



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Heloísa Ferreira de Melo

Assistência pré-natal: cobertura, qualidade e modelo de atenção

Florianópolis

2022

Heloísa Ferreira de Melo

Assistência pré-natal: cobertura, qualidade e modelo de atenção

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes

Grupo de pesquisa: Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
por meio do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Melo, Heloísa

Assistência pré-natal: cobertura, qualidade e modelo de
atenção / Heloísa Melo ; orientador, Marli Terezinha Stein
Backes , 2022.

76 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Atenção pré-natal. 3. Qualidade na
atenção pré-natal. 4. Gestantes. 5. Cuidado de enfermagem.
I. Stein Backes , Marli Terezinha . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III.
Título.

Heloísa Ferreira de Melo

Assistência pré-natal: cobertura, qualidade e modelo de atenção

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Enfermeiro e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de julho de 2022.

Prof^a. Dr^a. Diovane Ghignatti da Costa
Coordenação do Curso

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Laís Antunes Wilhelm
Universidade Federal de Santa Catarina

Enf^a. Me. Luciana Cristina dos Santos Maus
Prefeitura Municipal de Florianópolis

Florianópolis, 2022

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que enfrentaram o trabalho de parto e nascimento e para aqueles que trabalham para que de alguma forma essas mulheres sintam-se acolhidas.

AGRADECIMENTOS

Concluir a graduação em uma universidade pública federal sempre foi um grande sonho, para chegar até ele não foi fácil, enfrentei grandes batalhas, atravessei obstáculos, fui feliz, me transformei e evolui. Mas isso tudo, só foi possível com a ajuda e o apoio de todos ao meu redor e são a eles que dedico meus agradecimentos.

Primeiramente, quero agradecer à minha família, minha mãe Renata Rodrigues Ferreira de Melo, meu pai Marcelo José de Melo e minha irmã Clara Ferreira de Melo, que me apoiaram em todos os momentos, não negaram esforços para me ver concluir meus objetivos. Agradeço a vocês por todos os conselhos, incentivos e carinhos que hoje fazem ser quem eu sou. Vocês sempre acreditaram em mim e isso me deu ainda mais força.

Agradeço aos meus outros familiares que sempre estiveram comigo nessa caminhada, me ajudando e me apoiando de alguma forma. Sem vocês não teria conseguido. De forma especial às minhas tias Silva Ferreira e Sonia Ferreira que desde a escola me apoiam e me incentivam e às minhas avós Maria Acelina de Melo e Lenizia Pereira Ferreira que comemoram cada conquista junto comigo e estiveram sempre na minha formação.

Ao meu noivo Vinícius Guimarães Faccio, por toda a paciência e compreensão durante essa caminhada, por todo carinho, apoio, companheirismo e por todo o amor.

Aos meus amigos e amigas que me acompanharam nessa jornada, me deram momentos de descontração e alegria. Em especial, à Ana Carolina Ricken Vieira e Mariana de Oliveira Fuhrmann que estão ao meu lado desde a escola e seguem ao meu lado. Às minhas amigas e agora colegas de profissão Ana Gabriela Bastos Gentil, Julia Grisard de Bem, Geovana da Silva Martins, Isadora Farias Costa e Beatriz Goulart, que enfrentaram comigo cada matéria, cada desespero pré prova e me apoiaram no crescimento de ser uma profissional.

Aos meus amigos da raça que estavam comigo em todos os momentos especiais, tornaram essa jornada um pouco mais fácil. E também ao meu time de handebol, em especial a Ana Luiza Schneider, Jeniffer Helena de Jesus e Manuela Muller que me aguentaram nos treinos, mesmo cansada, me apoiaram para continuar indo, vocês me ajudaram muito.

Agradeço aos profissionais de saúde, Enfermeiros e professores que fizeram parte da minha graduação e tiveram um tempinho em suas jornadas de trabalho, para me ensinar e assim contribuíram para minha formação acadêmica. Aos espaços que me deram oportunidade de aprendizado, Primme Vacinas, Laboratório de Estudo no Cuidado de Pessoas em Situação Aguda de Saúde (GEASS), Liga Acadêmica de Enfermagem Neonatal e Pediátrica (LAENP),

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do Hospital Polydoro Ernani de São Tiago da Universidade Federal de Santa Catarina e Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR)! Vocês contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Um agradecimento especial à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes que se dedicou e me apoiou nessa etapa, além de me orientar e me ensinar de forma tão calma e atenciosa, fundamental para concluir minha graduação. Agradeço também aos membros da Banca Examinadora Prof^a. Dr^a. Laís Antunes Wilhelm, Enf^a. Me. Dd^a. Luciana Cristina dos Santos Maus e Enf^o. Me. Dd^o. Alexandrino Martinho Sangunga Simão, que se dispuseram a realizar a avaliação do meu Trabalho de Conclusão de Curso para concluir mais essa etapa.

E por fim, agradeço a Deus por ter me trilhado nessa jornada, escrito meu caminho e me guiado em todos os momentos.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que seguiu os princípios do método da Teoria Fundamentada em Dados, na versão de Strauss e Corbin. Este estudo integra um recorte dos resultados obtidos a partir do macroprojeto de Pesquisa intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem para qualidade da atenção obstétrica e neonatal”. Teve como objetivo analisar a relação existente entre o modelo de assistência pré-natal e a cobertura e a qualidade da atenção. Para realizar a pesquisa foram entrevistados 29 profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos e residentes de ambas as profissões, de duas maternidades públicas do município de Florianópolis/SC. A coleta e análise dos dados aconteceram concomitantemente durante o período de julho de 2015 a dezembro de 2016 por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi realizada através do processo de codificação aberta, axial e seletiva, fases distintas, mas complementares e integradas. Na análise dos dados também foi utilizado o mecanismo analítico denominado paradigma, preconizado por Corbin e Strauss. Para a realização do estudo foram consideradas as prerrogativas exigidas pela Resolução nº. 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer nº. 1.148.080 e parecer nº 1.158.569 e pelas instituições onde a pesquisa foi realizada. A partir da pesquisa realizada e das falas dos profissionais entrevistados foi possível identificar que o pré-natal tem ampla abrangência no seu atendimento, porém, na maioria das vezes, não é de qualidade, uma vez que o modelo tecnocrático ainda persiste na assistência pré-natal. Os profissionais dão mais importância para exames e procedimentos e deixam a desejar nas orientações, preparo para o parto e nascimento e o subjetivo das gestantes torna-se negligenciado. Concluindo, o pré natal mesmo com um alto nível de adesão está sendo ineficaz já que as gestantes chegam para o momento do parto despreparadas. Por isso, é preciso investir na formação acadêmica/atualização do conhecimento dos profissionais da saúde, com base em evidências científicas e no cuidado centrado no usuário.

Palavras-chave: Cobertura de serviços de saúde; Cuidado pré-natal; Gestantes; Modelos de assistência à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Serviços de saúde materno-infantil.

ABSTRACT

It is a qualitative approach research that followed the principles of the Grounded Theory method, in the version of Strauss and Corbin. This study integrates a clipping of the results obtained from the Research Project entitled “Nursing care management for the quality of obstetric and neonatal care”. It aimed to analyze the relation between the prenatal care model and the coverage and quality of care. To accomplish the research, 29 health professionals were interviewed, including nurses, doctors and residents of both professions, from two public maternity hospitals in the city of Florianópolis/SC. Data collection and analysis took place concurrently during the period from July/2015 to December/2016 through semi-structured, in-depth interviews. Data analysis was performed through the process of open, axial and selective coding, distinct but complementary and integrated phases. In data analysis, the analytical mechanism called paradigm, advocated by Corbin and Strauss, was also used. To proceed with the study, the prerogatives by Resolution n°. 466/2012 and 510/2016, of the National Health Council, were required. The project was approved by two Ethics Committees in Research with Human Beings under sight n°. 1.148.080, and sight n° 1.158.569 and by the institutions where the research was carried out. From the research and the speeches of the professionals interviewed, was possible to identify that the prenatal care has a wide scope in its care, but most of the time it has no quality, since the technocratic model still persists in prenatal care. The professionals care more about exams and procedures and leave something to be desired in guidelines, preparation for labor and birth, and the pregnant women becomes neglected. In conclusion, prenatal care, even with a high level of adherence, is ineffective since pregnant women arrive at the moment of delivery unprepared. Therefore, it is necessary to invest in academic training/updating the knowledge of health professionals, based on scientific evidence and user-centered care.

Keywords: Health service coverage; Prenatal care; Pregnant women; Health care models; Healthcare quality; Maternal and Child Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CO - Centro Obstétrico
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF - Estratégia Saúde da Família
GEASS - Laboratório de Estudo no Cuidado de Pessoas em Situação Aguda de Saúde
HU-UFSC/EBSERH - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina
LAENP - Liga Acadêmica de Enfermagem Neonatal e Pediátrica
MCD - Maternidade Carmela Dutra
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RAMI - Rede de Atenção Materna e Infantil
RMM - Razão de Mortalidade Materna
SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SciElo - Scientific Electronic Library Online
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
TFD - Teoria Fundamentada nos Dados
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À GESTANTE	18
2.2 ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....	22
2.3 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: ADESÃO, COBERTURA E QUALIDADE	23
2.4 MODELOS DE ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL	26
3. MÉTODO.....	29
3.1 AMOSTRAGEM TEÓRICA	29
3.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	29
3.2.1 Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago	30
3.2.2 Maternidade Carmela Dutra.....	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
3.4 COLETA DOS DADOS	32
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	33
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 MANUSCRITO: AS REPERCUSSÕES DO MODELO TECNOCRÁTICO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	35
5. CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	62
APÊNDICES A - Roteiro para a entrevista em profundidade com profissionais de saúde e gestores	62
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65

ANEXOS	68
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFSC.....	68
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – Maternidade Carmela Dutra.....	72
ANEXO C - MODELO TEÓRICO DO MACROPROJETO: “GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL”	75
ANEXO D - Parecer final do orientador sobre o trabalho de conclusão de curso	76

1. INTRODUÇÃO

O principal objetivo da assistência pré-natal é contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Para isso acontecer o pré-natal deve ter qualidade, os profissionais da assistência devem desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes, bem como coordenar e facilitar o acesso oportuno à própria atenção primária e a outros níveis de atenção da rede de serviços de saúde, buscando garantir a oferta adequada de cuidados com a gestação e o parto (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

No Brasil, a assistência pré-natal está fundamentada em programas governamentais. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), iniciado no ano 2000, que teve como objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2000). A partir das diretrizes desse programa foi instituído que um pré-natal adequado deve ser iniciado até o quarto mês de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames de sangue e de urina, vacinação e consulta puerperal. Em busca de aprimorar a assistência às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e crianças até dois anos de idade, em 2011, o governo criou o programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011) com a proposta de melhorar ainda mais o acesso e a qualidade dos cuidados, reduzindo a mortalidade materna, em especial nas regiões norte e nordeste (MÁRIO *et al.*, 2019).

Para isso foram convocados todos os estados a aderir à iniciativa e constituir um grupo condutor e elaborar planos de ação regionais. Como proposta de qualificação do cuidado, o novo programa veio com as diretrizes: acolhimento e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro; boas práticas na atenção ao parto e nascimento segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS); atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolubilidade; e acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Com a vinda da Rede Cegonha o modelo de atenção obstétrica e neonatal teve que ser discutido pelos gestores a fim reorganizar as redes de atenção para alteração das práticas de assistência ao parto e nascimento, especialmente, nos serviços hospitalares aderidos a esta iniciativa, para um modelo de cuidado centrado na mulher e na família e baseado nas evidências científicas disponíveis (VILELA *et al.*, 2021).

Com o passar das décadas, o Brasil reconheceu a importância de ter um acompanhamento abrangente no pré-natal, dando reconhecimento aos aspectos biológicos como solicitação de exames laboratoriais e ultrassonografia, mas também outros aspectos relevantes ao desenvolvimento infantil, como a saúde emocional da mãe, o apoio que ela encontra nos familiares, no trabalho, na escola e na comunidade, bem como orientações sobre a importância da construção do vínculo com o seu filho e da participação do pai (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2019).

Mesmo com o sucesso dos programas de atenção às gestantes, o governo federal, em abril de 2022, instituiu por meio da Portaria nº 715 de 4 de abril de 2022, a nova Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), em substituição à Rede Cegonha (BRASIL, 2022a), cujo principal objetivo é reestruturar a rede de assistência à gestante e ao recém-nascido em todo Brasil, assegurando o direito à mulher ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como às crianças o direito do crescimento e desenvolvimento seguro e saudável. A RAMI também prioriza a atenção pré-natal, acesso aos exames laboratoriais e serviços de ultrassonografia, de forma a fortalecer o modelo de atenção tecnocrático.

A realidade brasileira em relação à cobertura de pré-natal possui números positivos. Estudo realizado a partir dos dados da pesquisa Nascer no Brasil, demonstra que 98,7% das gestantes realizaram pelo menos uma consulta pré-natal. Esse percentual diminuiu para 73,1% quando consideradas as gestantes que realizaram seis ou mais consultas. Mesmo com um alto grau de cobertura foram observados neste estudo pontos de vulnerabilidade, que incluem menor assistência às puérperas indígenas, com menor escolaridade, sem companheiros e moradoras da região norte do Brasil (VIELLAS *et al.*, 2014).

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram a evolução da cobertura da atenção pré-natal no Brasil. O percentual de gestantes que não realizava nenhuma consulta de pré-natal chegava a 10% no ano de 1995, caindo para 2,2% em 2015. Menos de 50% das gestantes realizavam sete ou mais consultas, e esse percentual aumentou para 66,5% em 2015, mostrando a expansão dessa cobertura (BRASIL, 2015).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) que monitora a mortalidade infantil e fetal, em 2014 cerca de 40% dos óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação. Esse dado vem de encontro com o estudo que mostra que apenas 15% das gestantes tiveram um atendimento

pré-natal de qualidade. Esse indicador de má qualidade pode estar relacionado a diversos fatores, incluindo estruturas precárias, falta de material e profissionais, conhecimento insuficiente da equipe de saúde, entre outros (TOMASI *et al.*, 2017).

Tendo em vista os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e à frente a Agenda Global até 2030, as ações ligadas à qualidade do pré-natal devem ser levadas em consideração uma vez que entre os objetivos está reduzir a mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos. Já em relação aos neonatos, a nova meta é reduzir a mortalidade neonatal para no máximo cinco por mil nascidos vivos (BRASIL, 2018).

Na Atenção Primária à Saúde (APS) a assistência pré-natal configura-se como uma de suas principais estratégias de cuidado com a saúde da mulher. Esta compreende diversas ações como educação em saúde, identificação de riscos, prevenção e tratamento de complicações e agravos, demandando planejamento e estruturação junto à gestante/casal, com a finalidade de garantir a assistência adequada e promover a saúde materno fetal. A atenção à gestante na unidade de saúde deve ser acolhedora, levando em consideração aspectos sociais, econômicos e culturais, garantindo que ela retorne para um acompanhamento sistemático o que garante um cuidado contínuo e de qualidade a fim de prevenir agravos gestacionais e detecção precoce de possíveis complicações, além de auxiliar na preparação do parto e estabelecimento de vínculo com a maternidade (SENA, 2014).

Sendo o pré-natal uma ferramenta utilizada durante todo o processo da gestação e está diretamente ligada ao sucesso do parto e nascimento, ele tem sido utilizado como indicador de avaliação da qualidade da atenção primária. Essa qualidade envolve toda a equipe multiprofissional que deve proporcionar à gestante uma assistência integral, que inclui abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, entender o que ela está precisando naquele momento, gerar um vínculo, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento de mudanças, descobertas, aprendizados e abre um espaço para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, respeitando o desejo da mulher (BRASIL, 2016a).

De acordo com Bortoli *et al.* (2017) o cuidado dos enfermeiros realizado no acompanhamento do pré-natal tem proporcionado resultados positivos em relação ao que é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS). Além desse profissional criar um vínculo com a

gestante, sua abordagem em sua maioria é holística e humanizada com o intuito de evitar complicações maternas e perinatais. Esses fatores estão colaborando para um dos objetivos de uma assistência pré-natal de qualidade, a diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil.

Pesquisa realizada por Gomes *et al.* (2019) mostrou que a qualidade da assistência está diretamente ligada à atuação do enfermeiro que em sua consulta demonstra interesse, disponibilidade de tempo, domínio técnico, praticidade e facilidade para os agendamentos subsequentes. Além disso, os autores consideram relevante para a qualidade assistencial o fato de as vacinas estarem sempre disponíveis, assim como a realização de exames laboratoriais. Entretanto, nesse estudo também foi observado um distanciamento entre abordagem da saúde física e psicológica, e os autores concluíram que é necessário um vínculo com os profissionais para que esses aspectos possam ser abordados.

O enfermeiro é um dos profissionais essenciais para a prestação da assistência de pré-natal, uma vez que em sua formação torna-se qualificado para atuar com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização no cuidado prestado. Como função privativa do enfermeiro inclui-se: fazer consulta de enfermagem e sua prescrição assistencial, prescrição de medicamentos de acordo com protocolos estabelecidos nas instituições, assim como prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido. Em sua consulta o enfermeiro tem a capacidade de identificar e priorizar as necessidades, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando a outros serviços, também promovendo a interdisciplinaridade das ações, principalmente com a odontologia, a medicina, a nutrição e a psicologia (GOMES *et al.*, 2019).

Uma pesquisa realizada com gestantes na região do nordeste do Brasil aponta a baixa ocorrência de orientações necessárias às gestantes durante a assistência pré-natal, sendo que as informações sobre riscos na gravidez são mais recorrentes e importantes do que os aspectos como a preparação das gestantes para o parto e para a amamentação que são negligenciados. Esse tipo de atuação profissional é justificado pelo caráter biomédico da assistência à saúde, onde fatores físicos são mais relevantes e o cuidado é baseado neles (MENDES *et al.*, 2020).

Durante a atuação na área da saúde o profissional baseia a sua assistência a partir das escolhas profissionais, formação e suas vivências junto com o modelo de atenção à saúde que condiz melhor com sua prática. Porém, quando um sujeito busca assistência, o modelo adotado pelo profissional pode ser alvo de críticas, por não ser capaz de suprir as necessidades desse

indivíduo, fazendo com que o profissional tenha capacidade para adequar sua prática para ser capaz de satisfazer as necessidades dos indivíduos (POHLMANN *et al.*, 2016).

O modelo biomédico ou tecnocrático é o modelo de atenção à saúde utilizado que prioriza a cura, não considera o ser humano em sua totalidade, e o corpo humano é fragmentado e cuidado como uma máquina de funcionamento mecânico. Em contrapartida, outros modelos apresentam um olhar sistêmico para esse indivíduo, levando em consideração suas percepções, o meio ambiente e, a partir desta relação, buscam suprir as necessidades individuais, capazes de superar o modelo biomédico (POHLMANN *et al.*, 2016).

Este estudo integra um recorte dos resultados obtidos a partir do macroprojeto de pesquisa intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 462049/2014-0. Este projeto foi fundamentado na seguinte questão de pesquisa: qual significado é atribuído à gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento? E teve como objetivo geral compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento, bem como construir um modelo teórico sobre a temática.

Diante do exposto, este estudo teve seu enfoque na categoria 5 - Cuidando da díade mãe-filho e família e do cuidador, mais especificamente, no cuidado pré-natal, e apresenta como pergunta de pesquisa: Qual a relação existente entre o modelo de assistência pré-natal e a cobertura e a qualidade da atenção? Para responder esta questão o estudo teve como objetivo analisar a relação existente entre o modelo de assistência pré-natal e a cobertura e a qualidade da atenção.

Acredita-se que este estudo pode contribuir para desencadear reflexões sobre o modelo de atenção vigente na assistência pré-natal e desencadear estratégias para a melhoria da qualidade dessa atenção.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentar essa pesquisa realizou-se uma revisão narrativa de literatura, com o objetivo de conhecer e identificar as produções científicas desenvolvidas no mesmo contexto. Foram realizadas buscas em livros, manuais, políticas públicas e bases de dados científicas. A busca ocorreu no período entre agosto de 2021 a maio de 2022, utilizando-se fontes de dados eletrônicas, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Google Acadêmico e a Plataforma *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), recorrendo-se aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chaves: Cuidado pré-natal; Gestantes; Modelos de Assistência à Saúde, Saúde da mulher; Serviços de Saúde Materno-Infantil. Além disso, adicionou-se o filtro de temporalidade para os últimos dez anos e o idioma para português e inglês. O tema abordado é a assistência pré-natal e seus desdobramentos relacionados ao acompanhamento, adesão, cobertura, qualidade da assistência e o modelo de atenção.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À GESTANTE

Com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial no Brasil, em 1994 o governo Federal lançou o programa Saúde da Família, que atualmente é denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Implementou a oferta de cuidado por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde aproximou e facilitou o acesso das comunidades à atenção primária. Por meio dessa nova estratégia pode-se notar que nos últimos vinte anos houve um avanço considerável na assistência pré-natal (CESAR *et al.*, 2012).

Já nos anos 2000 o MS lançou o PHPN, na tentativa de melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade relativos à gestação, parto e puerpério. A sua proposta traz como princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Com essa iniciativa o MS buscou reduzir ainda mais as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, através da melhoria do acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento

pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Ainda neste mesmo sentido, busca potencializar e ampliar redes estaduais de assistência à gestação de alto risco e ações de capacitação e especialização (BRASIL, 2002).

A humanização é um dos pilares desse programa, para seguir esse viés, ele traz dois aspectos fundamentais para o atendimento às gestantes e suas famílias. Um relacionado a postura ética e solidária dos profissionais, onde em cada instituição as mulheres devem ser recebidas de forma digna, respeitosa, em um ambiente seguro e acolhedor. O segundo aspecto refere-se ao uso de medidas e procedimentos, evitando aquelas práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, acarretam maiores riscos para mãe e o recém-nascido (BRASIL, 2002).

Mesmo com grandes avanços na assistência materno-infantil, a melhoria da prestação dos serviços de saúde, com repercussões positivas nos índices avaliados é um grande desafio, uma vez que existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção; na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às especificidades culturais e socioeconômica. Com foco de vencer esses desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança e priorizando a atenção continuada à saúde, o governo vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde materno-infantil (CASSIANO *et al.*, 2014).

Outro programa implementado pelo MS com enfoque na atenção a gestantes, puérperas e crianças foi a Rede Cegonha. Com a finalidade de organizar e estruturar uma rede de atenção materno-infantil, o propósito foi garantir o direito ao planejamento reprodutivo e assistência humanizada à gestação, parto e puerpério, assim como, garantir às crianças o direito à segurança no nascimento e saúde no crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011). Em sua criação a Rede Cegonha foi estruturada em quatro componentes, sendo estes, pré-natal; parto e nascimento; puerpério e assistência integral à saúde da criança e; sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2011).

Como meta para a concretização dos proponentes do programa é necessário reorganizar e qualificar os serviços de atenção primária, secundária e terciária existentes; induzir, adequar e aprimorar os sistemas logísticos, operacionais e de informações, melhorar o financiamento; oferecer formação e qualificação para os profissionais da saúde na lógica proposta pelo programa de um cuidado humanizado. De modo geral a Rede Cegonha foi estruturada para modificar o sistema de atenção à saúde das mulheres e crianças uma vez que acontece de forma segmentada

e fragmentada e tem como principal ponto de ação a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate da violência obstétrica, oferta de boas práticas, da redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011).

Para de fato executar os componentes a Rede Cegonha propõe ações sobre a quantidade de leitos obstétricos e neonatais, de modo atender a necessidade de cada região; adequação do ambiente das maternidades de acordo com as normas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); realização de assistência à saúde baseada em evidências científicas e atendendo às "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" recomendadas pela OMS; garantia da presença de acompanhante em todos o processo de acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto; serviços de acolhimento com classificação de risco para gestantes e neonatos; incentivo a implantação de equipes horizontais na assistência obstétrica e neonatal; e incentivo a implantação de Colegiado Gestor nas maternidades, além de mecanismos de co-gestão de acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha com suas ações teve grande contribuição para a melhoria dos cuidados ao parto e ao nascimento, com redução da morbimortalidade materna e infantil, entretanto o resultado ainda não é satisfatório quando comparados com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico. O MS tem como prioridade o monitoramento da mortalidade infantil e materna, o que contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo governo federal em defesa destes indicadores (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Em 2015 o Brasil apresentava a Razão de Mortalidade Materna (RMM) estimada em 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos, valores abaixo da meta global. Entretanto em 2018 na reunião da Comissão Nacional de combate à Mortalidade Materna e lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das Mulheres, o MS assumiu a meta de redução de 51,7% da RMM até 2030, que corresponde a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (MOTTA, 2021).

Em 2022 o MS deu início à implantação da Rede de Acolhimento Materno-Infantil (RAMI) em todo o território nacional, programa que vem para substituir a Rede Cegonha por meio da Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022 (BRASIL, 2022a). A RAMI é desenvolvida de acordo com critérios epidemiológicos, taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional, cujo principal objetivo é reestruturar a rede de assistência à gestante e ao recém-nascido em todo Brasil.

A nova Portaria vem com a proposta de ampliar o direito à mulher ao planejamento reprodutivo e ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério como também direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável de recém-nascidos e crianças. Tem enfoque na atenção pré-natal, onde prevê melhorar acesso aos exames laboratoriais e serviços de ultrassonografia, de forma a fortalecer o modelo de atenção tecnocrático (BRASIL, 2022a).

Essa nova rede está sendo criticada por diversas entidades como Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, e autoridades como, por exemplo, a Presidente da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras do Rio de Janeiro, disse em uma entrevista que essa Portaria é uma publicação autocrática e unilateral do MS. Ela também destaca a exclusão das enfermeiras obstétricas do modelo de atenção ao parto e nascimento e a volta da caracterização do ato de gestar, parir e nascer como um evento perigoso, sendo necessário mantê-lo em ambiente hospitalar sem a necessidade de manter na Portaria os Centros de Partos Normais, abrindo precedente para maior número de cesárias e intervenções desnecessárias (MORETTO, 2022).

Junto com a RAMI, o MS também lançou a nova caderneta da Gestante, instrumento fundamental para o registro de informações das mulheres e tem como objetivo auxiliar as mulheres no acompanhamento da gestação, no parto e no pós-parto e qualificar a atenção e o cuidado pré-natal. A nova edição, está alinhada à reestruturação da atenção materno-infantil para um modelo medicalocêntrico e hospitalocêntrico. Segundo Daphne Rattner em entrevista a Escola Politécnica da Fiocruz disse que a cartilha anterior empoderava as mulheres para torná-las cada vez mais protagonistas dos seus partos. Já a atual direciona a procurar o médico para qualquer dúvida, menciona manobra de Kristeller e episiotomia, práticas consideradas violências obstétricas. Itens foram excluídos, como posições que a mulher poderia adotar para facilitar o parto, o mobilograma, orientações sobre sinais de alerta. De maneira geral a novas propostas no MS devolve o protagonismo para o médico, tenta diminuir o papel da enfermagem e não empodera as mulheres (ANTUNES, 2022).

2.2 ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Desde o início da gestação, o corpo da mulher passa por modificações e adequações para abrigar a nova vida. Com isso, torna-se necessário um acompanhamento de qualidade, tendo em vista os parâmetros de desenvolvimento adequado para cada idade gestacional. Essa assistência tem como finalidade também prevenir complicações durante a gestação e o parto e proporcionar o nascimento de uma criança saudável. Esses atendimentos podem ser denominados consultas de pré-natal, no qual o MS recomenda, no mínimo, seis consultas, que podem ser intercaladas entre médicos e enfermeiros, sendo o intervalo delas programado de acordo com a idade gestacional e o risco materno fetal (SANTOS *et al.*, 2018).

O número ideal de consultas de pré-natal pode variar de acordo com a literatura que o profissional ou a instituição deseja seguir. Quando falamos das consultas realizadas na APS de Florianópolis/SC, neste município são preconizadas, no mínimo, sete consultas (FLORIANÓPOLIS, 2016). Já para a OMS o número de consultas variou com o tempo, sendo que antes o recomendado eram apenas quatro, e atualmente esse número passou para oito (OMS; OPAS, 2016).

Sendo a assistência pré-natal a ferramenta mais importante para redução dos índices de mortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intrauterino, torna-se necessário que a gestante seja orientada e esclareça suas dúvidas sobre o parto e os cuidados que a mãe deve ter com o recém-nascido. Essas assistências prestadas pelo serviço de saúde devem ser de qualidade, caso contrário pode ter repercussões negativas no desenvolvimento da gravidez e durante o processo de parto e nascimento (FERREIRA *et al.*, 2021).

Um pré-natal de qualidade e humanizado se dá por meio de condutas que integram todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde desde a atenção primária até o direcionamento para maternidade ou outro nível da rede. Tem como principais objetivos, identificar, tratar ou controlar patologias, prevenir complicações na gestação e parto, assegurar a boa saúde materna e fetal, promover o bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para o exercício da paternidade. Quando todo esse processo não é realizado de maneira adequada se abre precedente para prematuridade, recém-nascidos com baixo peso ao nascer, aumento de morte materna e fetal, internações em unidades de terapia intensiva, depressão pós parto e gestações sucessivas sem planejamento (SENA, 2014).

Nesse sentido um estudo realizado através de entrevistas com gestantes mostra que as consultas de pré-natal devem dispor de tempo para os exames clínicos como também de forma imprescindível dispor de diálogos conciliados com escuta subjetiva e orientações, de modo a criar uma atmosfera de empatia, confiança e cumplicidade entre o profissional e a gestante. A criação desse vínculo contribui para a integralidade da assistência, favorece a qualidade e humanização do atendimento, alcança a meta que é a saúde materno-infantil, bem como a conscientização da mulher sobre a necessidade de assumir a autonomia de sua saúde no processo gestacional (SANTOS *et al.*, 2018).

Um pré-natal de qualidade deve contemplar os aspectos subjetivos e objetivos que envolvem as dimensões física, biológica, emocional e mental de cada gestante. Para Livramento *et al.* (2019) a consulta é o espaço onde o profissional dispõe de tempo para abordar diferentes questões e orientações que auxiliam a gestante na vivência do processo gestacional, parto e puerpério.

“É fundamental que a gestante receba orientações e apoio a respeito das modificações ocasionadas pela gestação, sobre alimentação adequada, prática de atividades físicas e diárias, uso de substâncias perigosas, sinais e sintomas de risco, alívio de desconfortos, aleitamento materno, sobre seus direitos, orientações sobre o local do parto e os tipos de parto, especialmente, o fisiológico” (LIVRAMENTO *et al.*, 2019, p.6).

Quando uma mulher engravida, espera-se que o primeiro nível que ela procure atendimento seja na atenção primária, onde ela precisa estabelecer um vínculo com a equipe para aumentar as chances de um bom trabalho de parto. Nesse local é possível participar de grupos de gestantes para troca de experiências e aumentar o conhecimento, desfrutando de um cuidado integral e multidisciplinar. A enfermagem tem a função de saber o significado da humanização do atendimento e do parto para assim abordar nas consultas de pré-natal essa possibilidade de assistência que deve percorrer toda a trajetória da gestante até o pós parto (BARBOSA *et al.*, 2021).

2.3 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: ADESÃO, COBERTURA E QUALIDADE

O acompanhamento pré-natal deve ter início imediato após um resultado positivo de gravidez, pois os cuidados prestados são indispensáveis para uma gestação saudável. Entretanto, ainda existem fatores que interferem na adesão das gestantes, e isso está diretamente ligada ao maior risco de complicações durante a gestação e puerpério. Em um estudo realizado por Pereira

et al. (2017) foi comprovada a importância da adesão correta às consultas, já que 86% das gestantes que aderiram ao pré-natal não tiveram complicações durante a gravidez, comparado aos 13% das gestantes que tiveram complicações na gestação, tendo como causa: sangramentos, convulsão, infecção urinária, diabetes e hipertensão arterial.

A Pesquisa Nascir no Brasil de abrangência nacional, realizada nos anos de 2011 e 2012, aponta que a cobertura de pré-natal era 98,7%. Entretanto, as consultas de pré-natal nem sempre são realizadas de maneira correta, com efetividade e com qualidade. Esta pesquisa apontou inúmeras falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados. Outro problema evidenciado foi a falta de articulação entre os serviços de assistência pré-natal e ao parto, com falhas na orientação das gestantes sobre a maternidade de referência, fazendo com que elas percorram várias maternidades em busca de vaga (VIELLAS *et al.*, 2014).

Em um estudo mais recente, também com abrangência nacional, em que foram entrevistadas cerca de duas mil mulheres, mostra que somente 3,5% delas não realizaram consultas de pré-natal. Porém, somente 30% delas realizaram seis consultas, quantidade ideal segundo o MS (FLORES *et al.*, 2021).

Estudo nacional realizado por Tomasi *et al.* (2017) a partir de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) destacou que 89% das gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizaram 6 ou mais consultas durante o pré-natal. No entanto, quando adicionadas variáveis de qualidade como situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, procedimentos, exame físico, orientações fornecidas e exames complementares realizados, a frequência de pré-natal adequado foi apenas 15%. Ou seja, assim como demonstrado em outros estudos, apesar do número de consultas durante o pré-natal ser adequado, sua qualidade está muito abaixo do ideal.

A adesão às consultas de pré-natal pode estar relacionada às características socioeconômicas, como escolaridade e região do país onde as gestantes residem (VIELLAS *et al.*, 2014).

De acordo com o estudo de Silveira *et al.* (2020) o maior grau de escolaridade está relacionado à realização de seis ou mais consultas no pré-natal. Segundo os autores, esse fato indica que as gestantes com mais escolaridade têm maior percepção sobre os cuidados de saúde, maior busca por hábitos saudáveis e maior autonomia para evitar riscos aos fetos. Esse mesmo estudo também aponta que a adesão das gestantes ao pré-natal está associada à região do país na

qual residem, e mostra que a região Sul e nordeste têm maior adesão das gestantes quando comparadas à região Centro-Oeste. Nesta mesma direção, o estudo de Tomasi *et al.* (2017) apontou que mulheres mais jovens, de menor renda familiar, das regiões Norte e Centro-Oeste, de municípios com menor porte e com menor índice de desenvolvimento humano receberam atenção pré-natal de menor qualidade.

Com o passar dos anos e a efetivação do PHPN e Rede Cegonha constata-se que o objetivo de ampliação do acesso à assistência pré-natal foi atingido de maneira nacional. Entretanto, o fator qualidade ainda não está nos patamares desejados, uma vez em que para serem consideradas de qualidade as consultas necessitam cumprir as exigências do MS como a realização de testes rápidos e seus registros corretos, medida da altura uterina, vacinação, avaliação bucal, exame físico, entre outras condutas efetivas para a redução de desfechos indesejáveis. A adequação do pré-natal precisa superar obstáculos como atraso no início do acompanhamento pré-natal e integração dos serviços de saúde para um cuidado integral, a fim de reduzir a mortalidade materna, proporção elevada de cesariana e a prevenção de agravos e dos óbitos evitáveis (VIELLAS *et al.*, 2014).

Como citado anteriormente, a Pesquisa Nascer Brasil aponta que os índices de consultas de pré-natal atingem patamares quase perfeitos no que diz respeito a cobertura, porém também revela que existem pontos que precisam ser aprimorados e melhor abordados, principalmente, em termos de orientações para as gestantes sobre a preparação para o parto fisiológico e o aleitamento materno (VIELLAS *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado por Livramento *et al.* (2019) foi evidenciado por meio das entrevistas realizadas com gestantes que a maioria delas consideraram de significativa importância o profissional enfermeiro na sua atenção pré-natal, pelo fato de este buscar acolher, ouvir mais e realmente se importar com a gestante. Esse mesmo estudo apontou que as gestantes que participaram de grupos de gestantes receberam mais informações em relação àquelas que não participaram e, justamente orientações sobre pontos que ficam pendentes nas consultas de pré-natal, tais como: sinais de parto, parto, cuidados com recém-nascido e amamentação. Orientações como essas fazem diferença na hora do parto e pós-parto, deixando essas mulheres mais seguras e empoderadas.

Quando falamos a respeito dos exames que precisam ser solicitados durante o pré-natal, o estudo realizado por Neves *et al.* (2020) mostra que nove em cada dez equipes de saúde solicitam todos os exames preconizados, o que demonstra um bom indicativo de qualidade e

efetividade nas políticas de atenção à saúde da mulher. Contrapondo com esse resultado positivo, o estudo mostra que 40% das gestantes não receberam todas as informações pertinentes à gravidez que envolve educação em saúde, amamentação, preparação para parto, entre outros.

Para Viellas *et al.* (2014) a pouca quantidade de orientações recebidas durante o pré-natal evidencia a baixa eficiência da assistência prestada na preparação das mulheres tanto para o momento do parto e nascimento como posteriormente com os cuidados com recém-nascido e amamentação. Uma vez que a gestante recebe orientações claras sobre as práticas facilitadoras do parto e benefícios da escolha do parto vaginal, faz com que essa prática seja promovida e aumente a adesão das gestantes. Entretanto, durante as consultas esses assuntos não ganham a proporção necessária, dando espaço somente para orientações sobre sinais de risco e exames, evidenciando o caráter biomédico da assistência.

No âmbito da APS, o enfermeiro tem o total respaldo e competência técnica para o acompanhamento do pré-natal de risco habitual. Está dentro de suas atribuições a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames laboratoriais e de imagem estabelecidos em protocolos, exame físico, realização de testes rápidos e orientações de parto e amamentação. Porém, na conjuntura atual da saúde faz com que ocorra a falta de profissionais o que impossibilita a estruturação de uma equipe multiprofissional. Em confluência com a alta demanda de atendimento e o acúmulo de tarefas acontece a sobrecarga de trabalho, dificultando o atendimento de qualidade e resolutivo (AMORIM *et al.*, 2022).

2.4 MODELOS DE ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL

Quando se fala em modelos de atenção obstétrica, os mais citados são: o tecnocrático, o humanista e o holístico. O modelo tecnocrático é o mais prevalente é visto como convencional focado na doença e, por isso, criticado por estudiosos como Robie Davis-Floyd. Já o humanista vem com o pilar do movimento de humanização do parto que preconiza evitar intervenções desnecessárias e propõe uma atitude respeitosa e acolhedora com a mulher. O holístico é o modelo mais voltado ao parto natural e que ocorre fora do ambiente hospitalar (TORNQUIST, 2002).

Em um estudo feito por Ferreira *et al.* (2017) reflete sobre o modelo de atenção predominante do Brasil e a qualidade da assistência prestada. Uma vez que o modelo de atenção é focado em técnica e procedimentos, o lado subjetivo e individualizado torna-se negligenciado.

“Especialmente no Brasil, a atenção à gestante e à puérpera mostra-se como desafio para prestação de uma assistência qualificada, haja vista que os princípios filosóficos do cuidado ainda centram-se no modelo hospitalocêntrico, tecnocrático e medicalizante, concentrado apenas nas técnicas e procedimentos, distante de um olhar voltado para o indivíduo em sua totalidade. A prestação de uma atenção qualificada e humanizada depende da provisão de recursos, da organização e de rotinas com procedimentos benéficos, a fim de evitar ações sem necessidade e estabelecer relações éticas, que garantam a privacidade e autonomia e que planejem, junto com a mulher e sua família, as condutas adotadas na sua assistência” (LIVRAMNTO *et al.*, 2019, p.6).

Através das práticas profissionais torna-se notório que o modelo biomédico é ainda o mais prevalente na assistência à saúde da mulher, apesar de não ser o ideal. Porém, já percebe-se o aumento das práticas holísticas e humanistas, caracterizando uma importante vertente para a melhora da qualidade da assistência, que vai na contramão das práticas intervencionistas e focadas na cura. Para que o modelo tecnocrático não se perpetue é preciso que as equipes de saúde adotem novas posturas e assumam um novo modelo de assistência à saúde para que estes possam responder com efetividade, eficiência e segurança às necessidades das gestantes (POHLMANN *et al.*, 2016).

Estudo realizado por Sehnem *et al.* (2020) revelou que os enfermeiros nas suas consultas de pré-natal conseguem compreender as gestantes na sua totalidade, superando o cuidado fragmentado baseado no modelo biomédico que se resume em avaliações clínico-laboratoriais.

Os enfermeiros que atuam na APS e realizam o pré-natal trabalham de forma que a gestante receba os cuidados e informações necessárias para serem protagonistas tanto durante a gestação como no parto/nascimento. O cuidado dos enfermeiros valoriza os aspectos subjetivos do cuidado e a singularidade da mulher, trabalhando em consonância com a fisiologia do processo de gestar, parir, nascer e amamentar. Neste sentido, os enfermeiros da atenção primária são fortes aliados quando ações e esforços são empreendidos visando romper com o modelo de atenção biomédico focado em exames e medicamentos, de forma a libertar as mulheres de intervenções desnecessárias e aumentar o respeito ao processo fisiológico e os desejos das gestantes (AMORIM *et al.*, 2022).

Para POHLMANN *et al.* (2016) uma ação para enfraquecer o modelo de assistência vigente é a transmissão de conhecimento e construir junto com a gestante um senso crítico sobre a sua gestação sendo ela capaz de realizar escolhas.

“Uma solução que parece resolutiva e que pode ser usada pelas enfermeiras é a educação em saúde, visto que se trocam experiências e conhecimentos com os indivíduos, enriquecendo as ideias e formando cidadãos críticos sobre o seu processo de saúde, além de promover a adequada relação interpessoal, e abrindo espaços para a gestante e demais usuários do sistema de saúde se

expressar e expor suas dúvidas, preocupações e receios. A ideia de cuidado vem, justamente, tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas” (POHLMANN *et al.*, 2016, p.6).

O modelo de assistência está diretamente relacionado ao desfecho final do pré-natal, ou seja, o parto e o nascimento. Estudo mostra que o número de partos cesarianos foi elevado em todas as regiões, principalmente para as mulheres com intercorrências obstétricas. A taxa média de cesarianas nesse estudo foi de 30,4%, parâmetro muito acima quando comparado com países europeus. A região Sudeste, que teve a menor taxa de cesariana intraparto. Esse resultado é consequência de movimentos de mudança do modelo de assistência ao parto, indo na direção menos intervencionista e medicalizada, focado nas melhores evidências científicas e dando voz a mulheres que estão sendo assistidas (LEAL *et al.*, 2020).

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. O método utilizado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), na versão de Strauss e Corbin, o qual ajuda a pensar sobre a realidade e estudá-la, e tem sua essência na capacidade de gerar teoria baseada em dados coletados e analisados a partir da interpretação baseada em investigação realizada sistematicamente (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

3.1 AMOSTRAGEM TEÓRICA

A amostragem teórica, segundo Strauss e Corbin (2008) é fundamental na TFD, ocorre de forma cumulativa e é desenvolvida durante o processo de investigação, sendo que todos os procedimentos visam identificar, desenvolver e relacionar conceitos a partir das hipóteses emergentes.

Cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta e à análise de dados anteriores. Além disso, a amostragem se torna mais específica com o tempo porque o analista é dirigido pela teoria evolutiva. Na amostragem inicial, o pesquisador está interessado em gerar o máximo possível de categorias; dessa forma, ele coleta dados em um vasto leque de áreas pertinentes. Uma vez que o analista tenha algumas categorias, a amostragem se volta para o desenvolvimento, a densificação e a saturação dessas categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.196-197).

O estudo seguiu os princípios da amostragem teórica. A coleta e a análise de dados foram realizadas concomitantemente durante o período de julho de 2015 a dezembro de 2016, em duas maternidades públicas de dois hospitais de grande porte, ou seja, na maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), pertencente à rede federal, e na Maternidade Carmela Dutra (MCD) que integra a rede estadual de saúde do estado de Santa Catarina. Ambas estão localizadas em Florianópolis/SC, no sul do Brasil, e são responsáveis pelo atendimento público na área.

3.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no local/ambiente de trabalho dos profissionais, sendo eles: Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do HU-

UFSC/EBSERH e da MCD, ambos localizados em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina.

3.2.1 Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

O HU-UFSC/EBSERH, denominado neste estudo de M1, foi inaugurado oficialmente na década de 1980, sendo um hospital escola vinculado à UFSC e se desenvolveu nas áreas de ensino, pesquisa e assistência. Tornando-se atualmente um dos principais hospitais do Estado, responsável anualmente por cerca de 10 mil internações, cerca de 4,5 mil cirurgias hospitalares, 113 mil consultas e 2,5 mil partos. Hoje o hospital é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), e atende exclusivamente pelo SUS. Sendo um hospital de grande porte e com tamanha importância para a saúde do estado, o HU-UFSC/EBSERH conta atualmente com aproximadamente 1600 trabalhadores, além de empregados terceirizados para execução de serviços de apoio (UFSC, 2021).

A maternidade do HU-UFSC/EBSERH foi criada em 1995 e desde então trabalha com a Filosofia da Humanização do parto e nascimento. Tem como destaque o prêmio Galba de Araújo recebido no ano 2000, que reconhece as instituições que se destacam pelo parto humanizado e possui o selo de Hospital Amigo da Criança desde 1997 até os dias atuais pelo seu incentivo ao aleitamento materno (UFSC, 2020).

Com uma forte vinculação com a área de ensino e pesquisa, a maternidade serve como local de estudo para uma série de trabalhos científicos, reforçando o caráter de hospital de ensino. Uma das iniciativas de ensino é o projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, coordenado por docentes do Departamento de Enfermagem e psicóloga da Maternidade do HU-UFSC/EBSERH e com a participação de profissionais que atuam na Maternidade, que teve início em 1996 e é considerado projeto permanente do hospital (UFSC, 2021).

Além disso, é um Centro Nacional de Referência para o Método Canguru desde o ano 2000, modelo de assistência que humaniza e melhora os resultados e qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso (UFSC, 2020). A maternidade localiza-se no segundo andar do hospital e é composta pelo Alojamento Conjunto, CO e uma UTIN.

3.2.2 Maternidade Carmela Dutra

A MCD, denominada neste estudo de M2, foi inaugurada em 1.955 sob responsabilidade das Irmãs da Divina Providência, sendo a primeira maternidade pública do estado. Foi reconhecida pelo MS como Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher. Também recebeu o título de Hospital Amigo da Criança pelo trabalho de incentivo e proteção ao aleitamento materno. Além disso, em 2014, foi consagrado com o prêmio Dr. Pinotti – Hospital Amigo da Mulher (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2018).

Por ser antiga, a maternidade sofreu alterações de acordo com os novos modelos de assistência. Na sua inauguração, sua estrutura física era dotada de 30 leitos no berçário e 30 leitos no berçário de alto risco. Em 2.001, havia 10 leitos de UTI neonatal e 10 leitos de berçário de alto risco, além do Alojamento Conjunto, com 31 leitos para puérpera e 31 leitos para recém-nascidos, que foi criado em 1996 (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Atualmente, depois de algumas reformas, a MCD dispõe de um total de 104 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal. Para atender toda essa demanda conta com mais de 500 funcionários e um corpo clínico que ultrapassa 100 profissionais, de diferentes especialidades (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2018).

A maternidade está inserida em um contexto de atenção à saúde, foi consagrado com o prêmio Dr. Pinotti – Hospital Amigo da Mulher da mulher e do recém-nascido, sendo referência em boas práticas obstétricas, gestação de alto risco, oncologia pélvica e mamária, reconstrução de mama e cirurgias ginecológicas (DAMIÃO, 2020). Também possui um Banco de Leite Humano com certificação nacional, onde faz a captação, pasteurização e distribuição de leite materno de mães que produzem leite em quantidade maior que o seu recém-nascido consome e fazem a doação após o processamento, a para outros recém-nascidos que encontram-se internados na UTI e também para aquelas mães que têm dificuldade na produção de leite (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2018).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os critérios de inclusão neste estudo foram: ser enfermeiro gestor ou assistencial, ser médico gestor ou assistencial e/ou estar cursando a residência em obstetrícia, neonatologia, pediatria ou em enfermagem na saúde da mulher e da criança e estar atuando em uma das

unidades vinculadas às maternidades incluídas neste estudo. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou em licença de qualquer natureza.

Dessa maneira, foram incluídos neste estudo 20 enfermeiros e 9 médicos. Entre os enfermeiros, cinco eram gestores e 15 assistenciais, dos quais um era residente de enfermagem na saúde da mulher e da criança, já no final do curso. Entre os médicos, um ocupava o cargo de gestor do CO; dois eram da assistência (um do CO e do ambulatório e o outro da UTIN); e seis eram estudantes na modalidade de residência nas áreas de obstetrícia (três), neonatologia (dois) e pediatria (um). A idade dos participantes variou entre 24 e 59 anos completos, e o tempo de atuação na unidade, na época da coleta de dados, variou de 2 meses a 27 anos.

3.4 COLETA DOS DADOS

Os participantes foram selecionados por conveniência. Os pesquisadores entraram em contato com os participantes para agendar a data, o horário e o local da entrevista. Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, realizada individualmente e em profundidade (APÊNDICE A).

A entrevista iniciou com a pergunta principal do estudo que foi realizada a todos os participantes: O que significa para você a gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal? A resposta obtida foi sendo aprofundada no decorrer da entrevista e outras perguntas foram sendo realizadas conforme consta no Apêndice A.

Todas as entrevistas foram realizadas por um único pesquisador experiente, com formação em nível de doutorado, na data, horário e local de trabalho dos participantes conforme a disponibilidade deles, em uma sala reservada, com a presença apenas do pesquisador e do participante.

No total, foram realizadas 29 entrevistas, das quais 19 com enfermeiras(os), três com médicos(as) obstetras, e as demais com residentes médicos em obstetrícia (3), neonatologia (2), pediatria (1) e de enfermagem (1). A duração média das entrevistas foi de 42 minutos e 17 segundos cada.

Inicialmente, foram entrevistados 10 enfermeiros da M1 que atuavam no CO, Alojamento Conjunto e UTIN. Foram entrevistados três enfermeiros gestores e sete enfermeiros assistenciais. Entre eles, apenas três não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Houve a recusa de uma enfermeira gestora.

Na sequência, para ampliar e diversificar a amostra foram entrevistadas seis enfermeiras da M2, entre elas duas gestoras e quatro enfermeiras assistenciais da MCD, as quais atuavam no CO, Alojamento Conjunto, UTIN e no Ambulatório que é referência para gestação de alto risco. Destas seis enfermeiras, apenas duas não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Logo após, também foram entrevistadas mais duas enfermeiras do Ambulatório da instituição à qual pertence a M1, igualmente referência para gestação de alto risco. Destas, uma tem a Titulação como Enfermeira Obstetra.

E por último, para compreender a gestão do cuidado realizada pelo enfermeiro na visão dos médicos, médicos residentes e residente de enfermagem cujos profissionais executam as suas atividades conjuntamente com os enfermeiros e atuam nas mesmas unidades assistenciais, bem como para complementar a amostra, buscou-se entrevistar ainda três médicos, ambos da M1 e M2, entre eles, um gestor do CO e dois médicos assistenciais (do CO e da UTIN), seis médicos residentes, tanto da M1 como da M2, incluindo três médicos residentes em Obstetrícia, dois médicos residentes em Neonatologia, um médico residente em Pediatria e, ainda, uma enfermeira residente de enfermagem da M1 e, para finalizar, mais uma enfermeira do CO da M1.

Para garantir melhor aproveitamento das falas dos participantes para posterior análise dos dados, as entrevistas foram audiogravadas por meio de um gravador de voz. As notas de campo foram realizadas durante e após a entrevista em um diário.

A coleta de dados foi concluída quando ocorreu a saturação teórica dos dados, ou seja, quando os dados começaram a se repetir. As entrevistas foram transcritas na íntegra, pelos pesquisadores, em documento *word* e armazenadas em meio digital.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada através do processo de codificação aberta, axial e seletiva, de forma complementar e integrada. Na codificação aberta foi realizada a microanálise dos dados oriundos de cada entrevista, linha a linha, a fim de estimular a emergência dos conceitos. Além disso, também foram formuladas perguntas aos dados e realizadas comparações teóricas. Nesta etapa ocorreu o processamento das informações até formar os conceitos ou categorias. Na codificação axial, as categorias foram desenvolvidas e se tornaram-se mais refinadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para a análise seletiva foi utilizado o mecanismo analítico chamado Paradigma ou Modelo Paradigmático preconizado por Corbin e Strauss (2015), como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e proporciona a integração sistemática dos dados, e ajuda a classificar as conexões emergentes, a partir dos componentes: condições, ações-interações e consequências.

Durante a realização do presente estudo também foram elaborados memorandos, entre eles: notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais, que se referem aos registros escritos de análise. Além disso, diagramas também foram elaborados, os quais tratam de mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender aos critérios éticos da pesquisa, foram consideradas as recomendações da Resolução nº 466/2012 e da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; 2016b), bem como, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina Parecer nº 1.148.080 de 13/07/2015 (CAAE: 43112415.5.0000.0121), (ANEXO A) a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, Parecer nº 1.158.569 de 24/07/2015 (CAAE: 43112415.5.3001.0114), (ANEXO B) e das Instituições onde a pesquisa foi sendo realizada.

Além disso, também foi considerada a autorização dos participantes do estudo que foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta, e que após a solicitação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Para manter o sigilo das identidades dos participantes, estes serão identificados neste estudo pela letra P (participante) seguida de um número arábico correspondente à ordem em que foram entrevistados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o estabelecido na disciplina NFR 5212 Estágio Supervisionado II, ministrada à 10ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados e discussão do Trabalho de Conclusão de Curso, são apresentados na forma do seguinte manuscrito: “As repercussões do modelo tecnocrático na qualidade da assistência pré-natal”.

4.1 MANUSCRITO: AS REPERCUSSÕES DO MODELO TECNOCRÁTICO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Heloísa Ferreira de Melo
Marli Terezinha Stein Backes

Resumo

O estudo teve como objetivo analisar de que forma o modelo tecnocrático de assistência contribui com a falta de qualidade no acompanhamento pré-natal das gestantes. O método utilizado foi a Teoria Fundamentada nos Dados, na versão de Strauss e Corbin. A coleta de dados foi conduzida por amostragem teórica, entre julho de 2015 a dezembro de 2016. Realizaram-se 29 entrevistas com profissionais de saúde de duas maternidades públicas da região sul do Brasil. A análise dos dados foi realizada por meio da codificação aberta, axial e seletiva/integração. O estudo foi aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa. Como resultado foi possível identificar que o modelo tecnocrático ainda persiste na assistência pré-natal, uma vez que os profissionais dão mais importância para exames e procedimentos e deixam a desejar nas orientações e preparo para o parto e nascimento. Os aspectos subjetivos das gestantes são negligenciados. Conclui-se que o pré-natal mesmo com um alto nível de adesão está sendo ineficaz já que as gestantes chegam para o momento do parto despreparadas. É preciso investir na formação acadêmica/atualização do conhecimento dos profissionais com base em evidências científicas e no cuidado centrado nos usuários.

Descritores: Cobertura de serviços de saúde; Cuidado pré-natal; Gestantes; Modelos de assistência à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Serviços de saúde materno-infantil.

Introdução

O acompanhamento pré-natal é um dos fatores mais importantes para que se tenha melhores desfechos perinatais. Sabe-se que o acompanhamento pré-natal de qualidade colabora para que os danos para a mãe e o filho sejam reduzidos. Vários estudos nacionais que têm sido

realizados ao longo do tempo mostram que há falhas na qualidade quando se trata da assistência pré-natal. Os fatores para que isto aconteça variam desde as dificuldades de acesso até a realização incompleta dos procedimentos preconizados (VIELLAS *et al.*, 2014).

No decorrer da história é possível perceber que por diversas décadas todo o processo de gestação, parto e nascimento era de controle totalmente feminino e que quem auxiliava as mulheres neste processo eram religiosas, parteiras, ou mulheres que já vivenciaram esse processo na família (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

No Brasil está em vigência o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que tem como objetivo principal assegurar à gestante a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2000). No ano de 2011 foi ampliado ainda mais o acesso ao pré-natal e sua qualidade quando o governo federal lançou a Rede Cegonha que trata da rede de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e da criança até os dois anos de idade, a partir de quatro componentes: 1) pré-natal; 2) atenção ao parto e nascimento; 3) atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança; 4) sistema logístico referente ao transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011) e esteve focada na redução da mortalidade materno-infantil, especialmente, nas regiões norte e nordeste, mas também com alcance nacional (MÁRIO *et al.*, 2019). Recentemente, em 2022, a Rede Cegonha foi substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil por meio da Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022, cujo principal objetivo é reestruturar a rede de assistência à gestante e ao recém-nascido em todo Brasil. De modo que seja ampliado o direito à mulher ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como às crianças. Essa nova portaria também tem enfoque na atenção pré-natal, onde prevê melhorar acesso aos exames laboratoriais e serviços de ultrassonografia, de forma a fortalecer o modelo de atenção tecnocrático (BRASIL, 2022).

Estudo realizado por Tomasi *et al.* (2017) que buscou avaliar a qualidade da assistência pré-natal no país, apontou uma situação preocupante, visto que apenas 15% das gestantes entrevistadas receberam acompanhamento pré-natal adequado.

No Brasil, há uma cobertura pré-natal de quase 100%, o que foi evidenciado pelo estudo realizado por Viellas *et al.* (2014). As coberturas de assistência pré-natal em menor número foram observadas principalmente na região norte, em mulheres indígenas, sem companheiros e em multigestas. Setenta e oito por cento das mulheres iniciaram o acompanhamento pré-natal antes da 16ª semana e 73% realizaram as 6 consultas que são preconizadas pelo MS.

O principal objetivo da adesão das gestantes ao pré-natal é contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil e prevenir complicações gestacionais. Dessa maneira, a assistência prestada pelo profissional de saúde deve ser resolutiva e, ao mesmo tempo, acolhedora, proporcionando o vínculo com a rede de atenção à saúde e a garantia do cuidado necessário durante a gestação, parto e puerpério (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Estudo realizado por Nunes *et al.* (2016) mostrou que existem elevadas taxas de inadequação na assistência pré-natal. E estes autores referem que apenas o número de consultas elevado, o requerimento de exames básicos e a realização de procedimentos não garante que a assistência prestada seja de qualidade. Quando os estudos consideram como critérios de qualidade apenas índices quantitativos como o número de consultas e o tempo gestacional em que o pré-natal é iniciado acredita-se que as taxas de inadequação estão reduzidas, sendo que se usar critérios além de quantitativos, mas também qualitativos para realizar a avaliação da qualidade mostra que a realidade no país é outra (NUNES *et al.*, 2016).

Segundo Leal *et al.* (2014) o modelo de assistência obstétrica no trabalho de parto, parto e nascimento no Brasil continua muito intervencionista, baseado no modelo tecnocrático, sem incentivar a autonomia da mulher e o processo fisiológico do parto. Este processo tem início no pré-natal, quando a gestante não é informada sobre as boas práticas durante o trabalho de parto e parto/nascimento, sobre os benefícios do parto normal, e não são empoderadas a conduzirem o próprio trabalho de parto e parto/nascimento.

Este artigo integra um recorte dos resultados obtidos a partir do Projeto de Pesquisa intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal” que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 462049/2014-0. Este projeto foi fundamentado na seguinte questão de pesquisa: qual significado é atribuído à gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento? E teve como objetivo geral compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento, bem como construir um modelo teórico sobre a temática.

Diante do exposto, este artigo apresenta como pergunta de pesquisa: quais as repercussões do modelo tecnocrático na qualidade da assistência pré-natal? Para responder esta

questão de pesquisa o estudo teve como objetivo compreender as repercussões do modelo tecnocrático na qualidade da assistência pré-natal.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. O método utilizado foi a TFD, na versão de Strauss e Corbin, o qual ajuda a pensar sobre a realidade e estudá-la, e tem sua essência na capacidade de gerar teoria baseada em dados coletados e analisados a partir da interpretação baseada em investigação realizada sistematicamente (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2015).

O estudo seguiu os princípios da amostragem teórica. A coleta e a análise de dados foram realizadas concomitantemente durante o período de julho de 2015 a dezembro de 2016, em duas maternidades públicas de dois hospitais de grande porte, ou seja, na maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), denominada neste estudo de M1, pertencente à rede federal, e na Maternidade Carmela Dutra, denominada M2, que integra a rede estadual de saúde do estado de Santa Catarina. Ambas estão localizadas em Florianópolis/SC, no sul do Brasil, e são responsáveis pelo atendimento público na área.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: ser enfermeiro gestor ou assistencial, ser médico gestor ou assistencial e/ou estar cursando a residência em obstetrícia, neonatologia, pediatria ou em enfermagem na saúde da mulher e da criança e estar atuando em uma das unidades vinculadas às maternidades incluídas neste estudo. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou em licença de qualquer natureza.

Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, em profundidade. Todas as entrevistas foram realizadas por um único pesquisador experiente, com formação em nível de doutorado, na data, horário e local de trabalho dos participantes conforme a disponibilidade deles, em uma sala reservada, com a presença apenas do pesquisador e do participante.

A entrevista iniciou com a pergunta principal do estudo que foi realizada a todos os participantes: O que significa para você a gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal? A resposta obtida foi sendo aprofundada no decorrer da entrevista e outras perguntas foram sendo realizadas conforme consta no Apêndice A.

Os participantes foram selecionados por conveniência. No total, foram realizadas 29 entrevistas com enfermeiros, médicos obstetras e residentes médicos em obstetrícia, neonatologia, pediatria e uma residente de enfermagem na saúde da mulher e da criança. A duração média das entrevistas foi de 42 minutos e 17 segundos cada.

Inicialmente, foram entrevistados 10 enfermeiros da M1 que atuavam no Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Foram entrevistados três enfermeiros gestores e sete enfermeiros assistenciais. Entre eles, apenas três não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Houve a recusa de uma enfermeira gestora.

Na sequência, para ampliar e diversificar a amostra foram entrevistadas seis enfermeiras da M2, entre elas duas gestoras e quatro enfermeiras assistenciais da MCD, as quais atuavam no CO, Alojamento Conjunto, UTIN e no Ambulatório que é referência para gestação de alto risco. Destas seis enfermeiras, apenas duas não possuíam especialização em enfermagem obstétrica e/ou neonatológica. Logo após, também foram entrevistadas mais duas enfermeiras do Ambulatório da instituição à qual pertence a M1, igualmente referência para gestação de alto risco. Destas, uma tem a titulação como Enfermeira Obstetra.

E por último, para compreender a gestão do cuidado realizada pelo enfermeiro na visão dos médicos, médicos residentes e residente de enfermagem cujos profissionais executam as suas atividades conjuntamente com os enfermeiros e atuam nas mesmas unidades assistenciais, bem como para complementar a amostra, buscou-se entrevistar ainda três médicos, ambos da M1 e M2, entre eles, um gestor do CO e dois médicos assistenciais (do CO e da UTIN), seis médicos residentes, tanto da M1 como da M2, incluindo três médicos residentes em Obstetrícia, dois médicos residentes em Neonatologia, um médico residente em Pediatria e, ainda, uma enfermeira residente de enfermagem da M1 e, para finalizar, mais uma enfermeira do CO da M1.

Para garantir melhor aproveitamento das falas dos participantes para posterior análise dos dados, as entrevistas foram audiogravadas por meio de um gravador de voz. As notas de campo foram realizadas durante e após a entrevista em um diário.

A coleta de dados foi concluída quando ocorreu a saturação teórica dos dados, ou seja, quando os dados começaram a se repetir. As entrevistas foram transcritas na íntegra, pelos pesquisadores, em documento *word* e armazenadas em meio digital.

A análise de dados foi realizada através do processo de codificação aberta, axial e seletiva, de forma complementar e integrada. Na codificação aberta foi realizada a microanálise

dos dados oriundos de cada entrevista, linha a linha, a fim de estimular a emergência dos conceitos. Além disso, também foram formuladas perguntas aos dados e realizadas comparações teóricas. Nesta etapa ocorreu o processamento das informações até formar os conceitos ou categorias. Na codificação axial, as categorias foram desenvolvidas e se tornaram-se mais refinadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para a análise seletiva foi utilizado o mecanismo analítico chamado Paradigma ou Modelo Paradigmático preconizado por Corbin e Strauss (2015), como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e proporciona a integração sistemática dos dados, e ajuda a classificar as conexões emergentes, a partir dos componentes: condições, ações-interações e consequências.

Durante a realização do presente estudo também foram elaborados memorandos, entre eles: notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais, que se referem aos registros escritos de análise. Além disso, diagramas também foram elaborados, os quais tratam de mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos.

Para atender aos critérios éticos da pesquisa, foram consideradas as recomendações da Resolução nº 466/2012 e da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; 2016b), bem como, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina Parecer nº 1.148.080 (ANEXO A), a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, Parecer nº 1.158.569 (ANEXO B) e das Instituições onde a pesquisa foi realizada.

Além disso, também foi considerada a autorização dos participantes do estudo que foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta, e que após a solicitação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Os participantes serão identificados neste estudo pela letra P (participante) seguida de um número arábico correspondente à ordem em que foram entrevistados.

O presente estudo seguiu as recomendações para a elaboração de pesquisa qualitativa dos Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa (COREQ).

Resultados

Participaram do estudo 29 profissionais, dos quais 20 eram enfermeiros e 9 eram médicos. Entre os enfermeiros, cinco eram gestores e 15 assistenciais, dos quais um era residente de enfermagem na saúde da mulher e da criança, já no final do curso. Entre os médicos, um ocupava o cargo de gestor do CO; dois eram da assistência (um do CO e o outro da UTIN); e seis eram estudantes na modalidade de residência nas áreas de obstetrícia (três), neonatologia (dois) e pediatria (um). A idade dos participantes variou entre 24 e 59 anos completos, e o tempo de atuação na unidade, na época da coleta de dados, variou de 2 meses a 27 anos.

Os resultados aqui descritos fazem parte do modelo teórico que integra o macroprojeto “Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal” e baseiam-se na análise dos resultados da categoria “Cuidando da díade mãe-filho e família e do cuidador”, com enfoque na subcategoria “Cuidando no pré-natal” (ANEXO C).

Segundo um dos participantes do estudo, uma assistência pré-natal adequada e de qualidade pode contribuir para reduzir a mortalidade materna e neonatal no Brasil. Entretanto, afirmou também que em todo país o pré-natal de boa qualidade infelizmente deixa a desejar e acaba fazendo com que a própria gestante não adere ao pré-natal de forma adequada.

Foi mencionado que a gestante deve receber explicações de como deve ser feito o pré-natal e orientações sobre o trabalho de parto e parto, incluindo a preparação física das gestantes para o parto durante o pré-natal, visto que o profissional que acompanha as gestantes nas consultas pré-natais deve estimulá-las a fazer exercícios de relaxamento do períneo a fim de evitar lacerações no período expulsivo e buscar um trabalho de parto mais tranquilo.

Dessa maneira, segundo os participantes, uma gestante preparada desde o pré-natal para o trabalho de parto e parto torna-se uma parturiente empoderada que consegue lidar com a dor de forma mais natural e percebe esse momento como passageiro, pois ela consegue se adaptar melhor às posições durante o trabalho de parto e parto, além de conseguir respirar melhor, evitando a exaustão.

Os participantes também relataram que as gestantes, de modo geral, recebem poucas informações durante o pré-natal. E que isso se torna mais evidente em relação aos esclarecimentos sobre o parto fisiológico, pois muitas parturientes têm chegado no CO desinformadas, o que faz com que a equipe que vai acompanhar o parto precise realizar as orientações que ficaram escassas durante o pré-natal. Neste sentido, uma das participantes

entrevistadas reforçou que a gestante deve ser empoderada para o parto desde a gestação, não apenas na hora em que ela interna para o parto, pois neste momento ela chega no CO já em trabalho de parto. Entretanto, uma das participantes fez referência a um estudo que constatou que quando as consultas de pré-natal são intercaladas entre médico e enfermeiro, a maioria das parturientes acaba optando pelo parto normal, o que indica que provavelmente elas receberam orientações sobre o parto.

De acordo com os participantes, as gestantes mais jovens chegam mais desinformadas sobre o que é o parto e, como consequência, apresentam-se assustadas e com medo. Por esse motivo, consideram necessário preparar mais a gestante para o parto normal e para cada momento do parto bem antes do parto, ou seja, durante o pré-natal.

[...] O empoderamento não é na hora que interna para o parto, a mulher tem que vir pronta (P18).

[...] Vamos combinar, não tem muita informação, não existe esse espaço para paciente discutir, são professoras e alunas que fazem pré-natal aqui, elas saem dali vem para mim, e elas falam "Enfermeira, eu saio dali venho para cá porque é contigo que eu consigo discutir, eu consigo me abrir, tirar as minhas dúvidas (P16).

[...] Eu estou com uma paciente com quarenta e duas semanas mais seis dias que faltou orientação do pré-natal para procurar a maternidade. Na verdade, ela disse que vai toda semana no posto e o médico não encaminhou ela nem uma vez para a maternidade! E ela está com quarenta e duas semanas mais seis dias! Então, já passou quase uma semana esse prazo dela! Faltou orientação! (P21).

As consultas pré-natais geralmente duram cerca de 30 minutos e, segundo os entrevistados, raramente o profissional consegue abordar o tema parto. Em contrapartida, uma das participantes relatou que em seu local de trabalho não há tempo limite para consulta com a gestante, e considera necessário conversar com ela sobre trabalho de parto e parto desde o pré-natal.

Segundo os participantes, na maioria dos casos, se faz a consulta pré-natal correta do ponto de vista técnico, e a mulher chega na maternidade com exames além do necessário, visto que a sociedade valoriza demais a realização de exames. E que têm gestantes que chegam na maternidade com mais de cinco ultrassom, mas nenhuma informação sobre trabalho de parto e parto. Por outro lado, um dos participantes considera inadmissível o SUS não pagar um ultrassom morfológico para gestantes, visto que já nasceu criança com malformação e a gestante não ficou sabendo disso durante o pré-natal.

[...] Às vezes você faz tudo certinho do ponto de vista técnico, elas vêm com exame de sopra, ultrassom de sopra, exame que não precisaria e, às vezes, não vêm com informação de parto. [...] Ultrassom é a coisa mais importante! Saber o sexo da criança é mais importante do que saber se o coração está batendo. Tem mãe que só quer saber o sexo. Mas acho que isso é mais falta de informação, acho que elas não têm noção. Mas acredito que é um pouco desse complexo médico industrial que tudo é exame, e a subjetividade ela não está muito valorizada. [...] A sociedade é um reflexo da medicina, a forma como a gente vê a saúde e a doença, e um interfere no outro. [...] Aí vem cinco ou seis ultrasons e aí a mulher não teve nenhuma orientação de parto. [...] Mesmo no sistema privado, se você não quer solicitar o exame de ultrassom, ela vai arrumar um outro médico que vai solicitar o ultrassom para ela, não tem problema (P29).

Para uma das participantes do estudo, o pré-natal ainda apresenta muitas fragilidades, inclusive em Florianópolis, onde a atenção primária à saúde é vista como modelo para o Brasil. Segundo ela, há informações do pré-natal que não são fornecidas para as gestantes, ou são fornecidas de forma inadequada e, às vezes, as gestantes não as compreendem pelo baixo nível socioeconômico delas. Essa participante também relatou que para as gestantes socialmente vulneráveis o pré-natal se torna mais frágil, pois além de não terem como buscar informações, acabam tendo um índice de desistência alto por não terem noção da importância da realização do pré-natal.

A gente atende uma população carente e desinformada (P15).

As que são do interior geralmente são menos esclarecidas! (P21).

Um dos participantes referiu que o acesso a exames rotineiros, como os exames laboratoriais e o ultrassom deveriam ser facilitados para a gestante, e que há uma demora na realização dos exames solicitados, e acredita que a dificuldade no acesso a exames, consultas e ultrassom colaboram para a desistência da mulher em realizar o pré-natal.

[...] E, na maioria das vezes, elas não conseguem ter acesso a um ultrassom pela unidade de saúde, então essa dificuldade de acesso também acaba desestimulando a gestante a seguir com o pré-natal corretamente, porque tudo é muito difícil! Não consegue fazer o exame, não consegue consulta. Então acaba desestimulando e faz com que ela desista ali no meio do processo, e a maioria da gente sabe que não tem condições de fazer um pré-natal particular! Então elas acabam vindo ganhar o bebê sem ter um pré-natal correto! (P22).

Visto que o Brasil é um dos países com maior taxa de cesárea no mundo, alguns participantes acreditam que isso é reflexo de um pré-natal de baixa qualidade e que está ocorrendo algum erro nesse processo. Ainda complementam que a falta de empoderamento das gestantes devido a falta de informação a respeito do trabalho de parto abre precedentes para a

violência obstétrica que é praticada por diversos profissionais, assim como para o descontrole emocional das gestantes.

Elas ameaçam mesmo com agressão! Não é raro ter isso! Elas baterem boca com você, ou te agredir moralmente. Às vezes, acontece! E, às vezes, você acaba internando dois dias antes! Três dias antes! Para a criança não vai fazer diferença já que é a termo né?! (P21).

Para uma das participantes do estudo, a assistência pré-natal está frágil em todo o Brasil, e que ela vê isso como um problema uma vez em que a baixa qualidade na assistência pré-natal faz com que a gestante não realize o pré-natal de forma adequada. Da mesma forma, foi mencionado que há falta de atenção pré-concepcional para as mulheres brasileiras e a falta de inclusão, valorização e preparo do acompanhante, especialmente, da figura paterna durante o pré-natal.

[...] Na realidade o que a gente tem que ter como uma grande política de atenção à saúde é educação para os direitos reprodutivos, para que as mulheres possam exercer ou não a sua sexualidade com liberdade e que a reprodução seja uma escolha e a maternidade seja uma decisão autônoma e prazerosa porque ela quer aquilo. Nesse sentido, se ela é uma decisão autônoma e ela pode ser planejada, você orienta sobre algumas necessidades que hoje já tem muitos estudos sobre a importância disso, de você planejar uma gestação para fazer exames e prevenir, só o uso do ácido fólico, por exemplo, o uso do ácido fólico pré-concepcional que a gente não tem, né? (P17).

Eu acho que o marido deveria ser preparado para isso! Ele é o acompanhante, mas ele não faz curso de gestante, ele não tem nem ideia de como é a coisa! [...] Eu acho que é pouco incentivada a presença do acompanhante no pré-natal, não tem essa participação. Essa visão eu acho que a gente está perdendo também! Mesmo porque ele trabalha, não vem em todas as consultas (P14).

Foi mencionado que há casos de gestantes que não realizam acompanhamento pré-natal ou o iniciam tardiamente, ou o realizam de forma inadequada e/ou insuficiente.

São poucas as gestantes que não tem consulta nenhuma ou possuem consultas incompletas de pré-natal. Porém, não ter um pré-natal adequado são bastante! Às vezes, elas começam e não terminam, ou então começam no final da gestação, ou fazem um pouquinho no começo e dão uma pausa e vão no final de novo! Então, não são pré-natais bem feitos! (P22).

Um acompanhamento pré-natal deficiente tem sido associado por um dos participantes à mortalidade neonatal, visto que sem o acompanhamento adequado há maiores chances de o feto nascer prematuro, com alguma infecção, aumentando os riscos de morte. Há relato de outra participante de que existem mães com seus filhos na UTI neonatal que não realizaram nenhum exame pré-natal ou realizaram uma ou duas consultas durante toda a gestação.

A principal causa de morte neonatal é o pré-natal mesmo. O pré-natal mal feito leva ao nascimento de bebês que nascem com problemas de infecção, prematuros. Então isso acaba aumentando a mortalidade! (P22).

Uma das participantes revelou que em Florianópolis/SC tem tido muitos casos de sífilis na gestação desde 2015, e que, conseqüentemente, muitas crianças têm nascido com sífilis congênita. Ela ainda relata que este problema ocorre devido à falta de planejamento reprodutivo, falta de cuidado, falta de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e pré-natal inadequado.

A gente tem enfrentado nos últimos dois anos um problema muito sério que é um aumento brutal no número de sífilis na gestação, que leva a uma série de conseqüências de abortamento, abortamento tardio, óbito perinatal, malformação fetal (P20).

Como uma forma de orientar as gestantes em relação ao trabalho de parto e parto, durante o estudo vários participantes relataram a importância da realização de grupos de gestantes. Uma das participantes mencionou que a gestante que frequenta o grupo de gestantes é mais informada e compreende melhor o processo do parto, e nota-se que ela tem mais autonomia e fica mais segura, torna-se mais questionadora sobre as intervenções que são feitas com ela durante o trabalho de parto e parto e sabe que qualquer intervenção deve ser conversada com ela previamente.

Outra participante cita que o grupo de gestantes é uma forma de otimizar as informações para as gestantes, tendo em vista que elas se reúnem, trocam informações e experiências enquanto grupo. Além disso, ela acredita que no trabalho de parto a subjetividade da mulher vem à tona e o grupo de gestantes é muito importante para trabalhar esta subjetividade e preparar as mulheres para o parto.

A gente consegue perceber a diferença de quem participa e de quem não participa [do grupo de gestantes], até na questão da autonomia da mulher, de ela questionar uma intervenção. Se ela participou de um grupo de gestantes, se ela leu durante o pré-natal ela vai questionar[...] Eu acho que dá mais autonomia para a mulher, ela fica mais segura porque ela tem uma informação, uma orientação de mais ou menos como vai acontecer quando ela entrar em trabalho de parto, como que vai ser o parto, ela consegue compreender melhor, ela vem mais preparada (P8).

Acho que o grupo de gestantes otimiza. Acho que elas trocam experiências, trocam conhecimentos, aquilo que elas têm pesquisado (P29).

Em relação à adesão aos grupos, uma das participantes relatou que não é a maioria das gestantes que participa do grupo de gestantes e que dentro do centro obstétrico no momento do trabalho de parto, é possível perceber quando a gestante participou ou não de algum grupo

durante a gestação. Das duas maternidades onde foi realizado o estudo, uma não possuía grupo de gestantes ainda, porém já havia a intenção por parte das enfermeiras em criar um grupo.

Um dos participantes também mencionou que em relação à participação das gestantes nos grupos de gestantes ainda há dúvidas se isso se deve à falta de adesão mesmo ou a própria falta de conscientização das gestantes.

Não sei até que ponto é falta de adesão, e até que ponto é falta de conscientização do quanto pode ser bom né? (P29).

Por outro lado, a *internet*, por meio de *blogs* e *sites* são meios pelos quais as gestantes obtêm informações que, muitas vezes, ela não consegue obter por meio dos profissionais com quem realizam o pré-natal. Porém, também foi relatado que muitas gestantes não vão atrás de informações, mesmo tendo acesso a elas.

Discussão

No presente estudo foi mencionado que uma assistência pré-natal adequada e de qualidade contribui para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Esse resultado é corroborado por Amaral *et al.* (2016). Segundo Carvalho *et al.* (2018) um pré-natal de qualidade tem como objetivo realizar o acolhimento da gestante, buscando um atendimento de forma integral. Para que a assistência pré-natal seja realizada de forma adequada, deve-se reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil.

De acordo com Amorim *et al.* (2022), para que isso aconteça, a atenção primária precisa valorizar os aspectos subjetivos, as particularidades da gestante e de sua família e promover um cuidado singular, multidimensional, contínuo e vigilante. Ainda segundo os autores, o pré-natal deve promover cuidados para que a gestação ocorra tranquilamente e também preparar a gestante para o trabalho de parto, parto e nascimento, em consonância com o processo fisiológico. A gestante deve ser conhecedora dos seus direitos e também entender todo o processo para assim tornar-se empoderada e capaz de tomar decisões a partir das informações recebidas e com base em suas preferências.

Evidenciou-se através do presente estudo que o pré-natal de boa qualidade, infelizmente, ainda deixa a desejar, e isso foi relacionado à falta de informações recebidas de modo geral por parte das gestantes e também ao fato de elas chegarem na maternidade já em trabalho de parto sem orientações sobre o trabalho de parto e parto fisiológico. Estudo qualitativo realizado com

gestantes no terceiro trimestre gestacional constatou que das 12 gestantes entrevistadas, apenas três delas haviam recebido informações e orientações sobre o parto, sendo que estas foram as que participaram de grupos de gestantes (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

Para Ribeiro *et al.* (2016), as informações fornecidas à gestante durante o seu acompanhamento pré-natal sobre o processo de parto e tudo que ela passara desde o momento da admissão hospitalar até a alta são de extrema importância, visto que estas informações minimizam a ansiedade e proporciona segurança em relação a esta situação.

Segundo Flores *et al.* (2021) em seu estudo sobre as desigualdades da assistência pré-natal a nível nacional mostrou que apenas duas a cada dez mulheres receberam todo o aconselhamento e orientação e realizaram procedimentos e exames, necessários para um pré-natal de qualidade avaliado na pesquisa.

Essa realidade tornou-se evidente em um estudo realizado por Mendes *et al.* (2020), em que a maioria das gestantes sergipanas apresentaram ao chegar na maternidade um grau baixo de orientações que deveriam ter sido repassadas no pré-natal. Nisso vem à tona o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na preparação das gestantes para o parto e para a amamentação, sendo priorizadas apenas as orientações sobre sinais de risco na gravidez. Esse tipo de prioridade é justificado pelo caráter biomédico da assistência à saúde. Nesse sentido, espera-se que, no âmbito da interdisciplinaridade, o conhecimento biomédico esteja mais articulado às outras ciências.

Em um estudo realizado com 17 gestantes, Guedes *et al.* (2017) mostra que as gestantes consideraram importante ter informações sobre parto normal durante o pré-natal. Evidenciou também que as gestantes entendem a importância do preparo para o parto no pré-natal, mas que mesmo assim, muitas ainda não haviam recebido informações para o parto. Para os autores, a orientação para o parto normal estimula a mulher a buscar pela sua autoconfiança e a sua capacidade de parir, dando-lhe segurança e capacitando-a para o momento do nascimento do seu filho.

Segundo Amorim *et al.* (2022) no que se refere à preparação das gestantes para o parto existe uma lacuna importante que dificulta o atendimento de qualidade relacionado à comunicação entre os sistemas de referência e contrarreferência, assim como não existe uma boa comunicação entre a maternidade e a atenção primária. É quando a gestante chega na maternidade a única informação que o serviço tem são aquelas registradas na caderneta da gestante. Por sua vez, muitas das ações planejadas pela atenção primária para o momento do

parto como o plano de parto e nascimento, por exemplo, não condizem com a realidade do atendimento da maternidade.

Outro aspecto também levantado no presente estudo foi o tempo de duração da consulta de pré-natal que foi em média 30 minutos. Esse dado corrobora com a pesquisa realizada por Souza *et al.* (2020) com 15 gestantes atendidas na atenção primária à saúde, que revelou que as consultas de pré-natal possuem duração média de 15 a 30 minutos, sendo que durante esse tempo os profissionais realizam procedimentos e exames, faltando espaço para orientações sobre amamentação, trabalho de parto e educação em saúde, como também, muitas dúvidas das gestantes não são totalmente esclarecidas.

Estudo realizado por Livramento *et al.* (2019) evidenciou a insatisfação de algumas gestantes com a rapidez das consultas, com a escassez de orientações verbais e a incompreensão das orientações escritas. Segundo estes autores, o profissional que irá atender a gestante precisa estar disponível para fornecer orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal com a finalidade de empoderar a mulher/casal para ser protagonista do parto e nascimento, como também esclarecer as dúvidas. Entretanto, ainda de acordo com os mesmos autores, essas informações devem ser fornecidas de modo efetivo e a linguagem utilizada deve ser adequada ao contexto e realidade de cada gestante, a fim de garantir que as informações sejam compreendidas corretamente.

Os autores desse mesmo estudo fazem uma reflexão sobre o tempo das consultas e sua relação com o modelo de atenção obstétrica predominante no Brasil, mencionando que em um país onde o modelo de atenção que prevalece é o tecnocrático, as repercussões na atenção pré-natal são gestantes com pouca informação, educação em saúde deficitária e despreparo para o parto e nascimento, o que torna as parturientes submissas aos profissionais de saúde e com pouca autonomia.

Por outro lado, também ficou claro no presente estudo a valorização excessiva dos cuidados voltados apenas à dimensão biológica, especialmente, voltados a exames laboratoriais e ultrasons, em detrimento do cuidado com as demais dimensões. Isso traz à tona as intervenções desnecessárias já desde o pré-natal e que podem culminar com a intervenção máxima do processo de parir e nascer que é a cesariana, uma vez em que o alto índice de cesarianas foi atribuído às fragilidades da assistência pré-natal.

Os exames clínicos e laboratoriais realizados durante o período pré-natal são de grande importância para a detecção precoce de fatores de risco que podem afetar o desenvolvimento fetal, prevenindo, assim, a morbimortalidade no período pré-natal (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Segundo Domingues *et al.* (2012) em sua pesquisa realizada com 2.353 gestantes no estado do Rio de Janeiro mostrou que na assistência pré-natal também houve a solicitação de exames de forma elevada, enfatizando que há uma adesão elevada aos exames de rotina no período pré-natal por parte tanto dos profissionais quanto das gestantes. Entretanto, mesmo com o índice elevado de solicitação de exames, o número de gestantes que tiveram o registro dos resultados foi inferior a 100%, mesmo em gestantes a termo.

Ainda no presente estudo evidenciou-se a falta de adesão das gestantes aos grupos de gestantes, ficando a dúvida se isso se deve apenas à falta de adesão ou a falta de conscientização por parte das gestantes. Segundo Fogaça *et al.* (2017) em sua pesquisa realizada com 49 profissionais de uma unidade básica de saúde de Londrina/Pr, mostrou que os profissionais justificam a não adesão das gestantes aos grupos de gestantes em função do condicionamento organizacional da unidade e que há uma supervalorização das ações técnicas tais como as consultas médicas e de enfermagem e não há uma priorização das ações de promoção da saúde. Este resultado mostra que, por vezes, o próprio serviço não estimula a gestante a participar de ações como os grupos de gestantes, tendo um processo de trabalho fechado e não dando espaço para realização de atividades como esta.

No estudo realizado por Guedes *et al.* (2017) para as gestantes entrevistadas a melhor forma de atividades de educação em saúde são palestras e alguma forma de uso de fontes audiovisuais para que seja melhor o entendimento das informações fornecidas. Este resultado traz à tona a possibilidade dos profissionais realizarem o questionamento para as gestantes do que seria melhor a ser realizado na unidade de saúde para fins de educação em saúde sobre período gravídico-puerperal, para que assim fosse possível ter uma maior adesão por parte das gestantes.

Estudo de revisão de literatura realizado por Ferreira *et al.* (2021) conclui que um pré-natal de qualidade e eficiente é aquele em que o enfermeiro realiza uma consulta de enfermagem com um bom acolhimento, a partir de uma visão holística, valoriza a integralidade da gestante, realiza educação em saúde, constrói uma comunicação entre a referência e contrarreferência e desenvolve grupos de apoio.

Considerações finais

A partir do estudo realizado é notável que ainda predomina o modelo biologicista e tecnocrático na atenção pré-natal e que esse modelo não contribui para uma melhor qualidade da assistência, pois acaba induzindo as intervenções desnecessárias, fragilizando a assistência e não preparando adequadamente as gestantes e seus acompanhantes para o processo fisiológico de parir e nascer.

Ficou evidente a supervalorização da objetividade da assistência pré-natal, reduzida, na grande maioria das vezes, apenas às consultas pré-natais individuais, com duração de apenas 30 minutos, e à solicitação de exames laboratoriais e de imagem. O cuidado à subjetividade da gestante é negligenciado, pois parece ser dado pouco espaço para orientações e esclarecimento de dúvidas e, da mesma forma, aos grupos de gestantes, que poderiam contribuir significativamente para a gestante conhecer os seus direitos, se preparar melhor para o parto e empoderar-se para ser a protagonista do processo de parto e nascimento.

Espera-se que com este trabalho ocorra uma sensibilização dos profissionais que realizam pré-natal para uma atuação qualificada na atenção obstétrica, especialmente, no que tange a temática da desmedicalização da atenção à saúde das mulheres e o fortalecimento do modelo de cuidado humanizado. É essencial uma abordagem construtivista, por meio de práticas que valorizem o conhecimento prévio dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, facultando, assim, um espaço de construção de saberes e fazeres neste campo de conhecimento.

Este estudo apresenta como limitação o fato de não terem sido incluídos profissionais que atuam na atenção primária à saúde, motivo pelo qual sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática com a inclusão destes profissionais.

Referências

AMARAL, F. E., *et al.* Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Clin Biomed Res.**; v. 36 n. 3, p. 124-134, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/64515/pdf>. Acesso em: 08 outubro 2021.

AMORIM, T. S., *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**; v. 26, e20210300, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1360445>. Acesso em: 18 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União, Brasília, 6 de abril de 2022, Ed. 66, Seção: 1, p. 591. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459/GM de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de junho de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html. Acesso em: 18 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 13 jun., Seção 1, p. 59-62. 2013. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013>. Acesso em: 23 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 07 de abril de 2016, sobre Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 24 mai., Seção 1, p. 44-46. 2016. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2016/05/24/Secao-1>. Acesso em: 23 junho 2022.

CARVALHO, E., *et al.* Barreiras de acesso a realização de exames no pré-natal: revisão integrativa. **Millenium**; v. 2, n. 5, p. 43-52, 31 jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29352/MILL0205.04.00167>. Acesso em: 18 junho 2022.

CAVALCANTE, K. O. R., *et al.* Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? **Rev Enferm UFPE on line**; v. 10, n. supl. 3, p. 1415-1422, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11082/12525>. Acesso em: 18 dezembro 2021.

CRUZ, R. S. B. L. C; CAMINHA, M. F. C; FILHO, M. B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**; v.18, n.1, p. 87-94, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/about/contact>. Acesso em: 18 junho 2022.

CORBIN. J., STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. 4 ed. SAGE publications, Inc.; 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M., *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad de Saúde Pública**; v. 28 n. 3. p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PZHHbLCZmS8cHYJzJtDhbCm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 junho 2022.

FERREIRA, G. E., *et al.* A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. **Brazilian Journal of Health Review**; v. 4, n. 1, p. 2114-2127, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/23866-61498-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

FLORES, T. R., *et al.* Inequalities on coverage of prenatal assistance in Brazil: a nationwide study. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 26, n. 2, p. 593-600, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65BG4zCGBBXrFMPrqP7YNqH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 junho 2022.

FOGAÇA, N. R., *et al.* Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**; v. 5, n. 7, p. 128-142, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/75/68>. Acesso em: 18 junho 2022.

GUEDES, C. D. F. S., *et al.* Percepções de gestantes sobre a promoção do parto normal no pré-natal. **Revista Ciência Plural**; v. 3, n. 2, p. 87-98, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12869/8992>. Acesso em: 18 junho 2022.

GUIMARÃES, W. S. G., *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na estratégia saúde da família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública**; v. 34, n. 5, e00110417, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n5/e00110417/pt>. Acesso em: 24 maio 2022.

LEAL, M. C., *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**; v.30, n. supl., S17-S47, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Interven%C3%A7%C3%B5es%20obst%C3%A9tricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>. Acesso em: 19 Junho 2022.

LIVRAMENTO, D. V. P., *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; v. 40, e20180211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Acesso em: 18 junho 2022.

MARIO, D. N., *et al.* Qualidade do pré-natal no Brasil: pesquisa nacional de saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d46t6kHLtRQrpjK3GqtdGnH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 Janeiro 2022.

MENDES, R. B., *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n3/793-804/>. Acesso em: 24 maio 2022.

NUNES, J. T., *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**; v.24, n.2, p.252-261, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Qualidade da assistencia pre-natal no Brasil revis.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

RIBEIRO, J. F., *et al.* Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **R. Interd.**; v. 9, n. 1, p. 161-170, jan. fev. mar. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ContribuicaoDoPrenatalParaOPartoNormalNaConcepcaoD-6771963.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

SOUZA, R. A., *et al.* Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro: pesquisa exploratória. **Online Braz. J. of Nurs. (Online)**; v. 19, n. 3, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1129540/6377pt.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

STRAUSS. A., CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TOMASI, E., *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública [online]**; v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>. Acesso em: 18 Janeiro 2022.

VIELLAS, E. F., *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v. 30, n. Suppl, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 18 Janeiro 2022.

5. CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo foi possível analisar de que forma o modelo de atenção tecnocrático interfere na qualidade da assistência prestada às gestantes. Durante a pesquisa percebeu-se a importância do pré-natal, uma vez que ele contribui para índices de mortalidade materno infantil, como também o principal fator que contribui para resultados positivos e a adesão das gestantes, a qualidade da assistência.

Ficou evidente no estudo que o pré-natal é o momento onde a gestante deve receber orientações e explicações para estarem melhor preparadas para o trabalho de parto e parto, é durante esse tempo que elas devem ser empoderadas para assim consigam lidar com a dor da melhor forma. Além disso, foi percebido pelos profissionais que as mulheres que foram melhor preparadas são aquelas que conseguem se adaptar melhor ao momento do parto, ficando em uma posição facilitadora, respirando nos momentos certos buscando passar por esse momento de maneira tranquila.

Percebeu-se que fatores socioeconômicos interferem no preparo das mulheres para o momento do parto e nascimento. Muitas informações passadas no pré-natal sem o cuidado com a compreensão das gestantes devido ao baixo nível social fazem com que elas não deem importâncias às consultas e acabam desistindo de ir até as unidades, como também não buscam informações adicionais, fragilizando o pré-natal e refletindo no desfecho final.

Outro fator que também foi levado em consideração como fundamental para o empoderamento das gestantes e seu preparo para as etapas da gestação são os grupos de gestantes, nos quais as gestantes recebem informações de diferentes formas, trabalham a parte subjetiva, trocam experiências, e assim passam a ser mais questionadoras, informadas e, conseqüentemente, aumenta a preparação delas para o parto e nascimento. Mesmo com tamanha importância desses grupos, evidenciou-se neste estudo que ainda são poucas as gestantes que participam dos grupos, ou por falta de conhecimento ou pela acessibilidade delas, já que só uma das duas maternidades no momento do estudo possuía grupo de gestante ativo.

Um ponto importante destacado foi o tempo de duração das consultas. De modo geral as consultas levam cerca de 30 minutos, mesmo que na maioria dos locais de atendimento não estipulam tempo máximo para os atendimentos, a alta demanda faz com que o tempo seja reduzido e conseqüentemente a qualidade do atendimento também. Com esse tempo de consulta, a maioria dos profissionais não conseguem abordar temas que precisam ser visto no pré-natal

como trabalho de parto, parto, amamentação, fatores subjetivos e dúvidas das gestantes. Ficando limitado a exames físicos, solicitação de exames adicionais e focado em sinais e sintomas, evidenciando o modelo tecnocrático e a fragilidade da assistência.

De modo geral a sociedade valoriza muito a solicitação de exames e procedimentos por estar acostumada com o modelo de assistência tecnocrático. Como foi visto no estudo, tem mulheres que realizam diversos ultrassom, realizaram as consultas de pré-natal, mas não possuem uma informação sobre trabalho de parto, chega para o momento do parto com muitas dúvidas que poderiam ser esclarecidas no pré-natal e tornariam o momento do nascimento mais facilitado.

Dessa forma diante desse estudo é notável o predomínio do modelo tecnocrático na atenção às gestantes no pré-natal. O que não contribui para índices de qualidade de assistência e de eficiência do cuidado. Gerando como desfecho final uma mulher despreparada, sem informações, suscetível a intervenções desnecessárias e a persistência do modelo de atenção à saúde.

Também são necessárias reflexões mais profundas sobre o modelo de cuidado humanizado, a implementação de uma nova política pública que não favorece esse cuidado, que está indo na contramão das práticas de assistência humanizada, e faz com que os profissionais que atuam nesse viés precisem se empoderar e lutar contra esse modelo biologicista impregnado na assistência e respaldado pela portaria.

Da mesma forma, é preciso investir na sensibilização, formação acadêmica e educação continuada de todos os profissionais da área da obstetrícia e pré-natal para atualização dos seus conhecimentos, com base em evidências científicas e no cuidado centrado no usuário.

Este estudo apresenta como limitação o fato de não terem sido incluídos profissionais que atuam na atenção primária à saúde, motivo pelo qual sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática com a inclusão destes profissionais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, F. E., *et al.* Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Clin Biomed Res.**; v. 36 n. 3, p. 124-134, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/64515/pdf>. Acesso em: 08 outubro 2021.

AMORIM, T. S., *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**; v. 26, e20210300, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1360445>. Acesso em: 18 junho 2022.

ANTUNES, André. Não é só um retrocesso, é um projeto de desmonte. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Rio de Janeiro, maio 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/nao-e-so-um-retrocesso-e-um-projeto-de-desmonte>. Acesso em: 01 jul. 2022.

BARBOSA, I. S., *et al.* Percepção do enfermeiro da atenção primária acerca do parto humanizado. **Enfermagem em Foco**; v. 6, n. 11, p. 35-41, jan. 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3303>. Acesso em: 18 setembro 2021.

BORTOLI, C. F. C., *et al.* Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**; v. 9, n. 4, p. 978-983, 31 out. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.978-983>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. SINASC: nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo número de consultas de pré-natal. Brasília, DF; 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 26 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). DOU - Imprensa Nacional. Publicado em: 06/04/2022, ed. 66, Seção: 1, p. 591. 2022a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 22 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 22 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 13 jun., Seção 1, p. 59-62. 2013. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013>. Acesso em: 23 junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 07 de abril de 2016, sobre Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 24 mai., Seção 1, p. 44-46. 2016b. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2016/05/24/Secao-1>. Acesso em: 23 junho 2022.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Brasília: 2018.

CARVALHO, E., et al. Barreiras de acesso a realização de exames no pré-natal: revisão integrativa. **Millenium**; v. 2, n. 5, p. 43-52, 31 jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29352/MILL0205.04.00167>. Acesso em: 18 junho 2022.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./ jun. 2014.

CAVALCANTE, K. O. R., *et al.* Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? **Rev Enferm UFPE on line**; v. 10, n. supl. 3, p. 1415-1422, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11082/12525>. Acesso em: 18 dezembro 2021.

CESAR, A. J., *et al.* Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, Nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100010>. Acesso em: 08 maio 2022.

CORBIN. J., STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. 4 ed. SAGE publications, Inc.; 2015.

CRUZ, R. S. B. L. C; CAMINHA, M. F. C; FILHO, M. B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**; v.18, n.1, p. 87-94, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/about/contact>. Acesso em: 18 junho 2022.

DAMIÃO, C. **Patrimônio em risco: a Maternidade Carmela Dutra**. 2020. Disponível em: <https://carlosdamiao.wordpress.com/2020/01/07/patrimonio-em-risco-a-maternidade-carmela-dutra/>. Acesso em: 27 janeiro 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M., *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad de Saúde Pública**; v. 28 n. 3. p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PZHHbLCZmS8cHYJzJtDhbCm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 junho 2022.

FERREIRA, G. E., *et al.* A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. **Brazilian Journal of Health Review**; v. 4, n. 1, p. 2114-2127, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/23866-61498-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

FLORES, T. R., *et al.* Inequalities on coverage of prenatal assistance in Brazil: a nationwide study. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 26, n. 2, p. 593-600, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/65BG4zCGBBXrFMPrqP7YNqH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 junho 2022.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem volume 3 - Saúde da mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016. Atualizado em dezembro de 2020. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%203%20SMS%20ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

FOGAÇA, N. R., *et al.* Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**; v. 5, n. 7, p. 128-142, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/75/68>. Acesso em: 18 junho 2022.

GOMES, C. B. A., *et al.* Prenatal nursing consultation: narratives of pregnant women and nurses. **Texto & Contexto Enfermagem [online]**; v. 28, e20170544, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>. Acesso em: 24 maio 2022.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. Pré-natal. 2019. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>. Acesso em: 19 maio 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. GADOTTI, L. Maternidade Carmela Dutra é homenageada na Assembleia Legislativa. 29/10/2018. 2018. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/saude/fotos-por-email-maternidade-carmela-dutra-e-homenageada-na-assembleia-legislativa>. Acesso em: 21 setembro 2021.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. História do cuidado ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001). Escola Anna Nery [online]; v. 16, n. 2, p. 354-362, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200021>. Acesso em: 21 setembro 2021.

GUEDES, C. D. F. S., *et al.* Percepções de gestantes sobre a promoção do parto normal no pré-natal. *Revista Ciência Plural*; v. 3, n. 2, p. 87-98, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12869/8992>. Acesso em: 18 junho 2022.

GUIMARÃES, W. S. G., *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 5, e00110417. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>. Acesso em: 24 maio 2022.

LEAL, M. C., *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*; v.30, n. supl., S17-S47, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Interven%C3%A%C3%B5es%20obst%C3%A9tricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>. Acesso em: 19 Junho 2022.

LEAL, M. C., *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online]; v. 54, n.8, p.1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 19 Junho 2022.

LIVRAMENTO, D. V. P., *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; v. 40, e20180211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Acesso em: 18 junho 2022.

MARIO, D. N., *et al.* Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]; v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>. Acesso em: 19 maio 2022.

MENDES, R. B., *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]; v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Acesso em: 22 maio 2022.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]; v. 26, n. 10, p. 4397-4409, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>. Acesso em: 08 jun. 2022.

MORETTO, V. L.. RAMI: A análise preliminar preocupa pelos retrocessos. **Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, abr. 2022. Disponível em: <http://sergs.org.br/2022/04/10/rami-analise-preliminar-preocupa-pelos-retrocessos/>. Acesso em: 08 jun. 2022.

NEVES, R. G., *et al.* Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]; v. 29, n. 1, e2019019, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100008>. Acesso em: 08 jun. 2022.

NUNES, J. T., *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet.**; v.24, n.2, p.252-261, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Qualidade da assistencia pre-natal no Brasil revis.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OMS; OPAS). **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS, 2016.** Acesso em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/40812>. Acesso em: 25 junho 2022.

PEREIRA, Dídia de Oliveira *et al.* Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. **Rev. Ciência Plural**; v. 3, n. 3, p. 2-15, maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12891/9349>. Acesso em: 18 junho 2022.

POHLMANN, F. C., *et al.* Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Texto Contexto Enferm**; v. 25, n. 1, e3680013, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HrkWkDG7W6RJP5Sd7gWWS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 junho 2022.

RIBEIRO, J. F., *et al.* Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **R. Interd.**; v. 9, n. 1, p. 161-170, jan. fev. mar. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ContribuicaoDoPrenatalParaOPartoNormalNaConcepcaoD-6771963.pdf>. Acesso em: 18 junho 2022.

SANTOS, Leidiene Ferreira, *et al.* Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas em unidades de atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**; v. 12, n. 2, p. 337-344, 4 fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230817p337-344-2018>. Acesso em: 14 setembro 2021.

SENA, I. V. A. **Qualidade da atenção pré-natal na estratégia de saúde da família:** revisão de literatura (Monografia de especialização). 36f. 2014. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VRNS-9SRMSL/1/tcc_vers_o_final.pdf. Acesso em: 18 junho 2022.

SEHNEM, G. D., *et al.* Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**; v.1, n. 1, p. 1-7, 31 jan. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/riv19050>. Acesso em: 18 Janeiro 2022.

SILVEIRA, L. I. Fatores associados ao número de consultas no pré-natal: análise segundo a autopercepção de usuárias da atenção primária no Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina, [S. l.]**, v. 49, n. 2, p. 29-42, 2020. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/565>. Acesso em: 18 Janeiro 2022

SOUZA, R. A., *et al.* Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro: pesquisa exploratória. **Online Braz. J. of Nurs. (Online)**; v. 19, n. 3, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1129540/6377pt.pdf>. Acesso em: 24 maio 2022.

STRAUSS, A., CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TOMASI, E., *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública [online]**. v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>. Acesso em: 18 Janeiro 2022.

TORNQUIST, Carmen Susana Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd.. **Revista Estudos Feministas [online]**; v. 10, pp. 389-397, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200008>. Acesso em: 18 Janeiro 2022.

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.)**.- São Luís, 2015 Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf Acesso em: 26 março 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Unidade de Comunicação Social HU/UFSC. **Maternidade do HU é referência em humanização há mais de duas décadas**. 16/06/2020. 2020. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2020/06/maternidade-do-hu-e-referencia-em-humanizacao-ha-mais-de-duas-decadas/#more-211272>. Acesso em: 26 março 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Grupo de gestantes e casais grávidos oferecido pela UFSC completa 25 anos com mais de 100 turmas**. 22/06/2021. 2021. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2021/06/grupo-de-gestantes-e-casais-gravidos-oferecido-pela-ufsc-completa-25-anos-com-mais-de-100-turmas/>. Acesso em: 26 março 2022.

VIELLAS, E. F., *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. suppl, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 18 Janeiro 2022.

VILELA, M.E.A., *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 789-800, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>. Acesso em: 08 jun. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro para a entrevista em profundidade com profissionais de saúde e gestores

PERGUNTAS FECHADAS:

Nome: _____

Idade: ____ anos completos

Formação e ano de conclusão:

Graduação em _____, ano de conclusão _____

Especialização em _____, ano de conclusão _____

Mestrado em _____, ano de conclusão _____

Doutorado em _____, ano de conclusão _____

Outros cursos _____, ano de conclusão _____

Tempo de atuação no atual local de trabalho: _____

PERGUNTAS ABERTAS

1. O que você entende por gestão?
2. O que significa para você a Gestão do cuidado de enfermagem?
3. Qual é o modelo de gestão que norteia o seu trabalho enquanto Enfermeiro Gestor?
4. O que você entende por atenção materna e neonatal qualificada?
5. O que significa para você a Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal?
6. Como você percebe o processo de trabalho do Enfermeiro e da equipe de enfermagem no que se refere a atenção às gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento?
7. Como você percebe a Gestão do cuidado de enfermagem no Centro Obstétrico frente a assistência às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento?
8. Fale-me sobre o acesso, a triagem, o acolhimento, a ambiência.

9. Fale-me sobre a atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem frente ao trabalho de parto, parto, no puerpério imediato, nos cuidados imediatos ao recém-nascido.
10. Fale-me sobre a presença de acompanhante, presença de doula, presença de Enfermeiro obstetra ou parteira, presença médico obstetra e pediatra.
11. Existe enfermeiro ou parteira que realiza parto?
12. Há a utilização do partograma na unidade/Centro Obstétrico? Quem realiza o partograma?
13. Que instrumentos de gestão favorecem a Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal?
14. Quais instrumentos de gestão do cuidado de enfermagem são utilizados na sua unidade/local de trabalho?
15. O Enfermeiro costuma planejar o seu trabalho?
16. Como o Enfermeiro organiza o seu trabalho frente a atuação com as gestantes, puérperas e recém-nascidos?
17. Fale-me sobre a proposta de trabalho em rede na atenção obstétrica e neonatal a partir da Rede Cegonha.
18. No seu local de trabalho/unidade de trabalho, há acolhimento com classificação de risco das gestantes, parturientes, puérperas ou recém-nascidos?
19. Que medidas são utilizadas para garantir a segurança da mulher e do recém-nascido? Há notificação de eventos adversos?
20. Quais as boas práticas de cuidado que são utilizadas na sua unidade/local de trabalho para dar assistência às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento?
21. Quais são os obstáculos encontrados no seu ambiente de trabalho que dificultam a gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal?
22. Quais as intervenções obstétricas desnecessárias que continuam sendo utilizadas no seu ambiente de trabalho? Como o Enfermeiro lida com estas questões?
23. No seu local de trabalho/unidade de trabalho existem medidas para reduzir as intervenções obstétricas desnecessárias?

24. No seu local de trabalho/unidade de trabalho está sendo adotada alguma medida para reduzir o número de cesarianas? Qual?
25. Que instrumentos são utilizados para avaliar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal?
26. Quais os indicadores de saúde utilizados que norteiam o seu trabalho frente a atenção obstétrica e neonatal?
27. No seu local de trabalho existem capacitações/treinamentos para a equipe de enfermagem? Quem escolhe os temas/cursos? Fale um pouco sobre isso.
28. No seu ambiente de trabalho/local de trabalho há estatísticas sobre o número de cesáreas e episiotomias realizadas mensalmente ou anualmente?
29. No seu ambiente de trabalho/local de trabalho há estatísticas sobre o número de óbitos maternos e neonatais por mês ou por ano?
30. No seu ambiente de trabalho há alguma dificuldade relacionada a recursos humanos, materiais, tecnológicos ou outros recursos? Como o Enfermeiro lida com isso?
31. No seu local de trabalho a equipe de enfermagem realiza horas extras? Fale um pouco sobre isso.
32. No seu local de trabalho a equipe de enfermagem apresenta absenteísmo? Fale um pouco sobre isso.
33. No seu local de trabalho existe pesquisa de opinião para as gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e seus familiares atendidos?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Marli Terezinha Stein Backes, Pesquisadora responsável, juntamente com a equipe de pesquisadores que integra o presente projeto de pesquisa, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: **Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal**, cujo objetivo geral é Compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que fará uso do método *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada em Dados, como também é chamada.

A realização dessa pesquisa justifica-se pela necessidade de estudos sobre o tema, com a finalidade de contribuir para implementar mudanças nas práticas de enfermagem/saúde em torno do processo de gestar, parir e nascer, considerando que temos muito mais evidências sobre o que é efetivo e seguro do que sobre como fazer a mudança acontecer na prática.

Caso você aceite, sua participação na pesquisa será voluntária e ocorrerá por meio da permissão em ser observado pelo pesquisador em seu ambiente de trabalho, e/ou será através de uma entrevista em profundidade que será gravada, com duração em torno de 30 a 50 minutos. Durante a entrevista serão realizadas perguntas com questões norteadoras, que serão aprofundadas no decorrer da investigação. Também pretende-se realizar registros por meio de fotografias, filmagens e gravações, dos quais você poderá ser convidado a participar.

Como benefício dessa pesquisa espera-se melhorar as práticas de cuidado em obstetrícia e neonatologia, visando a humanização do cuidado, a qualificação da assistência, o protagonismo das mulheres no processo de nascimento e o respeito aos direitos dos usuários.

Pretendemos não expô-lo(a) a riscos. No entanto, um desconforto que você poderá ter seria em relação a entrevista em profundidade que poderá ou não desencadear em você a expressão de sentimentos relacionados a sua experiência profissional e/ou pessoal. Nesse caso, se necessário, a entrevista será interrompida e, após, continuada e/ou descontinuada se for o caso. E caso você necessite de acompanhamento ou assistência, serão tomadas as providências necessárias pelo Pesquisador responsável e demais membros da Equipe de Pesquisa durante a realização da pesquisa e/ou após o seu encerramento. Caso você precisar, poderá ser acompanhado

individualmente pelo serviço de psicologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

A sua participação na presente pesquisa não acarretará em despesas para você. Você também não receberá nenhum valor financeiro em troca da sua participação na pesquisa que é voluntária. No entanto, Caso venha a ser comprovado algum prejuízo ou eventual dano a você decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado em dinheiro pelos pesquisadores que integram a presente pesquisa.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificado(a) e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda das pesquisadoras. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

Você terá plena liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência da sua participação no estudo não implicarão em prejuízo, dano ou desconforto para você.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta duas vias, sendo que a primeira via será rubricada e a segunda via será assinada ao seu término por você, pelo pesquisador que lhe entrevistar e pelo pesquisador responsável, sendo que uma delas ficará com você e a outra via ficará com as pesquisadoras.

Se você necessitar de mais esclarecimentos ou durante o estudo não quiser mais fazer parte do mesmo, sinta-se à vontade para entrar em contato com a pesquisadora responsável, pessoalmente, através do endereço: Campus Universitário – Trindade, Centro de Ciências da Saúde, BLOCO I, Sala 503. CEP: 88040-900 – Florianópolis/SC, pelos telefones: (48)9647-8131 / (48)9152-2108, ou pelo e-mail: marli.backes@ufsc.br, sem prejuízo algum. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, localizado na Biblioteca Universitária Central – Setor de Periódicos (térreo), cujo telefone para contato é: (48) 3721.9206 e E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa serão respeitados, conforme determinam as Resoluções nº 466/12 e a nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O pesquisador responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV.3.

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza, o objetivo e os procedimentos da pesquisa, consinto minha participação voluntária, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pai/mãe ou representante legal (se participante menor de 18 anos)*: _____

Assinatura: _____

* (Se o participante é menor de 18 anos de idade, ou é incapaz, por qualquer razão de assinar, o Consentimento deve ser obtido e assinado por um dos pais ou representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação).

Data: ___/___/_____


Pesquisador responsável: Marli Terezinha Stein Backes: _____

Pesquisador principal (Entrevistador)**: _____

Nota: a qualquer momento você que participa da presente pesquisa poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra 2ª, 4ª e 6ª feiras, no horário das 8:00h às 12:00h, por telefone/fax: (48)3251-7500, ou E-mail: cep_mcd@saude.sc.gov.br.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – UFSC

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC</p> 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal
Pesquisador: Marli Terezinha Stein Backes
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 43112415.5.0000.0121
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina
Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 1.148.080
Data da Relatoria: 13/07/2015
Apresentação do Projeto:
O projeto de pesquisa intitulado "Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal" visa obtenção do título de doutor pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), área de concentração: orientado por Marli Terezinha Stein Backes. Esse projeto foi contemplado pela chamada MCT/CNPQ/Universal 14/2014 - Faixa A.
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
- Compreender o significado da Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento.
Objetivo Secundário:
• Compreender a relação entre as políticas públicas e o processo de cuidar da gestante, parturiente,puérpera e recém-nascido; • Reconhecer a gestante, a parturiente, a puérpera e o recém-nascido em sua individualidade e necessidades de assistência de Enfermagem/saúde integral durante o processo de parir e nascer; • Identificar os direitos da mulher no período grávido-puerperal e a sua funcionalidade na prática; • Reconhecer interdependência entre a saúde da
<p>Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Relatoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vítor Lima, Bairro: Trindade CEP: 88.040-400 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propos@contato.ufsc.br</p>
Página 01 de 04

Continuação do Projeto: 1.148.080

mulher, do recém-nascido e da família; • Reconhecer a organização do cuidado de enfermagem na atenção obstétrica e neonatal; • Construir um modelo teórico sobre a Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não pretende expor os participantes a riscos. No entanto, os riscos serão mínimos, como por exemplo, falar da experiência profissional (profissionais) e pessoal (mulheres, puérperas), o que pode desencadear a expressão de sentimentos/emoções. Para tanto, se buscará sanar essas questões dando o suporte necessário e devido a cada situação.

Benefícios:

Pretende-se com a presente pesquisa contribuir para melhorar a gestão do cuidado de enfermagem na atenção à gestante, parturiente, puérpera, recém-nascido e suas famílias com a finalidade de melhorar os processos de trabalho e contribuir para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal.

Conseqüentemente, pretende-se contribuir para reduzir a morbimortalidade materna, neonatal e infantil, reduzir o alto índice de cesáreas, difundir o conhecimento sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e sua família, tornar a mulher protagonista do parto, envolver as famílias no processo de nascimento e incentivar o parto natural. Além disso, o estudo será muito útil para o fornecimento de subsídios para a implantação das políticas públicas na atenção obstétrica e neonatal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda um tema relevante e contribuirá para o conhecimento das práticas associadas à saúde da população. A opção por pesquisar essa temática se dá pela falta de estudos na área que abordem essa questão a partir de uma visão de conjunto, levando em conta o pensamento complexo proposto por Edgar Morin. Acredita-se que as iniciativas

de pesquisa como essa, voltadas para a compreensão e a visão de conjunto sobre a atenção obstétrica e neonatal poderão subsidiar futuras discussões e mudanças acerca da perspectiva de atendimento às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e suas famílias que vivenciam o processo de nascimento, além de apontar potencialidades e fragilidades que fazem parte desse processo, e que poderão ser aprimoradas a partir

dessa pesquisa. Esse estudo de abordagem qualitativa será conduzido baseado nos princípios da amostragem teórica, sendo que a coleta e a análise dos dados serão realizadas em seqüências alternativas, de maneira que a análise irá conduzir o processo de pesquisa, motivo pelo qual não é

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Polo Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** csp.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.148.080

possível determinar de antemão o número de participantes do estudo. No entanto, espera-se incluir em torno de 90 participantes. O instrumento de coleta de dados será a entrevista em profundidade, a ser realizada com

sujeitos diferenciados, tais como, profissionais da saúde, gestores, gestantes, puérperas, pais e demais familiares envolvidos no processo de nascimento. As entrevistas serão realizadas nas unidades básicas de saúde pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, no centro obstétrico e no alojamento conjunto do Hospital Universitário da UFSC e Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, durante o período de março de 2015 a dezembro de 2016. Também será realizada observação participante nas referidas unidades. O processo de codificação será realizado através da codificação aberta, axial e seletiva, fases distintas, mas complementares e integradas. Na análise dos dados será utilizado o mecanismo analítico denominado paradigma, preconizado por Strauss e Corbin (STRAUSS; CORBIN, 2008), como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente

os dados, e a classificar as conexões emergentes. Durante a realização do presente estudo serão elaborados memorandos, entre eles: notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais, que referem-se aos registros escritos de análise. Além disso, também serão elaborados diagramas, que são mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos. Serão entrevistados 25 profissionais de saúde, 20 gestores, 25 gestantes, parturientes e puérperas e 20 pais e/ou familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora enviou uma emenda ao CEP da UFSC com o intuito de informar que o projeto de pesquisa não foi replicado para a Maternidade Carmela Dutra que é Co-participante da pesquisa. De acordo com a pesquisadora, o problema aconteceu ela mesma havia cadastrado a Maternidade Carmela Dutra, e desta forma, não foi cadastrada conforme consta na Plataforma Brasil.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ciente do acontecido, encaminho voto favorável à Aprovação da emenda pelo pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos - UFSC

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vítor Lima,
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.148.080

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 13 de Julho de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Página 04 de 04

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA – MATERNIDADE CARMELA DUTRA

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal

Pesquisador: Marli Terezinha Stein Backes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43112415.5.3001.0114

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.158.569

Data da Relatoria: 24/07/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem com título " GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL", sendo que a pesquisa visa ampliar a compreensão sobre o significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal. Serão entrevistados profissionais de saúde, (gestores) das assim como gestantes, parturientes, puérperas, pais e familiares envolvidos no processo de nascimento unidades básicas pertencentes à secretaria municipal de saúde de Florianópolis/SC, centro obstétrico e no alojamento conjunto do hospital universitário da UFSC e maternidade Carmela Dutra de Florianópolis durante o período de março de 2015 à dezembro 2016. A entrevista será gravada, sendo realizadas algumas fotos e gravações da assistência.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o significado da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal na visão dos profissionais da saúde, gestores, gestantes, parturientes, puérpera, pais e familiares envolvidos no processo do nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos existentes são relacionados a situação de stress durante a entrevista.

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.158.569

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A realização da pesquisa trará subsídios de como realizar a mudança na assistência de enfermagem obstétrica e neonatal para melhoria da qualidade da assistência

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo.

Recomendações:

Com relação ao questionário também de familiares, parturientes, puérperas sugerimos a substituição de alguns termos como: fórceps, lavativa, intervenção.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho está bem elaborado com significativa importância para melhoria da assistência uma vez que propõe a construção de um modelo teórico sobre a gestão do cuidado de enfermagem a gestante, parturiente, e recém nascido.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Caso ocorram modificações do projeto original no decorrer da pesquisa, estas deverão ser submetidas a este CEP na forma de Emenda, identificando a parte do protocolo a ser modificado com a justificativa. Encaminhar para este CEP relatórios trimestrais para acompanharmos o andamento da pesquisa até o encerramento da mesma. Notificar este CEP assim que a pesquisa for encerrada.

FLORIANOPOLIS, 24 de Julho de 2015

Assinado por:
Adriana Heberle
(Coordenador)

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.158.569

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MODELO TEÓRICO DO MACROPROJETO: “Gestão do Cuidado de Enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal”



OBS: As subcategorias que estão com letra vermelha indicam os pontos frágeis e que precisam ser melhorados na prática das maternidades.

ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

Parecer final do orientador sobre o trabalho de conclusão de curso

Eu, Professora **Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes**, Orientadora e Presidente da Banca de avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna Acadêmica de Enfermagem **Heloísa Ferreira de Melo**, intitulado “**Assistência pré-natal: cobertura, qualidade e modelo de atenção**”, informo que a Banca de Defesa foi realizada no dia 19 de julho de 2022, às 15 horas, em sessão única, por meio de interação com áudio e vídeo, pela Plataforma *Google meet*® - Link de acesso: <https://meet.google.com/krk-krwy-jrz>.

Os membros da Banca destacaram que o TCC atende aos critérios de rigor científico, relevância social e atualidade e reforçaram a relevância deste tema de pesquisa que é emergente, associado a agenda de prioridades de pesquisa em saúde, na busca por melhores desfechos maternos e neonatais. Além disso, destacaram que o trabalho traz dados que demonstram a necessidade de consolidação e qualificação desta linha de cuidado.

A Banca examinadora atribuiu nota 9,5 a este TCC na ETAPA 1 – Avaliação da apresentação escrita e defesa do TCC, e 10,0 na ETAPA 2 - Avaliação da apresentação oral do TCC. Dessa maneira, a Nota Final composta pela Média aritmética da Nota do trabalho escrito somada à Nota da Apresentação Pública foi 9,75, com arredondamento para 10,0.

A versão final do trabalho (arquivo no formato pdf) foi revisada por mim e apresenta os conteúdos e a formatação conforme as normas da ABNT orientado na disciplina TCC II para submissão no Repositório Institucional da UFSC.

Outrossim, aproveito para informar que trata-se de um trabalho relevante, atual e inovador, realizado com muito empenho e dedicação pela Acadêmica de Enfermagem Heloísa Ferreira de Melo, que não mediu esforços para que este trabalho fosse realizado com qualidade.

Parabenizo a Acadêmica pela finalização do Curso de Graduação em Enfermagem com muito êxito e desejo que tenha uma vida profissional muito bem sucedida!

Florianópolis, 22 de Julho de 2022.

Marli Terezinha Stein Backes

Orientadora