentais para a atenção a saúde no Pré-natal de Risco, as especificidades do Diagnóstico de gestação, Diagnóstico laboratorial e Diagnóstico ecográfico. Também apresentamos as alterações fisiológicas da gestação, a classificação de risco gestacional e os protocolos de atenção básica à saúde das mulheres para a consulta de Enfermagem à gestante de risco habitual.

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO

Segundo orientações dos protocolos da atenção básica/saúde das mulheres, publicado pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao acompanhamento pré-natal de risco habitual, este pode ser realizado integralmente pelo enfermeiro, de acordo com a legislação brasileira do exercício profissional da enfermagem (BRASIL, 2016).

Conforme a Lei do Exercício Profissional é privativo do enfermeiro, entre outros, fazer consulta de enfermagem e sua prescrição assistencial, e, como integrantes da equipe de saúde, prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, assim como prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1997).

Para tanto, o enfermeiro deve elaborar o plano de assistência na consulta de acompanhamento pré-natal, conforme as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando para outros serviços, também promovendo a interdisciplinaridade das ações, estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização no cuidado prestado (BRASIL, 2016).

Seu principal objetivo é garantir uma gestação saudável, acolhendo a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. A realização da consulta de pré-natal é importante para auxiliar na detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos maternos fetais. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde (DARDIM et al 2018).

Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Nesse sentido, deverão ser fornecidos pelo serviço de saúde onde essa gestante começará seu pré-natal (BRASIL, 2016).

Vale a pena salientar que os principais objetivos do pré-natal de risco habitual, é preparar a mulher para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (puericultural).

Processo de Enfermagem no Pré Natal de Baixo Risco

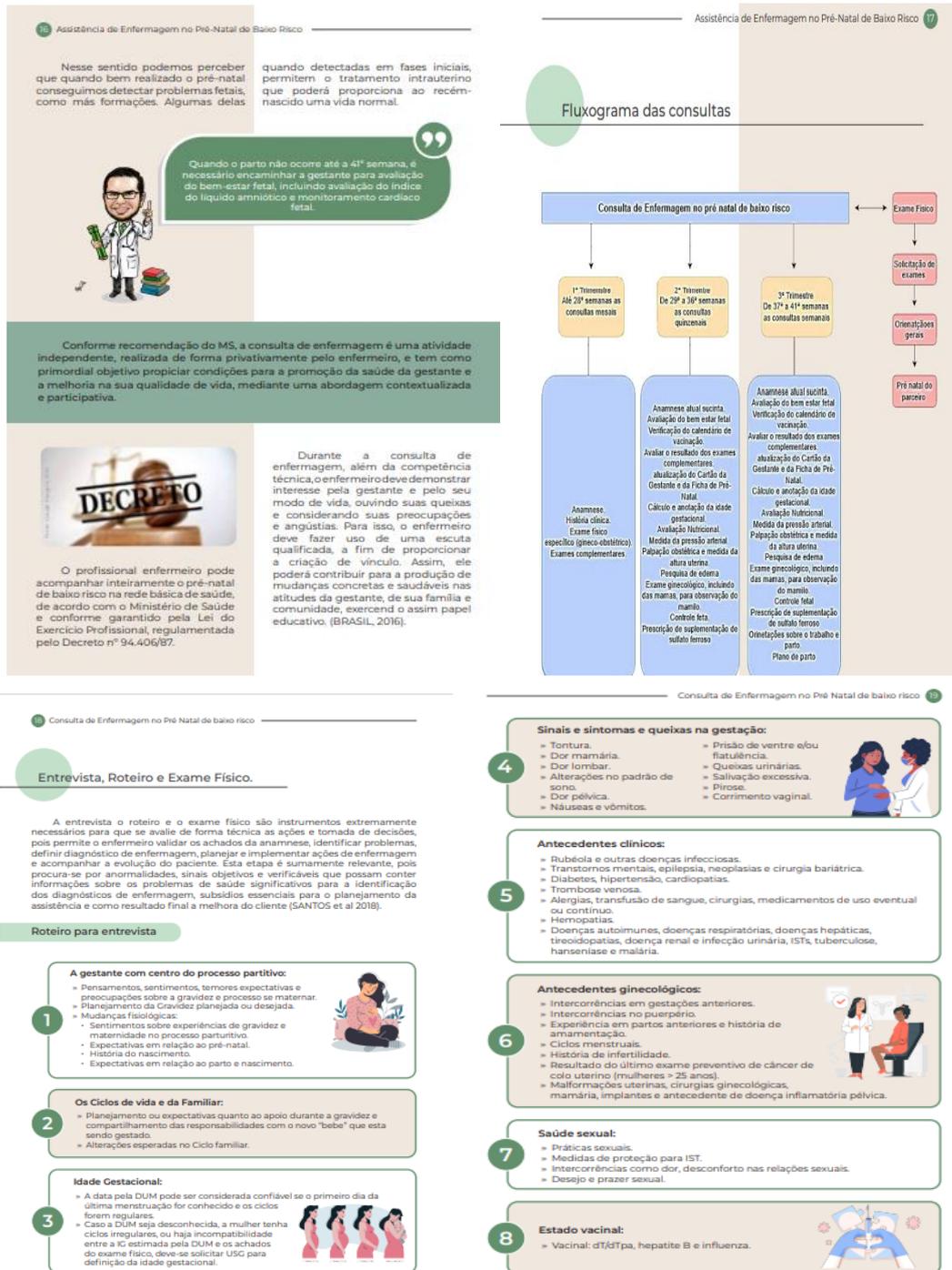
As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma (BRASIL, 2012).

- » Até 28ª semana – mensalente;
- » Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- » Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe "alta" do pré-natal antes do parto.

Fonte: autores, 2022.

Figura 7- Informações relevantes 2.



Fonte: autores, 2022.

Figura 8 - Entrevista, roteiro e exames.

20 Consulta de Enfermagem no Pré-Natal de baixo risco

9 História Familiar:

- » Grau de parentesco com o pai do bebê.
- » Câncer de mama ou ovário.
- » Deficiência e malformações.
- » Parceiro com ISTs Hanseníase.
- » Doença neurológica.
- » Pré-eclâmpsia.
- » Hipertensão.
- » Tuberculose.

10 Tabagismo e exposição à fumaça:

- » Exposição ambiental à fumaça de cigarro.
- » Para as fumantes, discutir o uso do tabaco e os riscos para a gestação. Fornecer informações sobre formas de cessar o uso; incentivar participação de grupos de apoio para cessar o tabagismo.

11 Hábitos nutricionais:

- » Hábitos alimentares.

12 Uso de álcool e outras drogas:

- » Atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).

13 Condições de vida e trabalho:

- » Renda.
- » Estresse e jornada de trabalho, vínculo empregatício.
- » Exposição a agentes nocivos.
- » Beneficiário de programa social (Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou Bolsa Família).

14 Saúde Bucal:

- » Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras queixas

Consulta de Enfermagem no Pré-Natal de baixo risco

Exame Físico

1 Ganho de peso (Todas as consultas):

- » Sempre o peso da gestante, calculando o índice de massa corporal (IMC – anotar no gráfico de IMC x Idade gestacional, avaliar o estado nutricional, segundo curva específica).
- » Quando o ganho for maior que o esperado, deve-se orientar minuciosamente a gestante quanto aos hábitos alimentares e de vida. O profissional deverá estar atento a este sinal de alerta, que pode evidenciar a possibilidade de pré-eclâmpsia ou diabetes.

2 Pele e mucosas:

- » Cloasma
- » Tumorções
- » Manchas Cor
- » Lesões
- » Hidratação
- » Turgor

3 Cabeça e pescoço:

- » Inspeção e palpação de crânio, face, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, cavidade oral, tireoide e Linfonodos.

4 Tórax:

- » Inspeção: alterações e assimetrias, padrão respiratório.
- » Palpação: presença de nódulo, massas ou sensibilidade, frêmito tóraco-vocal.
- » Percussão: percutir os campos pulmonares e estimar a excursão diafragmática.
- » Ausculta pulmonar e cardíaca

5 Mamas:

- » Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa.
- » Palpação de mamas, região supra clavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.
- » Tipo de mamilo: Sinal de Hunter; Rede de Haller; Presença de Tubérculos de Montgomery e Expressão.
- » Mamilar deve ser realizada rotineiramente se houver história de secreção espontânea ou presença de nódulos, devendo ser registrado a cor, consistência, quantidade e local exato.

23 Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Vale a pena salientar que o exame físico obstétrico o exame do abdome, que inclui sua inspeção, palpação, mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF). O fundo uterino torna-se palpável entre a 12ª e a 16ª semana e o BCF audível com sonar a partir de 10-12 semanas. A altura uterina deve ser avaliada e registrada em gráfico, conforme orientação abaixo, em todas as consultas. Depois que o BCF torna-se audível, caso não seja encontrado em alguma consulta a gestante deve ser encaminhada para avaliação na urgência obstétrica de referência (MONTENEGRO, 2017).

6 Abdome:

- » Inspeção, Palpação, mensuração e ausculta obstétrica.

A medida da altura uterina (AU) a cada consulta, de preferência pelo mesmo examinador, é uma maneira fácil e universalmente acessível de acompanhar o desenvolvimento fetal.

O registro gráfico da AU permite monitorar o desenvolvimento normal do feto conforme a IG e detectar desvios de crescimento (FREITAS et al 2017).

7 Altura Uterina:

- » Avalia a evolução gestacional, o que permite saber a idade da gravidez e acompanhar o crescimento fetal, bem como suspeitar de gemelidade, e do excesso do líquido amniótico (polidrâmnio).

Técnica para realizar a mensuração da AU:

- » Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- » Corrigir a comum dextroversão uterina por meio da palpação uterina.
- » Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- » Deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão.
- » Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.
- » Anotar a medida (em centímetros) no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina.

Adotamos como padrão de referência a curva de altura uterina de acordo com a idade gestacional apresentada por Oppertman e colaboradores (2006), que se fundamentam na avaliação de mais de 3500 gestantes em um estudo multicêntrico, em seis capitais brasileiras, para rastreamento do diabetes gestacional (EBDC).

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Nessa curva, observam-se valores superiores aos encontrados na curva anteriormente adotada (desenvolvida pelo CLAP – Centro Latino-Americano de Perinatologia) e, portanto, reflete mais fielmente o padrão de crescimento uterino das gestantes brasileiras. Temos como limites de normalidade o percentil 10 para o inferior e o percentil 90 para o superior (FREITAS et al 2017).

Importante: Após 20 semanas de gravidez, a medida da altura uterina frequentemente coincide com o número de semanas de gestação. Por exemplo, se você está grávida de 29 semanas, o profissional que a acompanha (enfermeiro e médico) espera que sua altura do fundo seja de aproximadamente 29 centímetros. Na realidade, para fins práticos consideramos que a altura uterina é igual a idade gestacional (BRASIL, 2017)

A cada consulta, deve-se marcar no gráfico o ponto de interseção da AU com a IG e atentar-se está situado entre os percentis 10 e 90. Caso a AU siga aumentando em um mesmo percentil saudável, deve-se seguir o calendário mínimo de pré-natal (como qualquer gestação de baixo risco). Caso ocorra queda ou elevação abrupta em uma curva que vinha evoluindo normalmente, deve-se atentar para um possível erro na medida e prosseguir investigação diagnóstica se a medida estiver correta. Uma medida que gera um ponto acima da curva superior (percentil 90) deve chamar atenção para alterações. Se o crescimento estiver evoluindo acima da curva superior, porém com a mesma inclinação da curva, é possível que a IG seja maior do que a estimada. Uma inclinação maior do que a curva superior, isto é, um crescimento uterino acima do esperado e ascendente, acontece na gestação múltipla, na hidrocefalia, no polidrâmnio, na doença trofoblástica gestacional, na macrosomia, ou na miomatose uterina (MONTENEGRO, 2017).

Fonte: autores, 2022.

Figura 9 - Informações relevantes 3.

Tabela 2 - Correlação entre o tamanho uterino e a IG

Semanas	Tamanho uterino
Até a 6ª semana de gestação	Não ocorre alteração do tamanho uterino.
Na 8ª semana	O útero corresponde ao dobro do tamanho normal.
Na 10ª semana	Corresponde a três vezes o tamanho habitual.
Na 12ª semana	Ocupa toda a pelve, sendo palpável na sínfise púbica.
Na 16ª semana	Encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.
Na 20ª semana	Situa-se na cicatriz umbilical.
A partir da 20ª semana	Existe uma relação aproximada entre as semanas de gestação e a medida da altura uterina, e quanto mais próximo ao término da gestação, menos fiel é a correspondência.

Fonte: BRASL, 2016

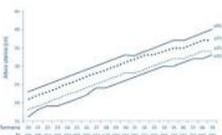


Figura 5.1 - Estabilização da curva altura do útero com o avanço da idade gestacional. (Fonte: Braxton-Hick, 1932)

Fonte: BRASL, 2016

8 Identificação da apresentação fetal:

- Geralmente a partir da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica ou transversa):
- Colocar as mãos sobre as fossas ilíacas.
- Deslizar em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta.
- A situação longitudinal é a mais comum.
- A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.

12 Monitorização fetal eletrônica:

- É um procedimento em que equipamentos são usados para monitorizar e registrar continuamente a frequência cardíaca do bebê, as contrações da mãe, os movimentos do bebê e, a relação entre eles que pode aumentar para intercorrências com o bebê durante o trabalho de parto e o parto.



No Brasil, o método de monitoramento eletrônico continua disponível na maioria dos hospitais e a cardiocotografia. A monitorização eletrônica é indicada principalmente quando existem fatores de risco aumentado para intercorrências com o bebê durante o trabalho de parto.

Tabela 3 - Referência da Frequência Cardíaca Fetal

Idade Gestacional/Tamanho do Feto	Frequência Cardíaca Normal
Embrião de 2 mm	75 bpm
Embrião de 5 mm	100 bpm
Embrião de 10 mm	120 bpm
Embrião de 15 mm	130 bpm
5 Semanas	Inicia com 80 e termina com 103 bpm
6 Semanas	Inicia com 103 e termina com 126 bpm
7 Semanas	Inicia com 126 e termina com 149 bpm
8 Semanas	Inicia com 149 e termina com 172 bpm
9 Semanas	155 - 195 bpm (média 175 bpm)
12 Semanas	120 - 180 bpm (média 150 bpm)
Após 12 Semanas	110 - 160 bpm (média 140 bpm)

Fonte: BRASL, 2016

Fonte: autores, 2022.

Figura 10 - Sinais vitais.

Seguindo com o mesmo autor (Rezende, 2019), a ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar doppler. A frequência cardíaca fetal normal é de 110 a 160 batimentos por minuto. Caso seja identificado bradicardia (batimentos abaixo de 110 bpm) ou taquicardia (batimentos acima de 160 bpm) fetal persistente (durante 10 minutos), a gestante deve ser referenciada à maternidade com emergência. O profissional também deverá estar atento ao registro dos movimentos fetais. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana de gestação, por meio da realização das manobras de Leopold.

9 Manobras de Leopold:

- Identifica o crescimento fetal, situação e a apresentação fetal e diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional.

Técnica para realizar manobra de Leopold:

- Delimitar o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer a parte fetal que o ocupa.
- Deslizar as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto.
- Explorar a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico.

10 Avaliação do bem estar fetal:

- Determinar a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção a escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta

11 Ausculta intermitente:

- Método em que se checa os batimentos cardíacos do bebê de forma periódica e sistemática, seguindo intervalos de acordo com o caso e o momento do trabalho de parto. É realizada usando um transdutor Doppler portátil.

Técnica para ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF):

- Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF.
- Contar número de BCF em um minuto.
- Frequência esperada é de 110 a 160 bpm.

13 Como realizar a Dinâmica Uterina - DU:

- Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos.
- Colocar a mão no fundo do útero da gestante a -m de avaliar o início de uma contração, anotar frequência e duração.
- Se forem observadas três contrações com duração maior que 20 segundos em 10 minutos, a gestante deverá ser encaminhada para a maternidade.
- Se intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hick.

14 Edema (Todas as consultas):

- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face em todas as consultas. O edema de MMII é comum na gestação, porém sua instalação súbita, progressão rápida ou acometimento de outros segmentos corporais devem ser encarados como sinal de alerta e correlacionar com patologias possíveis.

15 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica:

O rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes é extremamente importante para verificação precoce de possíveis patologias. O exame não está contraindicado a sua realização em gestantes, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

Passos para o Exame ginecológico:

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o perineo, o introito vaginal, a região anal.
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia.
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical.
- Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical.
- Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia.
- Coleta de material para exame colpocitopatológico.
- Realize o teste das aminas, quando necessário (KOH a 10%).
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade).

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Para a realização da coleta do material para exame colobacteriológico:

- O espéculo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta.
- Iniciada a introdução fazer uma rotação delimitando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal. Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir lentamente e com delicadeza. Na dificuldade de visualização do colo sugira que a mulher "tussa", não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional mais experiente.
- A coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice em lâmina única.
- Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra.
- Para coleta na endocérvice, utilizar a espátula de Ayre e não se deve usar escova de coleta endocervical, independente da idade gestacional.
- Estender o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregado uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular. A amostra ectocervical deve ser disposta no sentido transversal, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e o número do registro. O material retirado da endocérvice deve ser colocado na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.

Fonte: MONTENEGRO, 2017; MONTENEGRO, 2016.
Fonte: Imagens retiradas do banco de Imagens Freepress, 2022.

ATENÇÃO:

* No caso de pacientes grávidas, a coleta endocervical não é contraindicada, mas deve ser realizada de maneira cuidadosa e com uma correta explicação do procedimento e do pequeno sangramento que pode ocorrer após o procedimento. Como existe uma evolução fisiológica da junção escamo-colunar do colo do útero durante a gravidez, a realização inclusiva da coleta endocervical na grande maioria destes casos fornece um esfregado satisfatório para análise laboratorial (INCA, 2016).



Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Controle dos Sinais Vitais.

A seguir vamos apresentar orientações para o controle dos sinais vitais que são: Controle da pressão arterial (PA); Temperatura; Peso/IMC e, Frequência Respiratória.

Controle da pressão arterial (PA)

O processo gravídico deve ser entendido como fisiológico que compreende a um arcabouço de mudanças naturais no corpo da mulher. No entanto, existem mulheres que vivenciam alguns desafios e que evoluem para problemas significativos nesse período, o que pode afetar a qualidade do binômio gestante/produto concepcional. A hipertensão gestacional ocorre quando o valor da pressão é igual ou superior a 140x90mmHg, podendo se desenvolver após a 20ª semana de gestação. A PA é diagnosticada pelos os elevados níveis e sustentados pela PA pela medida casual. O controle dos níveis pressóricos deve ser realizado em toda a consulta de rotina das gestantes e de modo singular nas consultas de pré-natal. É considerada hipertensão arterial na gravidez a constatação de uma pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) > 90 mmHg (FREITAS et al 2017).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada em categorias:

- **Pré-eclâmpsia:** caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.
- **Eclâmpsia:** corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.
- **Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica:** definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.
- **Hipertensão arterial sistêmica crônica:** é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.
- **Hipertensão gestacional:** e podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).



Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Temperatura

Quando nos referimos a temperatura corporal normal, podemos elencar alguns níveis considerados dentro da normalidade, sendo assim a temperatura corpórea varia entre os 35,4°C e 37,2°C, quando medida na axila, mas pode aumentar em situações de gripe ou de infecção, gerando febre. As principais variações da temperatura corporal incluem (Lopes, et al 2019). Segue ao lado as principais classificações:

41° ou mais

39,4° - 41°

37,8° - 39,3°

36° - 37,5°

35° ou menos

Hipertermia

Febre alta

Febre

Normal

Hipotermia

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Tabela 5 - Recomendações para o ganho de peso na gestação de acordo com o IMC pré-gestacional.

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Ganho total de peso (kg)	Taxa de ganho de peso no 2o e 3o trimestres (kg)
Baixo peso	12,5-18	0,51 (0,44-0,58)
Peso normal	11,5-16	0,42 (0,35-0,50)
Sobrepeso	7-11,5	0,28 (0,23-0,33)
Obesa	5-9	0,22 (0,17-0,27)

Fonte: Adaptada (FREITAS et al 2017).

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Peso/IMC

A orientação de dieta adequada nas gestantes e sem riscos ao desenvolvimento fetal deve estar inserida no acompanhamento pré-natal. Nesta perspectiva as condições exigem que o tratamento nutricional seja individualizado e acompanhado por nutricionista, ao longo de toda a gestação. Assim, todo profissional que atende mulheres, gestantes ou não, deve estar atento para as situações nas quais a avaliação nutricional ou uma intervenção dietoterápica pode ser aconselhável (MONTENEGRO, 2017).

A fisiologia da gestação contribui com cerca de 10 kg no ganho ponderal da gestante (feto, placenta, líquido amniótico, hipertrofia uterina, aumento da volemia, aumento do volume mamário). O restante do ganho de peso deve-se aos depósitos de gordura materna (MONTENEGRO, 2017).

Tabela 4 - Categorias de peso corporal de acordo com o índice de massa corporal (IMC).

Categoria IMC	IMC (kg/m ²)	DMAS (kg/m ²)
Baixo peso	<19,8	<19,5
Peso normal	19,8-26	18,5-24,9
Sobrepeso	26,1-29	25-29,9
Obesidade 1	>29	30-34,9
Obesidade 2		35-39,9
Obesidade 3		>40

Fonte: Adaptada (MONTENEGRO, 2017).

Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco

Frequência Respiratória

A fisiologia da frequência respiratória consiste na entrada do oxigênio inalado que entra no sangue e o dióxido de carbono é exalado para a atmosfera. O intercâmbio destes gases ocorre quando o ar chega aos alvéolos, que é a parte funcional do pulmão. É aí que o sangue venoso se transforma em sangue arterial. Neste sentido, a expansibilidade do tórax é simétrica. Qualquer doença que afete a caixa torácica, sua musculatura, o diafragma, a pleura ou o pulmão de um lado, pode ser precocemente percebido pela assimetria dos movimentos ventilatórios. O adulto normal em repouso respira confortavelmente 12 a 18 vezes por minuto. Em recém-nascidos o valor normal é de 30 a 40 respirações por minuto e em crianças de 25 a 30 respirações por minuto. Durante a avaliação da respiração, deve-se avaliar a frequência, profundidade, ritmo e característica da respiração (FREITAS et al 2017).

Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e Data provável do parto (DPP)

A determinação da idade gestacional (IG) com a maior precisão possível é extremamente importante para o manejo de diversas situações durante a gestação, como trabalho de parto pré-termo, pós-datismo, necessidade de interrupção da gestação devido a doença materna, e para o acompanhamento do crescimento fetal ao longo da gestação. Foi comprovado que são incorretas entre 11 e 42% as idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação (MONTENEGRO, 2017).

Fonte: autores, 2022.

Figura 11 - Avaliações.

A IG corresponde ao número de semanas desde o primeiro dia da última menstruação (DUM) até a data da consulta. Pode ser calculada de diversas maneiras, dentre as quais se destaca a utilização dos calendários/discos obstétricos, chamados gestogramas. Quando a DUM não é conhecida ou não é confiável (ciclos irregulares ou uso periconcepcional de anticoncepcionais orais), deve-se lançar mão de outras formas de estimar a IG. Qualquer cálculo de IG deve ser avaliado com a consciência de que é apenas uma aproximação (MONTENEGRO, 2017).



Importante:
A data provável do parto (DPP) é calculada pela regra de Nägele, somando-se 280 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtraindo-se 3 ao mês em que ocorreu a DUM.

Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional

O peso da gestante na gestação deve ser controlado, pois a ausência de ganho ou a perda de peso podem estar associadas a um crescimento fetal insuficiente. O ganho de peso repentino (700 g ou mais em uma semana) deve levantar suspeita de retenção líquida/edemas relacionados com a pré-eclâmpsia (BRASIL, 2017).



Para acompanharmos o crescimento ponderal da gestante, podemos usar o peso estimado antes de engravidar e considerar como aumento normal um ganho semanal de 400 g no segundo trimestre e de 300 g no terceiro (BRASIL, 2017).

Sangramento Vaginal

O sangramento vaginal pode ser caracterizado como um evento comum em todas as fases da gestação. Podemos observar que de forma geral, a fonte do sangramento é praticamente sempre materna (e não fetal) e, na maior parte dos casos, esse sangramento pode resultar da ruptura dos vasos sanguíneos na decidua (isto é, endométrio da gravidez) ou de lesões cervicais ou vaginais discretas. No entanto, podemos estabelecer que o diagnóstico clínico, pode ser baseado na idade gestacional do paciente e no sangramento (por meio da discriminação de suas características como ser habitual, médio ou em grande quantidade, associado à dor ou indolor, intermitente ou constante) e, nesse contexto, os exames laboratoriais e de imagem são usados para confirmar ou para revisar o diagnóstico inicial para a confirmação do possível prognóstico (WEISSHEIMER et al, 2019)

Causas da hemorragia na gravidez

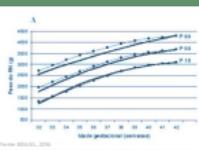
No primeiro trimestre (até às 12 semanas):

- » Ameaça de abortamento (normalmente o colo útero está fechado e a perda de sangue é pequena).
- » Trabalho de abortamento (colo do útero está aberto, existe dor pélvica ("dor de barriga") forte e a hemorragia é mais abundante).

Outra ferramenta útil para estimar a IG é a medição da altura uterina. O uso de uma curva-padrão de crescimento uterino permite correlacionar a IG calculada e a medida da altura uterina a cada consulta (Montenegro, 2017).

Uma das formas mais confiáveis para a datação da gestação é a avaliação por ecografia obstétrica no primeiro trimestre. Essa avaliação torna-se essencial em caso de DUM incerta ou discordante em relação à altura uterina e para diagnóstico diferencial entre datação incorreta e outro fator (gestação múltipla, polidrâmia, oligodrâmia,

restrição de crescimento intrauterino, macrosomia fetal) (MONTENEGRO, 2017).



- » Gravidez ectópica (gravidez extrauterina; pode se implantar na trompa, ovário, cavidade abdominal ou no colo útero); e sempre uma gravidez não evolutiva e pode pôr em risco a vida da grávida.
- » Mola hidatiforme (anormalia do trofoblasto).

No segundo e terceiro trimestre (das 12 semanas até ao parto):

- » Placenta baixamente inserida (placenta que se implanta perto do colo do útero (<2cm); designa-se de placenta prévia apenas no 3º trimestre pois

Frequentemente a base exata do sangramento vaginal será determinada com facilidade quando ele se manifestar no primeiro trimestre de gestacional. De forma geral, o objetivo primordial em realizar a avaliação é a confirmação diagnóstica. Neste sentido para a avaliação é preciso determinar

muitas placentas baixas no 2º trimestre modificam-se à medida que a gravidez prossegue.

- » Vasa prévia (vaso placentar que passa sobre o colo útero).
- » Complicação rara, mas potencialmente catastrófica devido ao risco de rotura e subsequente exsanguinação.
- » Início do trabalho de parto (consequência do apertamento e dilatação do colo do útero e é resultante da laceração de pequenos vasos).

se a gestante realizou exames de imagens bem como os resultados do mesmo, pois a documentação prévia de que a gravidez está na localização intrauterina normal tende a restringir imediatamente o diagnóstico diferencial (TELES et al 2019)

No Brasil, o Conselho Federal de

que realize de forma ordenada os procedimentos necessários durante a realização dos exames complementares. Caso contrário os resultados não serão satisfatórios, prejudicando assim a interpretação e as possíveis intervenções a serem

realizadas. Os profissionais de saúde precisam realizar capacitações a todos os membros de suas respectivas equipes, garantindo que os dados clínicos tenham resultados fidedignos. Os exames da primeira consulta, conforme Montenegro, (2017):

Solicitação de Exames laboratoriais

Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 358/2009, definiu que a SAE deve acontecer obrigatoriamente em toda instituição de saúde, pública e privada, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem – PE, este englobado pela SAE. O PE está estruturado em cinco fases: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Desse modo, o PE deve ser incorporada ao cotidiano prático da

enfermagem, e na atenção à saúde da mulher durante o ciclo-gravídico puerperal, a CE durante o pré-natal, visa manter a integridade das condições de saúde da mulher e do bebê. Segundo o Departamento de Atenção Básica do MS, os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetria) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio (BRASIL, 2012).

Para realizar o pré-natal se faz necessário que haja uma equipe

Na primeira consulta pré-natal, devem ser solicitados os seguintes exames de rotina:

- » Tipagem sanguínea Sorologia para lúes (VDRL)
- » EGU e urocultura Hematócrito e hemoglobina Citopatológico de colo uterino (CP)
- » Glicemia de jejum
- » Anti-HIV Sorologia para toxoplasmose (não em todas as regiões, como rotina)

Exames solicitados no segundo trimestre:

- » Coombs indiretos (se paciente Rh-negativo)
- » Glicemia de jejum (após a 24ª semana)
- » Sorologia para toxoplasmose, se IgM e IgG não reagentes no primeiro trimestre

Exames solicitados no terceiro trimestre:

- » Sorologia para lúes (VDRL) Anti-HIV
- » Hematócrito e hemoglobina HBsAg
- » Sorologia para toxoplasmose, se IgM e IgG não reagentes no primeiro trimestre.
- » Pesquisa para Streptococcus do grupo B (se for o caso)

Fonte: autores, 2022.

Figura 12 - Avaliações 2.

Manejo e conduta frente às queixas comuns no Pré-Natal de Baixo Risco

Quando falamos dos sintomas que caracterizam a gravidez por sua vez entendemos que eles não podem ser equiparados a todas as gestantes, haja vista que as gestações são únicas. Algumas mulheres são mais sensíveis às mudanças antropofísicas e hormonais ou possuem condições que favorecem a exacerbação de determinados sintomas. Vale a pena salientar que na consulta de pré-natal, os profissionais devem avaliar todos os sintomas gestacionais buscando adotar as medidas necessárias para seu controle e, se necessário, o encaminhamento para acompanhamento em serviço especializado (BRASIL, 2020).

Existem algumas queixas que mais prevalecem na gestação e está associada às corporais do organismo materno. É fundamental orientar as gestantes que procurem orientação da equipe multiprofissional para o manejo desses sintomas. Vale lembrar que a automedicação durante a gestação tem riscos adicionais, uma vez que, muitos medicamentos são contraindicados. Os quadros a seguir apresenta uma relação dos sintomas comuns ao período gestacional e as condutas indicadas segundo o Protocolo de Atenção Básica. Ministério da Saúde de 2016 (BRASIL, 2020).

Sintomas: Náuseas e vômitos.

Descrição

Sintoma mais frequente no início da gestação. Esses sintomas tendem a melhorar após o primeiro trimestre, mas em 20% das mulheres podem persistir até o final da gestação.

Orientações

- Essa é uma queixa comum no início da gestação.
- Mantém dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.

Medicamentos

- Hidróxido de alumínio (230 mg) ou de magnésio (300 mg), 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições, isolados ou combinados.
- Bloqueadores H₂ (Ranitidina 150 mg, uma a duas vezes ao dia) podem ser prescritos. Se não houver melhora, inibidores da bomba de prótons (Omeprazol 20 mg, uma vez ao dia) também podem ser utilizados.

Sintomas: Sialorréia ou ptialismo.

Descrição

- Algumas gestantes referem aumento da salivação no decorrer do pré-natal. Isso pode estar associado ao consumo de amido, ao estímulo do ramo trigêmeo e à hipertonia vagal. Geralmente, existe um fundo psicológico associado a esse sintoma.

Orientações

- Evitar o jejum prolongado com dieta fracionada (de cinco a seis refeições por dia). Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.

Medicamentos

- Piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva na redução da intensidade da náusea.
- Podem ser utilizados de forma segura: antieméticos (metoclopramida 10mg, três vezes ao dia bromoprida 10mg, duas a três vezes ao dia, dimenidrato 50mg, de três a quatro vezes ao dia), anti-histamínicos (prometazina 25mg, de 3 a 5 vezes ao dia, meclizina 25-50mg, de três a quatro vezes ao dia)

Sintomas: Hemorroidas.

Descrição

O aumento do volume uterino, que comprime a veia cava inferior e dificulta o retorno venoso, associado à constipação, favorece a dilatação das veias retais, levando ao aparecimento de hemorroidas.

Orientações

- Evitar forçar a evacuação. Esse esforço excessivo pode precipitar o aparecimento do problema. Além disso, é fundamental prevenir a prisão de ventre durante a gestação. Fazendo atividade física.

Medicamentos

- Medicamento tópicos como pomadas e cremes anestésicos, anti-inflamatórios e cicatrizantes.

Sintomas: Dor em baixo ventre ou lombalgia.

Descrição

- Quadro de dor abdominal baixa e lombossacra que resulta da distensão das articulações sacroilíacas e da sínfise púbica.

Orientações

- Corrigir a postura, evitar o ortostatismo prolongado.

Medicamentos

- Analgésicos. Em casos de dor em baixo ventre de intensidade, duração sugestivas de contração, sangramento vaginal, sintomas sistêmicos ou de abdome agudo Encaminhar para avaliação de urgência.

Sintomas: Queixas urinárias.

Descrição

- Representados pela polaciúria e pela nictúria sem disúria, no primeiro trimestre devem-se à compressão do útero na bexiga, e, no final da gravidez, à compressão da apresentação fetal.

Orientações

- Em caso de Disúria ver orientações para ITU.

Medicamentos

- Antibióticoterapia: Amoxicilina; Ceftriaxona e incluem a critério médico: Ceftazidima; Nitrofurantoina; Macrofantina.

Presença de Edema na Gestação

O edema na gestação é caracterizado como alterações comuns e duráveis na gravidez, pela qual a gestante sente desconforto e algias recorrentes, podendo impossibilitá-la de exercer suas tarefas de seu cotidiano. O edema no período gestacional é caracterizado como o excessivo acúmulo de líquido nos tecidos, sendo um desequilíbrio entre o aporte líquido retirado dos capilares sanguíneos e a drenagem dos líquidos. No tange a preceptiva do surgimento de edema durante a gestação, relatam que vários fatores contribuem para esta alteração como o aumento da permeabilidade e da pressão capilar, hipoproteïnemia, compressão das válvulas venosas e disfunções hormonais. Além destas alterações, existe maior retenção de água no organismo, ocasionando edema em metade das gestantes, principalmente em membros inferiores (SILVA et al 2020).

Durante a avaliação na gestante com queixa de edema em membros inferiores, é de fundamental importância que se faça uma boa anamnese e exame físico. O primeiro passo é confirmar a existência do edema, que se caracteriza pela formação de caxifo (sinal de Godet) ao

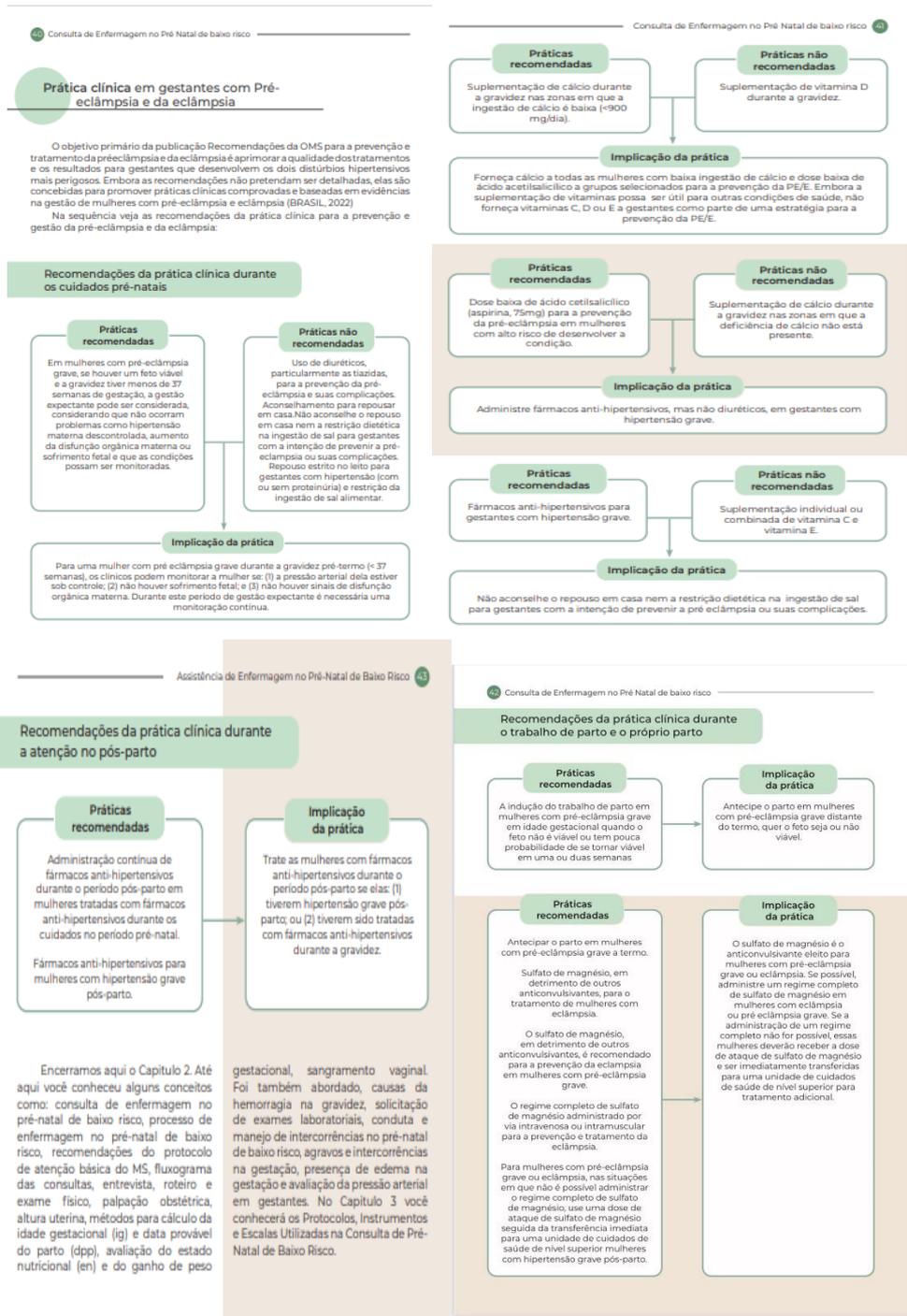
pressionar com o polegar a região pré-tibial e maleolar os membros inferiores por, pelo menos, cinco segundos (SILVA et al, 2020)

Quando confirmado o diagnóstico de edema, o profissional que acompanha essa gestante, precisa fazer uma busca ativa para identificar a causa do edema que será baseado na história e no exame físico da gestante e encaminhar ao profissional adequado para tratamento, lembrando que o tratamento do edema será multiprofissional. Salvaguardado em casos de edema unilateral (SILVA et al 2020)

Ao falarmos sobre as alterações hipertensivas da gestação é imprescindível salientarmos que elas estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. É sabido que nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo, justamente por conta da falta de rastreamento e controle correto (BRASIL, 2013)

Fonte: autores, 2022.

Figura 13 - Práticas.



Fonte: autores, 2022.

Figura 14 - Protocolos.

PROTÓCOLOS, INSTRUMENTOS E ESCALAS UTILIZADAS NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.

Neste capítulo apresentaremos a Escala de Depressão perinatal de Edimburgo (EPDS), a avaliação pós-parto através da escala Edinburgh Pós-natal Scale (EPDS), posteriormente o calendário de imunização materna (SUS), a Triagem Neonatal e também ensinaremos como é realizado o teste do pezinho. Na sequência abordaremos as doenças identificadas na triagem neonatal ampliada, os protocolos do MS e SC sobre consulta de enfermagem, assim como os protocolos sobre gestantes - COVID e o protocolo para prescrição de medicações usadas durante a gestação pelo enfermeiro. Bastantes temas relevantes e orientadores, preparado?

Escala de depressão pós-parto – DPP, por Edimburgo (EPDS)

A depressão é considerada um grave problema de saúde pública, sendo a DPP um sério problema no período gravídico-puerperal, acometendo mulheres nos seis primeiros meses após o parto. Podemos caracterizar esse problema com um índice maior nos países em desenvolvimento. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que nestes países cerca de 20% das mães são acometidas pela DPP, tendo o suicídio como desfecho entre gestantes e puérperas (MIGUEL et al., 2017).



Fonte: Google Imagens, 2022

como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EPDS for igual ou maior que 10 (CHADE et al 2019).

Questionário

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

- 1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas?**
 Como eu sempre fiz
 Não tanto quanto antes
 Sem dúvida, menos que antes
 De jeito nenhum
- 2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia?**
 Como sempre senti
 Talvez, menos que antes Com certeza menos
 De jeito nenhum
- 3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas?**
 Sim, na maioria das vezes Sim, algumas vezes
 Não muitas vezes
 Não, nenhuma vez
- 4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?**
 Não, de maneira alguma Pouquíssimas vezes
 Sim, algumas vezes
 Sim, muitas vezes
- 5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?**
 Sim, muitas vezes Sim, algumas vezes Não muitas vezes
 Não, nenhuma vez
- 6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia?**
 Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
 Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
- 7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir?**
 Sim, na maioria das vezes Sim, algumas vezes
 Não muitas vezes
- 8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada?**
 Sim, na maioria das vezes Sim, muitas vezes
 Não muitas vezes
 Não, de jeito nenhum

Fonte: autores, 2022.

Figura 15 - Triagem.

Os fatores de risco que caracterizam a DPP são consequências sociais e familiares, pois além de atingir a puérpera, acomete todos as pessoas que a cercam, causando conflitos conjugais, no desenvolvimento do binômio mãe-bebê e levando essas mães a grande sofrimento psíquico, desencadeando assim um aumento para o risco de suicídios quando não acompanhada de forma correta pelas equipes de saúde (MIGUEL et al., 2017).

Podemos elencar como sintomas mais comuns desânimo, variação de humor, choro frequente, sentimento de incapacidade, sono prejudicado, ansiedade, ideação suicida, sentimento de culpabilização, e medo de ser agressiva com o bebê. Comumente esses sinais são mais visíveis entre a quarta e oitava semanas após o parto (MIGUEL et al., 2017).

A equipe de enfermagem tem um papel ímpar na detecção, prevenção e promoção de saúde em puérperas acometidas com DPP, pois o enfermeiro está mais em contato com a gestante durante o período gravídico-puerperal. Neste sentido no período do puerpério a equipe de enfermagem deve ter o cuidado e oferecer um suporte profissional desenhando ações que interajam com as gestantes e famílias (CONÇALVES et al., 2018).

Conforme Gonçalves et al., (2018), como ferramenta para detectar a DPP, utilizamos a EPDS, que é composta por 10 itens relacionados aos sintomas depressivos, os quais recebem pontuação de 0 a 3. A soma dos pontos obtidos atinge um escore total de 30 pontos. Sendo assim, o escore de 00 a 09, segundo os autores, indicam alguns sintomas de angústia, porém de curta duração, no entanto se os sintomas durarem por mais de duas semanas é necessária uma avaliação mais detalhada.

Os Escores de 10 a 12 pontos indicam sintomas de angústia mais intensos, sendo necessário monitorar regularmente e repetir a EPDS, em duas semanas, caso continue os sintomas faz-se um encaminhamento para uma avaliação minuciosa com um profissional capacitado. Escore igual ou acima de 12 pontos necessita de uma avaliação específica e aprofundada, pois existe a possibilidade de desenvolvimento da depressão, nestes casos encaminha-se para um psiquiatra e/ou psicólogo. A puérpera que obtiver pontuação positiva no item 10 (01, 02 ou 03 pontos) deve-se fazer uma avaliação aprofundada para uma melhor segurança sua e do bebê, pois esse item está relacionado ao autoextermínio (CONÇALVES et al., 2018).

Avaliação pós-parto através da escala de Depressão pós-parto – DPP, por (Edinburgh Pós-natal Scale-EPDS)

Esta ferramenta mostrou elevada sensibilidade para a identificação da depressão pós-parto, na maioria das investigações realizadas nas puérperas. O questionário de autoavaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio. As entrevistadas são consideradas

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado?

- Sim, quase todo o tempo Sim, muitas vezes
 De vez em quando
 Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça?

- Sim, muitas vezes, ultimamente Algumas vezes nos últimos dias
 Pouquíssimas vezes, ultimamente
 Nenhuma vez

Como calcular fazer a pontuação:

Questões 1, 2 e 4

- Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.
- Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

- Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.
- Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

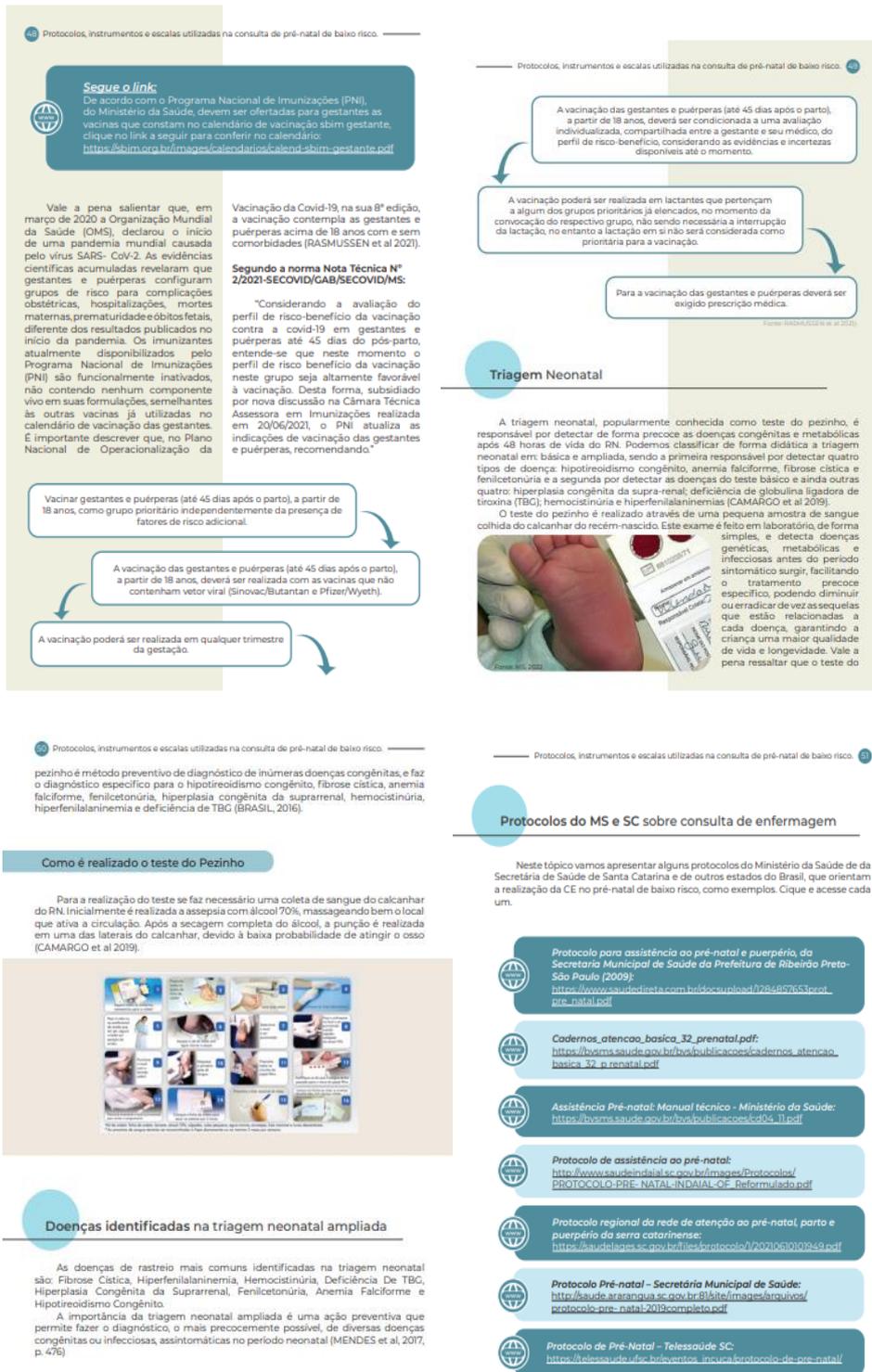
Calendário de Imunização materna (SUS)



Fonte: OMS, 2021

A imunização possibilita prevenir adoecimentos, hospitalizações e até evitar mortes, por isso estão entre os maiores avanços da área de saúde em todos os tempos. Já as doenças infecciosas podem causar graves danos, como o aborto, a prematuridade e malformações fetais. Sendo assim, a vacinação da gestante só se torna segura e plena quando restrita às recomendações de seu calendário e tem duplo efeito positivo: proteção para a mãe, gestante e bebê, através de anticorpos (BRASIL, 2020).

Durante o período gestacional, inúmeras mudanças fisiológicas no organismo da mulher ocorrem que podem favorecer a queda da imunidade e predispor a infecções de maior gravidade. Temos um exemplo clássico da gripe, causada pelos vírus influenza. Neste sentido, as gestantes estão entre os grupos vulneráveis, onde a mortalidade é alta. Além disso, gestantes com doenças de base como diabetes, cardiopatias e pneumopatias, estão expostas a um risco ainda maior de complicações (BRASIL, 2020).



Fonte: autores, 2022.

Figura 16 - Protocolos e normas técnicas.

53 Protocolos, instrumentos e escalas utilizadas na consulta de pré-natal de baixo risco.

Protocolos sobre gestantes – COVID

No momento atual momento em que vivemos uma das mais avassaladoras pandemias. O Brasil entende que as gestantes e puérperas constituem grupo de risco frente à covid-19 (KNIGHT et al., 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para covid-19. Nesta perspectiva deixaremos os link úteis sobre as principais prerrogativas referentes as orientações sobre os protocolos relacionados a vacina para as gestantes:

Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19:
https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_assistencia_gestante.pdf

Manual Instrutivo para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia da covid-19:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/comunicacao/divulhacoes/tecnicas/quais-sao-as-manual-instrutivo-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-da-covid-19>

Protocolo para prescrição de medicações usadas durante a gestação pelo enfermeiro.

O Enfermeiro em pleno exercício profissional realiza a prescrição de medicamentos pertencentes aos programas de saúde pública (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) e em rotina aprovada pelas instituições de saúde. A prescrição de medicamentos é regulamentada pela Lei n. 7.498/1986, que regula o Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil, o Decreto nº 94.406/1987, e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 271/2002, revogada pela Resolução COFEN nº 377/2007. A prática da prescrição de medicamentos é uma ação importante na consulta de enfermagem e imprescindível para o andamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família (COREN, 2015)

Confira no site:
https://www.cofen.br/saite/portaldeboaspraticas/pdf/002_001_2017_7107-60-5497748e10c418b5c4e3a202a3e15915d0.pdf

54 Protocolos, instrumentos e escalas utilizadas na consulta de pré-natal de baixo risco.

Norma Técnica – SC, para o tratamento de sífilis na gestação.

Podemos caracterizar a sífilis como uma patologia genuinamente infecciosa e de caráter sistêmico com uma rápida evolução crônica e sujeita a períodos de latência e surtos de agudização. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, podendo ser transmitida por via sexual ou vertical e causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. Para o seu diagnóstico e o tratamento podem ser realizados com baixo custo e sem dificuldade operacional (BRASIL, 2020).

os testes treponêmico rápidos ou os convencionais (FTA-Abs, TPHA, Elisa, entre outros) e os não treponêmicos (VDRL, TRUST, RPR, entre outros) (BRASIL, 2020).

Com relação a terapêutica escolhida para o tratamento da sífilis na gravidez e prevenção da sífilis congênita é a penicilina benzatina administrada via parenteral, sendo realizada nas Unidades de Atenção Básica de Saúde pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico. As Evidências científicas atuais nos mostram que esse medicamento é altamente eficaz na redução de eventos adversos na gestação, relacionados à sífilis materna, e na prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2020).

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 1,5 milhão de mulheres grávidas são infectadas com sífilis anualmente, metade dessas mulheres desfechadas não são avaliadas e não se realizam o tratamento adequado, sendo assim terão seus filhos com resultados adversos, tais como óbito neonatal, baixo peso ao nascer e/ou evidência clínica de infecção causada pela bactéria (BRASIL, 2020).

Segundo as recomendações mais atuais Ministério da Saúde, toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o período em que esta fazendo o pré-natal. Além disso, deve ser realizado um teste logo após interação para o parto ou abortamento. Para diagnóstico da sífilis em gestantes podem ser utilizados

Orientações sobre diagnóstico, tratamento, monitoramento e notificação da sífilis adquirida, gestacional e congênita e o seguimento da criança exposta no contexto da atenção primária e hospitalar.

54 Protocolos, instrumentos e escalas utilizadas na consulta de pré-natal de baixo risco.

Acesse a norma NOTA TÉCNICA CONJUNTA No 001/2021 – DAPS/DIVE, sobre a Sífilis na Gestação que é da o norte as nossas praticas assistencias no estado de SC, confira no site:
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais/documentos/atencao-basica/notas-tecnicas-ab-aps/gerais-da-mulher-7/7673-nota-tecnica-conjunta-n-001-2021-daps-dive?file#:~:text= Foi%20elaborado%20o%20algoritmo%20de%20decis%C3%A3o%20sobre%20a%20diagn%C3%A9stico%20de%20sifilise%20em%20gestantes>

Encerramos aqui o Capítulo 3 onde foi abordada: protocolos, instrumentos e escalas utilizadas na consulta de pré-natal de baixo risco, escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), avaliação pós parto através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh pós-natal scale (EPDS), calendário de imunização materna (sus), triagem neonatal e como é realizado o teste do pezinho. Também vimos as doenças identificadas na triagem neonatal ampliada. Contamos ainda como os protocolos do MS e SC sobre consulta de enfermagem, protocolos sobre gestantes – covid e o protocolo para prescrição de medicações usadas durante a gestação pelo enfermeiro.

Fonte: autores, 2022.

Figura 17 - Referências.

5.2 VÍDEO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO POR MEIO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

O vídeo foi elaborado a partir da 2ª Categoria do Guia: humanização e o vínculo no pré-natal: potencialidades para o fortalecimento da consulta de enfermagem. Sua elaboração foi realizada a partir do *briefing* que passou por 01 versão (apêndice E) o vídeo foi produzido pela produtora Casa na Arvore Filmes e contou com roteiro elaborado pelo pesquisador e foi validado por, 3 (três) enfermeiras pré-natalistas 01 (uma) coordenadora da rede cegonha no estado de Santa Catarina 01 (uma) e coordenadora da APS da macrorregião Grande Oeste. Foi enviado um questionário via Google forms em anexo o link do vídeo, onde os Juízes expertises, puderam fazer suas contribuições. Logo após a análise das respostas, realizamos um quadro com as possíveis sugestões para que fossem modificadas. O vídeo reforça a humanização e o acolhimento das gestantes como fatores e auxiliam na construção do vínculo e adesão das gestantes, o que acaba por potencializar a realização da CE no pré-natal de baixo risco e o papel do enfermeiro no acompanhamento do Pré-natal de baixo risco.

Figura 18 - Vídeo.



Fonte: autores, 2022.

5.3 REVISÃO NARRATIVA: CONSULTA DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Resumo

Objetivo: identificar na literatura científica as intervenções realizadas durante as consultas do enfermeiro para o pré-natal de baixo risco e as principais ações educativas com as gestantes e puérperas. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa tipo revisão narrativa. Foi utilizado o conjunto de descritores: “Pré-Natal”, “Consulta de Enfermagem”, “Enfermagem” e “Assistência de Enfermagem”. **Resultados:** foram encontrados 135 estudos e, após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, restaram 34 artigos, categorizados em três eixos temáticos: 1) Avaliação/análise da assistência de enfermagem na consulta pré-natal; 2) Ações realizadas na consulta pré-natal e uso de instrumentos, protocolos e diagnóstico de enfermagem sob diferentes perspectivas e percepções e 3) Expectativas e representações sociais das mulheres (gestantes e puérperas) em relação a consulta pré-natal de baixo risco. **Conclusão:** a assistência de enfermagem prestada durante o pré-natal ainda gera insatisfação das gestantes, por fatores como capacitação inadequada dos enfermeiros, demora de acesso ao atendimento, má qualidade do atendimento e falta de realização de determinados procedimentos preconizados. Além disso, as ações educativas ocorrem raramente e focada apenas nas dúvidas apresentadas. **Contribuições para a prática:** é preciso intervir nas fragilidades da Consulta do Enfermeiro no âmbito institucional, por meio da criação de protocolos que visem um atendimento mais humanizado, baseado em evidências, com qualidade clínica e educativa, focado na necessidade específica que as gestantes e familiares apresentam durante o pré-natal.

Descritores: Enfermagem no Consultório; Cuidado Pré-natal; Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Descriptors: Office Nursing; Prenatal Care; Nursing; Systematization of Nursing Care; Nursing Care.

Introdução

O período de gestação é um evento natural no qual ocorrem diversas mudanças físicas, psicológicas e hormonais no corpo feminino, portanto é imprescindível que estas

mudanças sejam acompanhadas por um profissional qualificado, desde o início. Também se faz necessário estabelecer uma cultura de respeito aos direitos humanos, como os direitos sexuais e reprodutivos, valorizando os aspectos subjetivos envolvidos no processo de atenção à saúde. Este processo desempenhado de forma a zelar pela qualidade do cuidado durante o período é considerado um ato primordial, pois evitará possíveis danos tanto à gestante quanto ao recém-nascido e a puérpera (MELO *et al.*, 2020).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2018, orienta que realização correta e oportuna do pré-natal diminui as chances das ocorrências de diversos problemas obstétricos. Todas as mulheres necessitam do acesso a cuidados de pré-natal durante o período gestacional.

O pré-natal é um conjunto de procedimentos que possui como objetivo oferecer ao binômio mãe/bebê e sua família um acompanhamento de forma a prezar pela saúde dos envolvidos, tendo na integralidade de uma atenção humanizada fornecida pelos profissionais da área da saúde o seu ponto principal de atenção e foco. Todas estas ações postas em prática pelos profissionais capacitados resultam em uma gestação saudável e um parto que não ofereça complicações para a mãe e o filho (MELO *et al.*, 2020).

O Brasil vem apresentando reduções significativas nos índices de mortalidade materna e infantil nas últimas décadas, porém, sem atingir os índices desejados. Entre os anos de 2015 a 2017, apresentou uma pequena variação na razão da mortalidade materna, permaneceu com índices um pouco abaixo de 60 mortes por 100 mil nascidos vivos, sendo este um valor bem acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece o máximo 20 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2019).

Sendo assim, nesta pesquisa busca-se ampliar conhecimentos acerca da sistematização do processo da assistência do pré-natal de baixo risco realizada pelo enfermeiro, por meio da Consulta do Enfermeiro.

A sistematização da assistência em enfermagem e as Consultas do Enfermeiro no pré-natal de baixo risco têm como objetivo diminuir a incidência de dúvidas e ansios presentes nas gestantes, para que desta forma, a mulher possa usufruir de uma gestação saudável e estabelecer vínculo com o enfermeiro. Deste modo, a Consulta do Enfermeiro durante o pré-natal pretende identificar as condições de saúde e implementar ações para promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da gestante. A integralidade do cuidado prestado às gestantes faz parte das

práticas a atenção a saúde no modelo assistencial atual do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA *et al.*, 2022).

A Consulta do Enfermeiro durante o pré-natal de baixo risco é essencial para a prevenção ou detecção precoce de alterações patológicas. O enfermeiro tem papel primordial na criação de vínculo com a gestante para a promoção de uma gestação saudável e com bom desenvolvimento fetal. A realização de atividades instrutivas durante o pré-natal é uma competência do enfermeiro que está associada a maior satisfação da gestante, assim como desfechos mais favoráveis da gestação (MENEZES; ALMEIDA; SANTOS, 2021).

Considera-se este estudo benéfico para a sociedade acadêmica, uma vez que os resultados podem sinalizar fragilidades a serem trabalhadas no âmbito institucional e auxiliar na criação de protocolos que visem um atendimento mais humanizado, focado na necessidade específica que as gestantes e familiares apresentam durante o pré-natal. Nessa direção, a presente pesquisa contribui para a prestação de uma assistência mais oportuna e qualificada à paciente gestante e seus familiares. Mediante seus resultados, espera-se contribuir para elaboração de materiais educativos que subsidiem a Consulta do Enfermeiro no pré-natal de baixo risco, com vistas a melhorar adesão das gestantes a iniciar o pré-natal no momento correto. Busca-se desta forma a diminuição dos índices de abandono do processo de pré-natal e, fazendo com que os índices de incidências das doenças obstétricas diminuam.

O trabalho parte da seguinte pergunta de pesquisa: quais as intervenções realizadas durante as consultas do enfermeiro para o pré-natal de baixo risco e as principais ações educativas com as gestantes e puérperas? Apresenta, portanto, como objetivo: identificar na literatura científica as intervenções realizadas durante as consultas do enfermeiro para o pré-natal de baixo risco e as principais ações educativas com as gestantes e puérperas.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo revisão narrativa. A abordagem qualitativa é entendida e aplicada nos níveis subjetivos e relacionais da realidade social. Tal método pode ser observado, tratado e contextualizado através dos significados, motivos, crenças, valores, história, além da atitude dos atores sociais, tendo ampla notoriedade e uso (MINAYO, 2013).

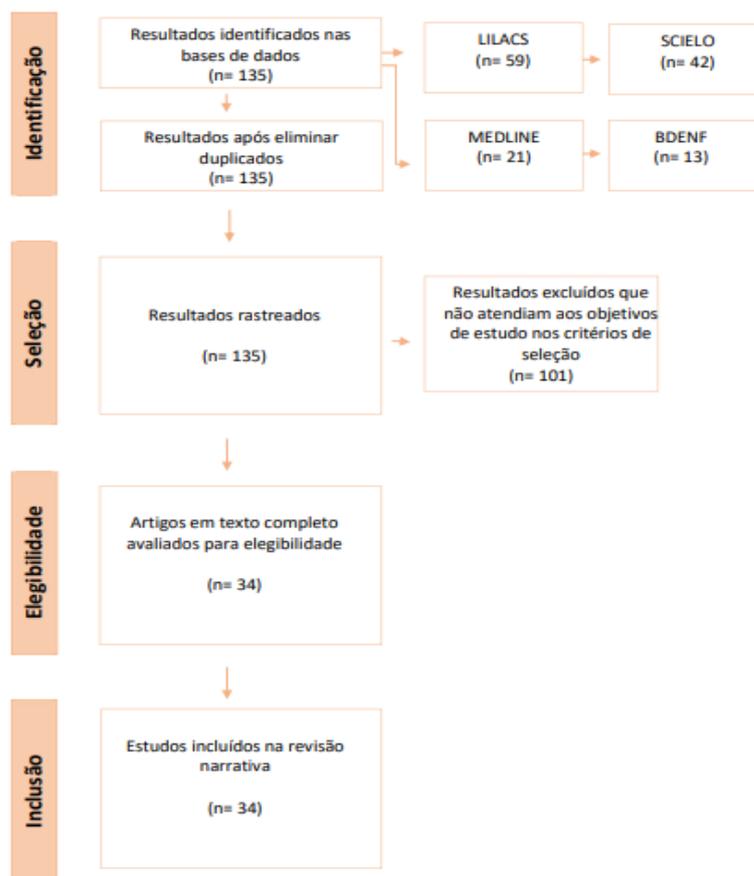
Para a coleta de dados foi utilizado o seguinte conjunto de descritores: “Pré-Natal”, *and* “Consulta de Enfermagem”, *and* “Enfermagem”, foram utilizados como descritores de busca na BVS: “Pré-Natal”, “Consulta de Enfermagem” e “Assistência de Enfermagem”, mediante as combinações: Assistência de Enfermagem AND Enfermagem; e Pré-Natal AND Enfermagem; Consulta de Enfermagem AND Enfermagem, em língua portuguesa. A busca foi realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), durante o mês de janeiro de 2021. As bases de dados contempladas foram *Lilacs* com 59 resultados, *Scielo* com 42, *Medline* com 21 e *Bdenf* com 13.

Como Critérios de inclusão, utilizou-se artigos originais, disponíveis na íntegra *online* e gratuitamente, no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na língua portuguesa, espanhola e inglesa, disponíveis na íntegra, tendo como assunto principal os seguintes tópicos: “Pré-natal”, “Consulta de enfermagem” e “Assistência de enfermagem” publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa, nos anos de 2010 a 2020, utilizando-se a criação da Rede Cegonha (RC) no ano de 2011 como marco cronológico para definir o período de busca dos estudos (BRASIL, 2011). Foram incluídos estudos a partir do ano de 2010 para se ter um parâmetro das alterações ocorridas pré-lançamento da Rede de Atenção à Saúde até os dias atuais. Foram excluídos os que não estavam disponíveis na íntegra, que não tinham relação com a temática, bem como editoriais, cartas e ensaios teóricos.

A primeira etapa gerou 135 resultados. Desses foram lidos na íntegra os seus resumos e excluídos 101, pois não atendiam aos objetivos de estudo nem aos critérios de seleção.

Este estudo utilizou como fundamentos as etapas: definição do tema, pergunta de pesquisa, elaboração dos descritores, criação dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, extração das informações, análise e discussão dos resultados. Ao final do processo restaram 34 artigos que atenderam às questões de pesquisa, conforme indica o fluxograma de busca e seleção a seguir:

Figura 19 - Fluxograma de busca dos artigos.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Para fins de compilação foi utilizado o programa *Zotero*®, que é um gerenciador de referências e um *software* livre para gestão e compartilhamento de referências, o qual visa facilitar a elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos, como teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e artigos científicos. Também foram utilizados quadros, elaborados com auxílio do programa *Word*®, versão 2016, contendo numeral atribuído ao artigo, título, objetivo/pergunta de pesquisa, ano, método, temática das dúvidas e tipo de intervenção realizada pelo enfermeiro no pré-natal de baixo risco.

Após leitura dos 34 artigos selecionados, as categorias foram definidas por afinidade de conteúdo apresentado e alinhamento ao problema de pesquisa.

O conteúdo foi analisado conforme os pressupostos de Bardin (2016), em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material, categorização ou codificação, 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação dos resultados.

No primeiro momento na análise foram lidos todos os artigos em sua integralidade e extraídos expressões e palavras que eram recorrentes e estavam alinhadas aos pressupostos da consulta de enfermagem pré-natal, preconizados pela Resolução 358/2009 - COFEN, e RC e Atenção Básica. Foi realizada meticulosa análise deste

material, a fim de realizar a compreensão completa de seu conteúdo e foco. No segundo momento, foi construído um quadro, a fim de identificar os elementos que indicavam a realização da consulta de enfermagem no pré-natal e a realização de atividades do enfermeiro. Por fim os dados revelaram três categorias.

Resultados

Os 34 artigos foram categorizados em três eixos: 1º - 16 artigos tratam sobre a avaliação-análise da assistência de enfermagem na consulta pré-natal, 2º - 12 artigos tratam sobre as ações realizadas na consulta pré-natal e uso de instrumentos, protocolos e diagnóstico de enfermagem sob diferentes perspectivas e 3º - seis artigos tratavam sobre as percepções, expectativas e representações sociais das mulheres (gestantes e puérperas) em relação a consulta de pré-natal de baixo risco.

Quanto aos objetivos, os artigos foram divididos em categorias: cinco artigos visavam avaliar as intervenções priorizadas pelos enfermeiros na consulta pré-natal, valores instituídos e a necessidade de criação de protocolos; 10 artigos buscavam avaliar as ações/intervenções realizadas na consulta pré-natal, sob diferentes perspectivas relacionadas as mudanças no corpo, alimentação da gestante, e em especial as orientações sobre a amamentação.

Ainda quanto aos objetivos, sete artigos procuraram avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada no pré-natal de baixo risco, avaliando o atendimento da Consulta do Enfermeiro com relação a equipe, ao enfermeiro, se o atendimento foi adequado, qualificado, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) e outras fragilidades e potencialidades apresentadas; nove artigos procuravam categorizar as características das gestantes atendidas no pré-natal, bem como suas percepções, expectativas e representações sociais; dois artigos tratavam da transmissão de informações, como violência obstétrica e ações a serem realizadas pelo acompanhante; apenas um artigo tratou dos diagnósticos de enfermagem nas consultas de pré-natal.

Com relação ao período de publicação, obteve-se a maioria no ano de 2020, com seis publicações, seguido do ano de 2019 e 2016 com cinco publicações em cada ano, 2013 com quatro publicações, ano de 2018, 2017 e 2014 com três artigos em cada ano, 2011 e 2012 com dois artigos em cada ano, e finalmente, o ano de 2015 com uma publicação.

No 1º eixo. *Avaliação /análise da assistência de enfermagem na consulta pré-natal* aborda o atendimento da consulta de enfermagem com relação a equipe, ao

enfermeiro, a consulta de enfermagem, se o atendimento foi adequado, qualificado, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), Rede Cegonha (RC), Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Política Nacional de Humanização (PNH) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Entre os estudos, os temas mais presentes foram aqueles relacionados com a satisfação no atendimento prestado, assistência de enfermagem, Consulta do Enfermeiro, que podem estar vinculados a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE, implementação de protocolos, acesso a políticas públicas e educação permanente.

Com relação a satisfação, as gestantes, mostraram-se com elevados níveis de insatisfação por conta dos mais diversos fatores, tais qual, incapacitação dos enfermeiros na Consulta do Enfermeiro e atendimento pré-natal, demora para acesso ao atendimento, qualidade inadequada e falta de realização de determinados procedimentos que o MS e PHPN preconizam como prioritários durante o pré-natal.

No 2º eixo - *Ações realizadas na consulta pré-natal e uso de instrumentos, protocolos e diagnóstico de enfermagem sob diferentes perspectivas* aborda as ações realizadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal, bem como os instrumentos por eles utilizados, como protocolos e diagnóstico de enfermagem e se estas ações foram adequadas e completas, de acordo com o que o MS preconiza durante o atendimento do pré-natal de baixo risco na Atenção Básica.

No 3º eixo - *Percepções, expectativas e representações sociais das mulheres (gestantes e puérperas) em relação a consulta pré-natal de baixo risco*, abrange as percepções e expectativas apresentadas pelas gestantes e puérperas, bem como as percepções sociais apresentadas por elas em relação a consulta de pré-natal. Se suas dúvidas, angústias e anseios foram atendidos pela equipe, como preconizam o MS, RC, PHPN, PNH e PNAISM.

Discussão

Os dados revelaram que o tema mais presente nos artigos pesquisados faz referência a necessidade de um atendimento de qualidade prestado durante a Consulta do Enfermeiro, realizada na assistência pré-natal.

O MS, baseando-se nos princípios da RC, PHPN, PNH e PNAISM traz os 10 passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica em seu Caderno da Atenção Básica de número 32, que trata da atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012).

Segundo o MS, o principal indicador do prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos, o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência (BRASIL, 2013a).

Para Guimarães e colaboradores (2018), um pré-natal de qualidade consiste naquela que reduz a morbimortalidade materna e infantil, sendo resultado de ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes. O pré-natal deve facilitar o acesso das gestantes à atenção básica, garantindo assim a oferta adequada de cuidados com a gestação e o parto.

O ciclo gestatório deve ser acompanhado de forma satisfatória em suas três fases: gravidez, parto e puerpério, para que a mulher receba uma assistência integral e de maior qualidade. O acompanhamento pré-natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação, favorecendo um nascimento saudável, com o menor impacto negativo possível para a saúde materna e fetal (BALSELLS *et al.*, 2018).

Através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o pensamento clínico passa a ser organizado, enquanto por meio do Processo de Enfermagem (PE) as consultas passam a ser metodologicamente registradas. Para assegurar um pré-natal de qualidade, o Enfermeiro na assistência pré-natal, mediante realização da Consulta do Enfermeiro, deve adotar as fases do PE como forma de metodizar as ações desenvolvidas, constituindo um padrão de atendimento. Assim, aplicar os conhecimentos organizados pela SAE e o PE, em toda sua dimensão, pode representar um marco para subsidiar qualidade ao atendimento à gestante e promoção do desenvolvimento seguro do bebê durante a consulta realizada pelos enfermeiros (TAVARES *et al.*, 2019).

A continuidade da assistência pré-natal é essencial para o aumento da qualidade do serviço prestado. Um estudo de Dantas e coautores (2018) percebeu que no SUS, a maioria das mulheres havia sido acompanhada intercaladamente entre médico e enfermeiro (67,7%) e seguiu este acompanhamento com os mesmos profissionais em todo processo gestacional (97,3%), fato esta que propicia a formação do vínculo entre profissional-paciente e pode conferir maior qualidade nesta atenção.

Para qualificar o profissional de enfermagem, surge a necessidade da Educação Permanente em Saúde, que se caracteriza pela problematização dos processos de trabalho em saúde com a participação de profissionais para corresponder às necessidades de saúde da população. É uma estratégia político-pedagógico-gerencial

que promove processos de educação dos profissionais de saúde, além de trazer uma abordagem crítica e promover maior conexão entre a teoria e a prática (LIMA *et al.* 2018).

As ações a serem realizadas começam no diagnóstico da gravidez, que deve ser realizado o mais precocemente possível. Confirmada a gravidez, a classificação de risco gestacional deve ser realizada a fim de reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Após, deve ser estabelecido um calendário de consultas, que poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares e o total de consultas deverá ser de, no mínimo, seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. O ideal é que as consultas ocorram mensalmente até 28 semanas de gestação, quinzenalmente de 28 a 36 semanas, e semanalmente de 30 a 41 semanas (BRASIL, 2013a).

O segundo tema mais encontrado na pesquisa se trata de acesso à informação por parte das gestantes.

Na implementação dos princípios propostos pela RC, o enfermeiro, na assistência pré-natal, parto e nascimento, estabelece uma relação gestante/enfermeiro que favorece a humanização do cuidado e o vínculo não apenas do profissional, mas também com a unidade. Isto se torna relevante considerando as ações educativas, desmitificando o pré-natal e o parto, que favorecem a adesão aos cuidados propostos, com ênfase em metodologias participativas que envolvam uma boa comunicação entre o profissional e as usuárias (LIMA *et al.* 2018).

A caderneta da gestante que é disponibilizada na primeira consulta, contém todas as informações necessárias para a gestante neste período, como: direitos garantidos por lei, formação do bebê, cuidados nutricionais importantes, sexo, sintomas, entre outros. Essa caderneta também possui o gráfico de acompanhamento nutricional, curva de altura uterina e idade gestacional, esquemas de exames e vacinas, onde são preenchidos todos os dados coletados. Cabe ao enfermeiro explicar como a gestante pode utilizar estas informações (SILVA *et al.* 2021)

Outro destaque para a revisão foi a necessidade de um acolhimento integral e humanizado às gestantes. Conforme descrito no artigo de nº. 26, apenas o cuidado humanizado torna possível a aproximação do profissional da saúde com a pessoa a ser cuidada, atendendo assim a complexidade total de se trata uma gestação. O acolhimento à gestante é fundamental para garantir que ela participe de todas as consultas preconizadas (SILVA *et al.*, 2017).

A PNAISM foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do MS em 2004, e buscou introduzir e visibilizar novas necessidades de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas, visando promover os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida (BRASIL, 2016).

A assistência a mulher deve ser humanizada em todos os momentos e aspectos, pois estas necessitam de apoio devido a todas as mudanças físicas e emocionais relacionadas à gravidez (BRASIL, 2013a). É fundamental essa compreensão sobre a continuidade das circunstâncias e a integralidade da vida dessa pessoa: saúde da mulher, saúde da gestante, saúde da puérpera e saúde da mãe (BRASIL, 2019).

Um quesito é que é assegurado à gestante o direito de levar um acompanhante de sua escolha nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa), pois assim, esta se sente mais confiante e amparada no cenário da consulta pré-natal. (BRASIL, 2019).

Nesta categoria, o tema de violência obstétrica aparece como uma grande preocupação das gestantes. Neste sentido, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos publicou uma recomendação ao MS sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica, tendo o apoio do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). Tal recomendação visa a garantia da participação social na formulação da Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS e no Programa Humanização do Parto e Nascimento, especificamente, mas não apenas, quanto à tipificação das condutas que representam violência obstétrica (BRASIL, 2019).

A humanização do pré-natal, parto e nascimento englobam ações integrais em saúde que buscam fomentar em efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições através do tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Busca adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. O PHPN garante o direito da gestante a realização de atividades educativas (BRASIL, 2002).

Segundo Rodrigues e colaboradores (2022), deve haver a prestação de uma assistência humanizada, sendo necessário que o profissional acolha a gestante de forma a promover uma relação interpessoal para que haja assim um processo de escuta satisfatório. Esta assistência não depende de recursos materiais ou estrutura física, e sim de profissionais que tenham postura e atitudes humanizadas.

Atualmente, as esferas públicas têm avançado no que diz respeito às políticas públicas direcionadas às mulheres. Com o desenvolvimento do PAISM, PNAISM, PNH

e a Rede Cegonha em 2011 foi possível a construção de uma rede de assistência humanizada para mulheres, que prevê ações desde o período pré-natal ao parto e atenção integral materno/infantil através de um sistema logístico (BISPO, 2018).

Muitas fragilidades foram encontradas pelos pesquisadores dos estudos e ainda pelos participantes, no que diz respeito ao atendimento pré-natal, o que acaba refletindo na qualidade da assistência prestada, bem como criando barreiras para a aceitação da gestante ao sistema de saúde, ocasionando uma baixa adesão ao pré-natal.

Um estudo de Dantas e colaboradores (2018) revela que a assistência pré-natal entre as usuárias do SUS possui fragilidades em relação as recomendações do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, sendo as principais deficiências o início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, poucas orientações e cobertura insatisfatória dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde.

Apesar de reconhecidos os benefícios da incorporação do PE na atenção pré-natal, nela compreendida os dados do histórico de enfermagem, ela não vem sendo utilizada como ferramenta de apoio. Essa constatação demonstra a existência, de um conjunto de elementos dificultadores da aplicação da SAE na prática clínica ofertada na assistência pré-natal, evidenciando a necessidade de padronização dos cuidados e registros por parte dos profissionais de enfermagem (TAVARES *et al.*, 2019).

Com relação as ações realizadas no pré-natal chamam a atenção o fato de os enfermeiros utilizarem poucos instrumentos para a realização da consulta de enfermagem, o que acaba por fragilizar e torná-la incompleta. Alguns estudos indicaram a utilização de diagnósticos de enfermagem, e instrumentos como o gestograma (TAVARES *et al.*, 2019; MENESES, 2011; GUELBER *et al.*, 2014).

Para Tavares e colaboradores (2019), é necessária a construção e validação de um modelo de histórico de enfermagem para consultas de pré-natal, permitindo aos profissionais, de forma facilitada a identificação de fatores de risco e monitoramento da gestante, por exemplo, contribuindo assim para melhores desfechos maternos e perinatais. A necessidade de padronizações também foi observada no estudo de Meneses (2011), onde foi constatada a demanda de criação de um instrumento que possibilite a visão das principais ações de enfermagem a serem implementadas aos atendimentos das gestantes de risco habitual.

Já Guelber e seus colaboradores (2014), ressaltam a importância da utilização dos Diagnósticos de Enfermagem no atendimento às gestantes, pois estes possibilitam a

aplicação de conhecimentos à prática. As intervenções são realizadas de forma individualizada possibilitando assim maior êxito no resultado alcançado.

A SAE, que faz parte do Processo de Enfermagem (PE), quando aplicada à gestante, aumenta a segurança na execução de todos os processos e assistências prestadas. O PE proporciona autonomia ao enfermeiro, pois toda ação é embasada em evidências científicas. Para facilitar o uso destas ferramentas, são necessárias ações como informatização do processo, capacitação dos profissionais e adequação e/ou disponibilidade de instrumentos padronizados (ARAÚJO *et al.*, 2022).

Em relação aos exames realizados, estudos identificam elevada cobertura no primeiro trimestre pelo SUS. Os exames mais realizados no primeiro trimestre foram urina tipo 1, glicemia jejum, Hb/Ht, anti-HIV e VDRL, havendo também ampla realização de exames de ultrassonografia durante a gravidez. A solicitação e interpretação adequada do resultado de exames durante o pré-natal é uma importante forma de monitoração da mulher para classificação do seu risco gestacional. Por isso, esta prática deve ser adotada satisfatoriamente em todos os acompanhamentos realizados nos serviços públicos e privados (DANTAS *et al.*, 2018).

A realização dos exames laboratoriais durante a gestação é considerada primordial para prevenir, identificar e corrigir as anormalidades que possam afetar a gestante e seu bebê. Os exames mais solicitados durante a gestação são hemograma, sistema ABO/Fator Rh, Coombs Indireto, eletroforese de hemoglobina, glicemia de jejum e teste oral de intolerância à glicose, teste rápido de sífilis e VDRL, teste rápido para HIV, toxoplasmose, IgM e IgG, teste rápido para Hepatite B e urina tipo I e urocultura. A prestação de uma assistência qualificada durante o pré-natal contribui para a detecção precoce e prevenção da morbimortalidade materna e neonatal (SANTOS *et al.*, 2021).

Quanto às orientações prestadas às gestantes, estudos apontam que as menores de atividades informativas prestadas durante o pré-natal estão relacionadas às atividades para facilitar o parto e à maternidade de referência para o parto. O desconhecimento sobre a maternidade de referência para o parto é uma das principais causas da peregrinação de mulheres no momento da admissão para a parturição, o que pode provocar riscos de intercorrências, complicações e até a morte da gestante e/ou do feto (DANTAS *et al.*, 2018).

Sobre as percepções e expectativas apresentadas pelas gestantes e puérperas, bem como as suas percepções sociais em relação a consulta de pré-natal, esta revisão

revela que mesmo que o MS apresente políticas e programas de saúde que promovam a humanização, o enfermeiro apresenta falhas. Para Amorim e colaboradores (2022), as falhas no atendimento de enfermagem durante o pré-natal acontecem principalmente devido à gestão do cuidado. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de planejar suas ações de cuidado em conjunto com a equipe de Enfermagem, pois falhas no atendimento podem gerar uma descontinuidade da assistência para gestantes que necessitam. É necessário que as ações de enfermagem sejam executadas de forma humanizada e eficaz aos usuários e suas famílias.

A PNH toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada favorecendo o vínculo e avaliando vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados. Os profissionais devem permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva (BRASIL, 2013a). Para toda a gestante é assegurada assistência pré-natal de forma gratuita, com acesso a atendimento adequado, humanizado, digno e de qualidade no decorrer da gestação, livres de discriminações, com garantia de no mínimo seis consultas, aplicação de vacinas, atividades educativas, classificação de risco e realização de exames laboratoriais, conforme a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000).

Durante a gestação, a mulher precisa do apoio de profissionais capacitados, auxiliando e orientando no sentido de minimizar suas dúvidas, medos e angústias. As ações desenvolvidas pelos profissionais devem ocorrer de forma humanizadas na saúde, garantindo os direitos das usuárias, reconhecendo o outro como cidadão, que merece atendimento e acolhimento qualificados. As indicações das condutas profissionais devem estar norteadas por parâmetros, diretrizes, protocolos que visem garantir a todos a dignidade humana, respeitando à diversidade e aos sujeitos, independente de etnia, sexo, faixa etária, orientação sexual, onde eles sejam reconhecidos e valorizados e tenham acesso ao atendimento de qualidade, universal e igualitário (BISPO, 2018).

No Brasil existem políticas de incentivo ao cuidado pré-natal mais humanizado, mas ainda a prática não parece estar alinhada às necessidades socioculturais. Para se atingir a excelência é necessário o investimento na prática profissional. É necessário que se faça a inclusão da mulher gestante no processo de cuidado de forma que as suas demandas sejam amplamente atendidas (LISTA *et al.*, 2022).

5.4 ABRANGÊNCIA DOS PRODUTOS PARA A PRÁTICA OS ENFERMEIROS PRÉ-NATALISTAS

Com o resultado dessa revisão, espera-se contribuir para elaboração de materiais educativos que subsidiem o enfermeiro no pré-natal de baixo risco, com vistas a melhorar adesão das gestantes a iniciar o pré-natal no momento correto, desta forma, diminuindo os índices de abandono do processo de pré-natal e, fazendo com que os índices de incidências das doenças obstétricas diminuam.

Considerações finais

Apesar das fragilidades apresentadas pelo atendimento de enfermagem à gestante, os enfermeiros possuem consciência da sua importância para a realização do cuidado integral, humanizado e de qualidade às gestantes, visto que são a principal ponte de comunicação entre a população e as políticas públicas de saúde. A gestação é um período cheio de medos e incertezas e a consulta de enfermagem é o melhor momento para sanar estas dúvidas, avaliar a gestante e criar vínculo, que é essencial para sanar os anseios desta fase tão complexa.

Praticar uma enfermagem segura e baseada em evidências, seguindo as políticas públicas e os protocolos operacionais, e os preceitos da humanização é o melhor passo para uma assistência efetiva, eficiente e de grande cobertura para todas as gestantes do Brasil.

Nas revisões bibliográficas realizadas, foi revelado que a assistência de enfermagem prestada durante o pré-natal ainda gera insatisfação para os profissionais e para as gestantes. Nas ações realizadas pelos enfermeiros durante a consulta de enfermagem no pré-natal, há foco nas necessidades obstétricas, porém por muitas vezes realizadas de forma incompleta, com falhas nos registros de informações além de dificuldade no que tange a transmissão de informações pertinentes às gestantes.

Contudo, mesmo com dificuldades e limitações dos enfermeiros para realizar a consulta como preconizada, houve recomendações e indicações pertinentes para construir as tecnologias educativas do tipo guia técnico e vídeo, que poderão auxiliar e promover o conhecimento para os profissionais e dar visibilidade sobre o papel dos enfermeiros na realização do pré-natal de baixo risco.

Referências

AMORIM, Tamiris Scoz; BACKES, Marli Terezinha Stein; CARVALHO, Karini Manhães de; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos; DOROSZ, Paula Andreia Echer; BACKES, Dirce Stein. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Neri**, v. 26, 9 p. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

ARAÚJO, Karla Brandão de; AGUIAR, Andresa Thamiris Rodrigues de; MARQUES, Cintia Daniele Souza; SANTOS, Elisangela Siqueira dos; RABELO, Renata Sully dos Reis; PEREIRA, Rogério Gomes; LOBO Maria José Guimarães; JACINTO, Regina Racquel dos Santos. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante no centro cirúrgico obstétrico: potencialidades e desafios. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 8 p. 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25034/21712>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra; OLIVEIRA, Tyane Mayara Ferreira de; BERNARDO, Elizian Braga Rodrigues; AQUINO, Priscila de Souza; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro; CASTRO, Régia Christina Moura Barbosa; LESSA, Paula Renata Amorim; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual**. Acta Paul Enferm 31 (3). May-Jun 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/appe/a/kvhNQDDLrVtMdb5Tr4cKsJr/?lang=pt>>. Acesso em 05 de agosto de 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Pinheiro LA, tradutor. São Paulo: Edições 70; 2016.

BARRETO, Maykel da Silva; PRADO, Eleandro; LUCENA, Ane Caroline Rodrigues Miranda; RISSARDO, Leydiane Karina; FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; MARCON, Sonia Silva. **Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte**. Esc. Anna. Nery 24 (4). Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/hCMd9nm7tSRS7WzfdSBMFxF/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BISPO, Luana Emília Oliveira. **Assistência pré-natal: atendimento e acolhimento das gestantes em Santo Antônio de Jesus**. 2018. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/667>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Palácio do Congresso Nacional. Praça dos Três Poderes. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25

de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília - DF. 1986. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019**. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. Brasília. 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília - DF. 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 07 feve. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília - DF. 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília – DF. 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília - DF. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. Brasília - DF. 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília - DF. 2004. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília. 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília. 2016. Disponível em:

<<https://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Brasília, DF. 2019. Disponível em: <<https://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 02 ago. 2021.

DANTAS, Diego da Silva; MENDES, Rosemar Barbosa; SANTOS, José Marcos de Jesus; VALENÇA, Thiago dos Santos; MAHL, Claudiane; BARREIRO, Maria do Socorro Claudino. **Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde**. Rev enferm UFPE on line. Recife, 12(5):1365-71, maio, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230531/28887>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

DUQUE, Daniela Aparecida Almeida; FERNANDES, Betania Maria. **Construção e validação de uma ficha clínica para acompanhamento de pré-natal de risco habitual***. Revista de Enfermagem da Ufsm. V. 10, p. 1-16, 30 jun. 2020. Universidad Federal de Santa Maria. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39763/html>>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ESC. Estado de Santa Catarina. Secretaria do Estado de Saúde. **Linha de cuidado materno infantil**. Florianópolis - SC. 2018. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14575-anexo-deliberacao-286-2018-linha-de-cuidado-materno-infantil>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

FERREIRA, Elian Rodrigues; COUTINHO, Nair Portela Silva; OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; RABELO, Poliana Pereira Costa; ROLIM, Isaura Leticia Tavares Palmeira. Consulta de enfermagem no pré-natal: um relato de experiência das práticas do enfermeiro durante a pandemia de COVID-19. **Saúde Coletiva**, v. 12, n. 74, p. 9770-6. 2022. Disponível em: <<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2338/2875>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa – tipos fundamentais**. Revista de Administração de Empresas São Paulo. v. 35, n.3, pg. 20-29. 1995. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves. PARENTE, Rosana Cristina Pereira; GUIMARÃES, Thayanne Louzada Ferreira. GARNELO, Luiza. **Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão.** Cad. Saúde Pública, v.34, n. 5. 2018. Disponível em: <scielo.br/j/csp/a/9CMWjGgNGcLLYRjpCQQrymh/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

LEAL, Natalia de Jesus; BARREIRO, Maria do Socorro Claudino; MENDES, Rosemar Barbosa; FREITAS, Carla Kalline Alves Cartaxo. **Assistência ao pré-natal: depoimento de enfermeiras.** Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online. P. 113-122, mar. 2017.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32269>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

LIMA, Fernanda; MARTINS, Cleusa Alves; MATTOS, Diego Vieira de; MARTINS, Karine Anusca. **Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica.** Rev enferm UFPE on line. Recife, 12(2):391-7, fev., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23550/27842>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

LISTA, Eduarda Felipe Cunha Bernard; MESSIAS, Cláudia Maria; SILVA, Jorge Luiz Lima da; CASTRO, Rosana de Carvalho; DIAS FILHO, João Carlos; MOTA, Cristina Portela da; CAMPOS, Thayani Cristina de Oliveira. A qualidade do pré-natal na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n.3, 20 P. 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26850/23557>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

MAIA, Vivian Kecy Vieira; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; LEITE, Franciele Marabotti Costa; SOUSA, Ana Inês; PRIMO, Cândida Caniçali. **Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha.** Rev Fun Care Online. 2017 out/dez; 9(4):1055-1060. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5794/pdf_1>. Acesso em: 02 ago, 2021.

MELO, Danyella Evans Barros; SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; MATOS, Khesia Kelly Cardoso; MARTINS, Victor Hugo Silva. **Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes.** Revista de Enfermagem da UFSM. V. 10, p. 18. 19 fev. 2020. Universidad Federal de Santa Maria. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769237235>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

MENEZES, Ludymilla de Oliveira; ALMEIDA, Nayane da Silva; SANTOS, Marcos Vinícios Ferreira dos. A assistência do enfermeiro no pré-natal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22161/19582>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo. V. 5,

n. 7, p. 1-12, abr. 2017a. Disponível em:
<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa. **Mortalidade materna**. 2018. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em 07 de fevereiro de 2021.

RABELLO, Dácio; VINHAL, Livia; MIRANDA, Marina; SILVA, Marli; PORTO, Denise; TEIXEIRA, Renato; IAMARE, Thereza; MARINHO, Fátima. **Análise Descritiva da Mortalidade Materna e na Infância no Brasil, 2007 a 2016**. Rev. Consensus. V. 28, n. 2, p. 10-20. Set. 2018. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/consensus/analise-descritiva-da-mortalidade-materna-e-na-infancia-brasil-2007-2016/>. Acesso em 07 de fevereiro de 2021.

RODRIGUES, Thiago Henrique Bomfim; NOGUEIRA, Ana Larissa Araújo; SILVA, Fabrício Drummond Vieira da; OLIVEIRA, Stefanny Sousa; RIOS, Claudia Teresa Frias. Acolhimento prestado pelos profissionais de enfermagem às gestantes/parturientes portadoras do vírus HIV em uma maternidade de São Luís - Maranhão. **Scientia Generalis**, v. 3, n. 1, pg. 160-172. 2022. Disponível em:
<http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/388/315>. Acesso em 24 de março de 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta paul. enferm. v. 20, n. 2. São Paulo. Jun. 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

SANTOS, Andréa Fernanda Lomba; CRUZ, Amanda Aparecida Silva; SOUSA, Mateus Flávio; CUNHA, Mayara Dumont; FERREIRA, Carolina Pires; SOUZA, Isabela Cristina Moreira; PAULA Fabiana Angélica de; GUEDES, Helisamara Mota. **Exames laboratoriais para acompanhamento do pré-natal e a fisiopatologia da gestação: uma revisão narrativa**. Saúde da Mulher e do Recém-Nascido: políticas, programas e assistência multidisciplinar. Editora Científica Digital, Guarujá, São Paulo. 2021. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210303919.pdf>. Acesso em 24 de março de 2022.

SILVA, Dayane Lima Caldeira da; CEBRIANO, Gabriel Conde y Martin; FIGUEIREDO, Helga Rocha Pitta Portella; PASSOS, Isabelle Cristiny Gregorio Amorim; BARBOSA, Karen Lorrana Reis; ANDRADE, Paloma Pereira de; SANTOS, Thiago Nascimento Sousa; SANTIAGO, Victória Emilia Leitão. **Avaliação da qualidade e do entendimento das Gestantes e Puérperas na Atenção Primária no Pré-natal**. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e20810212385, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12385/11153>. Acesso em 05 de agosto de 2021.

SOUZA, Rodrigo Ayres de; SANTOS, Monique Silva dos; MESSIAS, Claudia Maria; SILVA, Helene Cristina Dias de Armada e; ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa; SILVA, Maria Regina Bernardo da. **Avaliação de qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro: pesquisa exploratória**. Online braz. j. nurs.

19(3) set. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129540>. Acesso em 05 de agosto de 2021.

TAVARES, Daniel Soares; SOUZA, Martha; ZEMBERLAND, Claudia; BACKES, Dirce Stein; CORREA, Aline Medianeira Gomes; ROCHA, Luciana Denize Molino da; MORESCHI, Claudete. **Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa**. REAS/EJCH. Vol.Sup.31. e1255. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1255>. Acesso em 05 de agosto de 2021.

LEALI, Maria do Carmo, PEREIRAI Ana Paula Esteves-, VIELLASI Elaine Fernandes, DOMINGUESII, Rosa Maria Soares Madeira, GAMAI Silvana Granado Nogueira da. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8

RIBEIRO, José Francisco et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. *Revista Interdisciplinar*, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2020.

SILVA, Thayná Champe et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 7, 2017.

MARQUES, Bruna Leticia et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 25, n. 1, e20200098, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100211&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/04/2021.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhoria da assistência pré-natal não está pautada apenas no atendimento clínico em si, mas na integração entre os diferentes serviços de saúde necessários à mãe ao neonato e ao pai, vinculados em Redes de Atenção à Saúde, assegurando o acesso oportuno a serviços de qualidade. É evidente no estudo, que os enfermeiros passam por várias dificuldades, e que realizar um pré-natal adequado é um grande desafio. De acordo com os dados da pesquisa, uma das adversidades encontra-se na falta de profissionais e de estrutura física para receber essa gestante, bem como a precariedade dos recursos físicos, humanos e materiais também é algo que interfere a assistência a gestante, pois na maioria das vezes o local de atendimento e para as atividades em grupo é inapropriado interferindo também na qualidade da consulta e na privacidade da gestante. O impacto desse produto é sumamente social e potencial, pois irá qualificar o pré-natal e melhorar a qualidade da assistência em enfermagem na APS, com uma abrangência regional e estadual, pois será disponibilizado para a secretaria estadual de saúde, além de ficar alojado na página na web www.udesc.br na pág. no MPEAPS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.L; TANAKA, O.Y. **Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Rev Saude Pública 2017; 43(1): 98-104.

ASSUNÇÃO, Carine Santos; RIZZO, Edilaine Rucaglia, SANTOS, Márcia Ezequiel dos; BASÍLIO, Maiara Dias, MESSIAS, Claudia Maria, CARVALHO, Jéssica Bianca de. **O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes.** res.: fundam. care. online 2019. abr./jun.11(3): 576-58.

BARDIN, Laurenci. **Análise de Conteúdo.** São Paulo. Edições 70.2016

BARRETO CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Prenatal care in the voice of pregnant women. **Rev Enferm UFPE Online** [Internet]. 2013. 7(5):4354-63. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11674/13850>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BARROS, S.M. (org). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.** São Paulo: MANOLE Ltda; 2017.

BHUTTA, Zulfiqar A. et al. **Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost?** The Lancet, v. 384, n. 9940, p. 347-370, 2014.

BRASIL. 19 de Fevereiro de 1998. **Lei Nº 9.610**, de 19 de fevereiro de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_03/leis/19610.htm>. Acesso em: 27/04/2021.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0516**, de 24 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2016.

BRASIL. **Decreto no. 94.406**, de 8 de junho de 1987: regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 de junho de 1987.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 171**, de 2 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sisprenatal.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 Dec 15]. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n° 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2011 jun 27;148(121 Seção 1):109-11

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, Brasil: Autor. Recuperado de: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2016). **Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres**. Brasília, Brasil: Autor. Recuperado de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS: Volume 4: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466/12** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto. (2014). Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasil, 465p. (**Cadernos HumanizaSUS**) Recuperado de: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** 3065Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3061-3068, 2011

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. **Construção de instrumentos de medida na área da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 925-936, 2015.

CRISLAINE, S. S. ; et. al. Nurse's performance in prenatal consultation: limits and capabilities. **Rev Pesq Cuidado Fundam Online** [Internet]. 2016 [cited 2020 Julho 26]; 8 (2), 4087-4098. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

DA COSTA, Katyanne Ferreira. et al. Percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo enfermeiro durante o pré-natal. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 4, p. 86-94, 2017. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/118/pdf_70>. Acesso em: 11 out. 2022.

DANTAS, Diego da Silva; MENDES, Rosemar Barbosa; SANTOS, José Marcos de Jesus, VALENÇA, Thiago dos Santos; BARREIRO, Maria do Socorro Claudino. **Qualidade da Assistência Pré-Natal no Sistema único de Saúde.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(5):1365-71, maio, 2018.

DE SOUZA SILVA, Crislaine et al. **Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016.

FONSECA, Luciana Mara Monti et al. **Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal.** Escola Anna Nery, v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011.

GILMER, C; BUCHAN, J.L.; LETOURNEAU, N.; BENNETT, C.T.; SHANKER, S.G.; FENWICK, A.; et al. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: a realist review. **Int J Nurs Stud.** 2016; 59:118-33. [ijnurstu.2016.03.015](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015). Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

GOMES CBA; DIAS RS; SILVA WGB; PACHECO MAB; SOUSA FGM; LOYOLA CMD. **Consulta de Enfermagem no Pré-Natal: Narrativas de Gestantes e Enfermeiras.** Texto Contexto Enfermagem. 2019.

GOMES, Celma Barros de Araújo et al. **Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 28, 2019.

GOMES, R.M.G.M.; TEIXEIRA, L.S.T.S.; SANTOS, M.C.Q.; SALES, Z.N.; LINHARES, E.F.; SANTOS, K.A. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. **Id On Line Rev Mult Psic.** 2018;12(40):995-1012. Disponível: <[10.14295/idonline.v12i40.1167](https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1167)>. Acesso em: 14 abr. 2022.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M.B.M.; MERIGHI, M.A.B.; D'AVILA, C.G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Rev Bras Enferm.2018; 61(3): 349-53.

HANZEN, Ingrid Pujol; ZANOTELLI, Silvana Dos Santos; ZANATTA, Elisangela Argenta. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a consulta de enfermagem à criança. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 10, n. 7, fev. 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2683/592>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

JARDIM, Mara Julyete Arraes; SILVA, Andressa Arraes, FONSECA, Lena Maria Barros. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Rev Fund Care Online**.2019.11(n. esp):432-440. 2019.v11i2.432-440. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>>. Acesso em: 21 ago. 2022.

JASPER MA. **Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing.** J Adv Nurs. 2017; 20(4) 769-76.

KARABULUT, Ö; POTUR, D.C.; MERIH, Y.D.; MUTLU, S.C.; DEMIRCI N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? **Int Nurs Rev**. 2016; 63(1):60-7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/inr.12223>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

LEAL NJ; BARREIRO MSC; MENDES RB; FREITAS CKAC. **Assistência ao Pré-Natal: Depoimento de Enfermeiras.** J. res.: fundam. care. 2018. Jan./mar. 10(1): 113-122.

LIMA MA de; PAGLIUCA LM; NASCIMENTO JC; CAETANO JA. **Virtual guide on ocular self-examination to support the self-care practice for people with hiv/aids.** Rev Esc Enferm USP. 2017; 48(2):285-91

LIMA, Vanessa Kelly da Silva; HOLLANDA, Gabriela Silva Esteves de; OLIVEIRA Bruna Monik Moraes de; OLIVEIRA Isabell Gomes de; SANTOS, Lydia Vieira Freitas dos; CARVALHO, Carolina Maria de Lima. **Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal.** J. res.: fundam. care. online 2019 jul/set 11(4): 968-975

MARQUES, Bruna Leticia et al. **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200098, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100211&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/04/2021.

MARTINS JSA, DANTAS FA, ALMEIDA TF, SANTOS MBR. **A assistência de enfermagem no pré-natal: enfoque na estratégia da saúde da família.** Revista Uniabeu, 2016; 5(9): 279-288.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R.C.; FONSECA, A.C.F.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; VILASBÔAS, Aline Xavier ALQL; COSTA, A.F. **Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2017 (Supl. 1): 69-81.

OLIVEIRA, E. C; BARBOSA, S. M; MELO, S. E. B. **A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros.** Revista Científica FacMais, 7(3). 2018.

PASQUALI, Luiz. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** Artmed Editora, 2010.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 1995. p. 391-391.

RIBEIRO, José Francisco et al. **Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família.** Revista Interdisciplinar, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2016.

ROCHA, Ana Claudia; ANDRADE, Gislângela Silva. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2017 Abril;6(1):30-41

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira, CAVALCANTE, Ana Egliny Sabino; VIANA, Aleide Barbosa. **Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal.** ReTEP on, Recife, 14 (6): 1345-23, janeiro, 2019

SEHNEM, Graciela Dutra; et al. **Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros.** Revista de Enfermagem Referência, n. 1, p. e19050, 2020

SENA, Izabella Vieira dos Anjos. **Qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).** 36f. Lagoa Santa, MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4555.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

SERRAZINA MF; DA SILVA GSV. **Captação da Gestante para Pré-Natal Precoce.** Revista Pró-Univer SUS. 2019 jan./jun.; 10 (1): 29-34.

SILVA, D.A. Cuidado ao pré-natal segundo indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 9, n. 2, 111-, 2020. Disponível em: <10.18554/reas.v9i2.3076>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SILVA, E. P.; LEITE, A. F. B.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev Saúde Pública**, 53 (43),1-13. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001024>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

SILVA, Thayná Champe et al. **Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 7, 2017.

SUHRE PB; COSTA AEK; PISSAIA LF; ORESCHI C. Systematization of nursing assistance: perceptions from pregnant women monitored at a basic health unit. **Rev**

Ciênc Saúde [Internet]. [cited 2018 Feb 23]; 5(1):20-31. 2017. Disponível em: <<http://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/5488/1054>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

TAVARES D. S.; SOUZA M.; ZAMBERLAN C.; STEIN Backes D.; GOMES Correa A. M.; MOLINO da Rocha L. D.; MORESCHI C. Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (31), e1255. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e1255.2019>>. Acesso em: 05 nov. 2022.

TOMASI, E; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T; SIQUEIRA, F. C. V; SILVEIRA, D. S; THUMÉ, E; DURO, S. M. S; SAES, M. O; NUNES, B. P; FASSA, A. G; FACCHINI, L. A. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais**. Cadernos de Saúde Pública, 33(3), e00195815. 2017.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2014[citado 2017 mai 21];30(1):S85-S100. Disponível em: <[ttp://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013)>. Acesso em:

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. T. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZOCHE, D.A.A et al. **Protocolo para revisão integrativa: caminho para a busca de evidências**. p. 237 – 250. In: TEIXEIRA. E. (Org). Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-educacionais. v. 2. Porto Alegre: Moria, 2020.

APÊNDICES**APÊNDICE A - ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS ENFERMEIROS DAS DUAS MACROREGIONAIS DE SAÚDE: GRANDE OESTE E MEIO OESTE DE SANTA CATARINA.**

1. Quais as potencialidades encontradas na sua prática assistencial para a realização da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco?
2. Quais as fragilidades/dificuldades você encontra em realizar o pré-natal, com relação a conhecimento científico, infraestrutura, condições de trabalho?
3. Quais os conteúdos/temas você recomendaria para um guia técnico para Consulta de Enfermagem de Baixo Risco, a ser utilizado por enfermeiros na realização da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO de SEMÂNTICA DO GUIA

No quadro abaixo estão os critérios que serão utilizadas para a avaliação de conteúdo, seguindo os critérios da Escala Likert: 1 – Totalmente adequado, 2 – Adequado, 3 – Parcialmente adequado, 4 – Inadequado. Leia os critérios abaixo e a partir da avaliação do guia

CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO - Escala Likert			
	1	2	3	4
CONTEUDOS				
1. Contempla as necessidades do público-alvo.				
2. São adequados ao processo educativo dos enfermeiros pré-natalistas.				
3. Estimulam o enfermeiro				
4. Subsídiam o enfermeiro na realização das consultas de pré-natal.				
4. São coerentes com a prática da enfermagem no pré-natal preconizada pelos marcos legais nacionais e internacionais da área?				
LINGUAGEM	1	2	3	4
1. Linguagem adequada.				
2. Linguagem interativa.				
3. Tamanho do texto adequado.				
4. O estilo de redação é de fácil compreensão e corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo?				
RELEVÂNCIA	1	2	2	4
1. As figuras/imagens facilitam o aprendizado sobre a temática em questão.				
2. O Guia estimulou a troca de informações sobre a temática com outros profissionais que realizam a consulta de pré-natal de baixo risco				
3. O conteúdo apresenta informações relevantes para consulta de pré-natal de baixo risco.				

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO VÍDEO.

No quadro abaixo estão os critérios que serão utilizadas para a avaliação de conteúdo, seguindo os critérios da Escala Likert: 1 – Totalmente adequado, 2 – Adequado, 3 – Parcialmente adequado, 4 – Inadequado. Leia os critérios abaixo e a partir da avaliação do Vídeo.

CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO - Escala Likert			
	1	2	3	4
CONTEUDOS				
1. Contempla as necessidades do público-alvo.				
2. São adequados ao processo educativo das gestantes que assistirem o vídeo.				
3. Estimula as gestantes a realizares o pré-natal com os enfermeiros				
4. Subsidiar o enfermeiro na realização das consultas de pré-natal.				
5. São coerentes com a prática da enfermagem no pré-natal preconizada pelos marcos legais nacionais e internacionais da área?				
LINGUAGEM	1	2	3	4
1. Linguagem adequada.				
2. Linguagem interativa.				
3. Tamanho do vídeo adequado.				
4. O estilo de redação é de fácil compreensão e corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo?				
IMAGENS	1	2	3	4
1. As figuras/imagens facilitam o aprendizado sobre a temática para as gestantes.				
RELEVANCIA	1	2	3	4
1. O vídeo é relevante como instrumento de educação em saúde				

APÊNDICE D - ROTEIRO DO VIDEO

JOB 10935 _ REDE CEGONHA · PRÉ NATAL

Versão: 001 · versão revisada pelo pesquisador.

ENTÃO VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA! VAMOS FAZER O PRÉ-NATAL
Enfermeiro 1: Este vídeo foi feito para reforçar que a enfermeira também é profissional de saúde capacitada para fazer o atendimento pré-natal de baixo risco. Confie na enfermeira ou enfermeiro para realizar o acompanhamento da gravidez até a hora do parto. Procure o apoio da unidade básica de saúde mais próxima da sua casa.
Enfermeiro 2: Você sabia que o enfermeiro e a enfermeira podem acompanhar o seu pré-natal, juntamente com o médico?
O QUE É O PRÉ-NATAL?
Enfermeiro 1: O pré-natal é o acompanhamento realizado por médico enfermeiro, e em situações de alto risco por outras especialidades, e deve iniciar tão logo que a mulher descubra a gravidez.
Enfermeiro 2: O pré-natal deve ser realizado durante toda gestação, até o momento do parto.
Enfermeiro 1: Durante esse período, a saúde da mãe e a do bebê será monitorada em detalhes, para prevenir e, se necessário, tratar alguma intercorrência.
Enfermeiro 2: Nas consultas regulares, serão avaliadas as condições físicas da mãe e o desenvolvimento do bebê por meio de exames clínicos, laboratoriais e pelos exames de imagens
Enfermeiro 1: O pré-natal atua também a educação em saúde, promovendo orientações para um autocuidado adequado para a mulher e seu bebê em formação.
Enfermeiro 2: Além disso, esse período serve também para preparar a mulher-mãe para o puerpério, que é o período de 42 dias pós-parto e, ainda preparar homens e mulheres para receberem a criança na família. Por isso é recomendado que, quando possível, o casal faça junto o pré-natal.
POR QUÊ VOCÊ DEVE FAZER O PRÉ NATAL?
Enfermeiro 1: No pré-natal a gestante e seu bebê terão a saúde assistida por médicos e enfermeiros plenamente capacitados que acompanharão cada caso com uma conduta técnica e científica adequada.
Enfermeiro 2: No decorrer do pré- natal a gestante de ve fazer no mínimo 6 consultas que compõe o Pré-Natal de baixo risco, serão abordados temas como: Orientações

<p>sobre ganho de peso, higiene pessoal e atividade física, Orientações sobre uma alimentação balanceada, Orientações sobre o uso de medicações sem prescrição, Orientações sobre alterações fisiológicas da gestação, Apresentação da Rede Municipal e regional atenção a gestante, puérpera e a criança, Os Direitos assistenciais da gestante, As intercorrências mais comuns da gestação e o que fazer, Orientação sobre os benefícios do parto normal, Orientação sobre as indicações reais de cesariana, O que é um Plano de Parto e como fazê-lo, Quais são e como perceber os sinais de trabalho de parto, Orientações sobre atenção com os movimentos diários do bebê em gestação, Como manter uma vida sexual ativa e segura, Orientações e cuidado com o recém nascido.</p>
<p>Enfermeiro 1: Esse acompanhamento por um profissional de saúde qualificado, médico ou enfermeiro, é de fundamental importância para que a gestante compreenda e acompanhe as mudanças que ocorrerão durante as semanas gestacionais, saiba como cuidar da sua saúde de forma adequada, aprenda a reconhecer os sinais de atenção durante a gravidez e também quais os cuidados básicos com o recém nascido</p>
<p>QUAIS SÃO AS ETAPAS DO PRÉ-NATAL?</p>
<p>Enfermeiro 2: Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no e-SUS.</p>
<p>Enfermeiro 1: Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de Pré-Natal e no Cartão da Gestante.</p>
<p>Enfermeiro 2: A partir desse momento, a gestante será instruída sobre: Quantidade e Sequência de consultas, Visitas domiciliares e grupos educativos.</p>
<p>Enfermeiro 1: O fornecimento do Cartão da Gestante, preenchido com: a identificação completa, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre ele, - o calendário de vacinas e suas orientações, - a solicitação dos exames de rotina, as orientações sobre a participação nas atividades educativas. (reuniões e visitas domiciliares).</p>
<p>Enfermeiro 2: Serão, no mínimo, 6 consultas, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente, Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente, Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.</p>
<p>QUEM SÃO OS PROFISSIONAIS DO PRÉ-NATAL?</p>
<p>Enfermeiro 1: O pré-natal de baixo risco pode ser feito pelos enfermeiros/enfermeiras e médicos/médicas da unidade básica de saúde. Os atendimentos dos enfermeiros/enfermeiras podem ser intercalados com as consultas médicas.</p>
<p>Enfermeiro 2: Já no caso da gestação de alto risco, é necessária uma equipe multiprofissional, onde além do Médico, será preciso o acompanhamento de enfermeira obstetra, nutricionista, psicólogo, podendo ter também um fisioterapeuta.</p>
<p>Enfermeiro 1: Para estes casos, existem unidades específicas que fazem o acompanhamento de alto risco da gestante, que não são as unidades básicas de saúde.</p>

AS FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL
<p>Enfermeiro 2: Os enfermeiros e médicos da unidade básica de saúde tem plena condição de fazer todo o acompanhamento e orientação durante todo o PRÉ-NATAL. Os enfermeiros podem: Fazer o acolhimento de toda mulher com atraso menstrual trazida pela recepção ou enfermagem e encaminhada para consulta com o enfermeiro. Realizar o teste de gravidez urinário com urina colhida na unidade e sempre que possível realizá-lo no mesmo dia em que procurou o serviço de saúde para diagnóstico de gravidez.</p>
<p>Enfermeiro 1: Colher os dados da gestante: Identificação, Onde reside, Dados socioeconômicos (condições de vida), Hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição), Prática regular de exercícios físicos e medicamentos em uso. Antecedentes ginecológicos e obstétricos, Informações sobre a sexualidade. Dados da gestação atual como: data da última menstruação, percepção dos movimentos fetais, sinais e sintomas, Se gestação foi desejada.</p>
<p>Enfermeiro 2: Fazer o exame físico: Aferindo o peso e estatura, estado nutricional (Índice de massa corporal), Verificação de sinais vitais, Inspeção de pele e mucosas, pesquisa de edema e lesões e Inspeção de mamas avaliando e orientando para o aleitamento materno.</p>
<p>Enfermeiro 1: Diagnóstico de enfermagem/levantamento de problemas.</p>
<p>Enfermeiro 2: Realizar orientações dietéticas.</p>
<p>Enfermeiro 1: Avaliação de carteira de vacinação, anotada em folha de atendimento da consulta de enfermagem e na carteira de pré-natal.</p>
<p>Enfermeiro 2: Solicitar os exames laboratoriais protocolados pelo programa da saúde da mulher.</p>
<p>Enfermeiro 1: Encaminhar paciente para avaliação odontológica</p>
<p>Enfermeiro 2: Prescrever medicação (ácido fólico) para as gestantes no primeiro trimestre.</p>
<p>Enfermeiro 1: O enfermeiro e a enfermeira também são profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de recuperação a saúde, desenvolvendo ações dirigidas a assistência pré-natal, parto e puerpério. Não deixe de fazer o pré-natal, confie no trabalho dos enfermeiros e enfermeiras pois são profissionais capacitados e indicados para acompanhar o seu pré-natal para garantir sua segurança e pleno desenvolvimento do seu bebê.</p>

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



GABINETE DO REITOR

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO”, que contará com entrevistas, rodas de conversa, tendo como objetivo geral: Desenvolver tecnologias cuidadosas - educacionais para subsidiar a implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede de Atenção à Saúde das Macro Regionais de Saúde Grande Oeste e Meio Oeste do Estado de Santa Catarina. Serão previamente, marcados a data e horário para perguntas e debates, utilizando roteiros. Estas medidas serão realizadas nas dependências da UDESC ou em locais a serem combinados previamente, com os participantes. Não é obrigatório participar de todas as atividades ou responder a todas as perguntas. O (a) Senhor(a) e seu/sua acompanhante não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Em caso de dano, durante a pesquisa será garantida a indenização. Os riscos destes procedimentos serão mínimos, podendo ser decorrentes da exposição do participante a questionamentos que, momentaneamente, poderão causar desconforto. No caso de isso ocorrer, será orientado a expor suas sensações e/ou constrangimentos, ficando livre para encerrar ou retomar o procedimento quando lhe aprouver, além de contar com suporte psicológico para atendimento coletivo caso haja necessidade, o qual será indicado pelos pesquisadores vinculados à Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por letras. Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão indiretos, pois o estudo produzirá conhecimento que diz respeito a Sistematização da Assistência de Enfermagem no âmbito das Macrorregiões do Grande Oeste e Meio Oeste, podendo haver impacto na atenção à saúde destas regiões.

As pessoas que acompanharão como responsáveis os procedimentos serão as pesquisadoras, coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem na UDESC: Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Denise Antunes de Azambuja Zocche

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 99165-8802

ENDEREÇO: Av. Sete de Setembro 91 D

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

.....

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br / cepsh.udesc@gmail.com

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome _____ por _____ extenso

Assinatura _____ Local: _____ Data:
____/____/____.

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-901, Florianópolis, SC, Brasil.

Telefone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO III - DECLARAÇÃO USO IMAGENS, FOTOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO” e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso. As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda deles.

_____, ____ de _____ de _____ **Local e Data**

_____ **Nome do Sujeito Pesquisado**

_____ **Assinatura do Sujeito Pesquisado**

ANEXO IV - ARTIGO: As dimensões do trabalho do enfermeiro no pré-natal de baixo risco: uma

Research, Society and Development, v. 11, n. 8, e42211830973, 2022
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30973>

As dimensões do trabalho do enfermeiro no pré-natal de baixo risco: uma revisão integrativa

The dimensions of nurses' work in low-risk prenatal care: an integrative review

Las dimensiones del trabajo de las enfermeras en la atención prenatal de bajo riesgo: una revisión integradora

Recebido: 26/05/2022 | Revisado: 09/06/2022 | Aceito: 12/06/2022 | Publicado: 25/06/2022

Wanderson Luis Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0802-2192-3176>
Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil
E-mail: wanderson.teixeira2020@reda.udesc.br

Denise Antunes de Azambuja Zocche

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>
Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil
E-mail: denise.zocche@udesc.br

Maria Fátima Silva Vieira Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9137-5507>
Universidade do Minho, Brasil
E-mail: fmartins@cc.uminho.pt

Resumo

Objetivo: analisar as evidências científicas disponíveis na literatura a respeito da consulta de pré-natal realizado pelo enfermeiro pré-natalista no período de 2016 a 2021, a partir das dimensões do trabalho do enfermeiro: assistencial, educativa, gerencial e investigativo. Método: revisão integrativa em seis etapas nas bases: Scielo, Lilacs - MedLine, PubMed, BDEF. Resultados: Foram identificados 21 artigos, organizados em quatro categorias: dimensão assistencial (8), dimensão gerencial (7), dimensão Educacional (4) e dimensão investigativa (2). Conclusões: na dimensão assistencial as ações no pré-natal com relação a consulta de enfermagem e educação em saúde garantem o vínculo da diade enfermeiro e gestante e podem contribuir sobremaneira com o desfecho da gestação. Evidenciou-se uma lacuna de conhecimento com relação a dimensão investigativa do enfermeiro. O baixo número de publicações revela a necessidade de expandir as publicações sobre o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal e a importância do papel do enfermeiro com gestor desses serviços.

Palavras-chave: Enfermagem; Tecnologia; Pré-natal.

Abstract

Objective: to analyze the scientific evidence available in the literature regarding prenatal consultation performed by prenatal nurses from 2016 to 2021, based on the dimensions of the nurse's work: care, educational, managerial and investigative. Method: integrative review in six stages in the databases: Scielo, Lilacs - MedLine, PubMed, BDEF. Results: Twenty-one articles were identified, organized into four categories: care dimension (8), managerial dimension (7), Educational dimension (4) and investigative dimension(2). Conclusions: in the care dimension, prenatal actions in relation to nursing consultation and health education guarantee the bond of the nurse and pregnant women and can contribute greatly to the outcome of pregnancy. A knowledge gap was evidenced in relation to the nurse's investigative dimension. The low number of publications reveals the need to expand publications on the development of the systematization of nursing care in prenatal care and the importance of the role of nurses with managers of these services.

Keywords: Nursing; Technology; Prenatal.

Resumen

Objetivo: analizar la evidencia científica disponible en la literatura sobre la consulta prenatal realizada por enfermeras prenatales de 2016 a 2021, a partir de las dimensiones del trabajo de la enfermera: asistencial, educativa, gerencial e investigativa. Método: revisión integradora en seis etapas en las bases de datos: Scielo, Lilacs - MedLine, PubMed, BDEF. Resultados: Veintiún artículos fueron identificados, organizados en cuatro categorías: dimensión de cuidado (8), dimensión gerencial (7), dimensión educativa (4) y dimensión de investigación (2). Conclusiones: en la dimensión asistencial, las acciones prenatales en relación con la consulta de enfermería y la educación para la salud garantizan el vínculo de la enfermera y las mujeres embarazadas y pueden contribuir en gran medida al resultado del embarazo. Se evidenció una brecha de conocimiento en relación con la dimensión investigativa de la enfermera. El bajo número de