

Anna Carolina Raduenz Huf Souza

O CUIDADO DA ENFERMEIRA NA CONSULTA PRÉ-NATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito à obtenção do título de mestre em Enfermagem. Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes de Souza

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª Fiona Ann Lynn

FLORIANÓPOLIS/SC
2015

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

Souza, Anna Carolina Raduenz Huf
O cuidado da enfermeira na consulta pré-natal / Anna
Carolina Raduenz Huf Souza ; orientadora, Maria de Lourdes
de Souza ; coorientadora, Fiona Ann Lynn. - Florianópolis,
SC, 2015.
121 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Cuidado Pré-
Natal. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Souza, Maria de
Lourdes de. II. Lynn, Fiona Ann. III. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
IV. Título.

ANNA CAROLINA RADUEZ HUF SOUZA

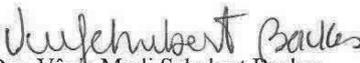
O CUIDADO DA ENFERMEIRA NA CONSULTA PRÉ-NATAL

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 10 de dezembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis, 10 de dezembro de 2015.


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:


Dra. Maria de Lourdes de Souza
Presidente


Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Membro


Dra. Marisa Monticelli
Membro


Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa
Membro

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes de Souza, por ter me ensinado e junto comigo construído essa dissertação assim como todo o conhecimento nele envolvido. Sou muito grata pela sua dedicação como enfermeira e professora.

À minha co-orientadora, Prof^ª Dr^ª Fiona Ann Lynn, por ter aceitado ser integrante desse estudo, apoiando, ensinando e compartilhando conhecimento. Muito obrigada pela sua dedicação ao trabalho.

Ao meu fiel companheiro e marido Daniel Huf Souza, por ter participado de todas as etapas e de forma muito carinhosa deu apoio e incentivo para que este trabalho pudesse ser concluído. Sou muito grata a Deus por ter colocado você em minha vida.

À minha família, pai, mãe, vó Sonja, Guilherme, Camila, Henrique. Dona Angela e Maria que sempre incentivaram e estiveram perto para o que fosse preciso.

À minha tia, professora e enfermeira, Vera, que foi em quem me espelhei no momento da escolha da minha profissão assim como em continuar no meio acadêmico. Muito obrigada pelo suporte, orientação e ensinamentos.

Às enfermeiras Rita e Daniela pelo auxílio e colaboração na realização da coleta de dados dessa pesquisa.

Aos membros das bancas examinadoras de qualificação e de defesa Prof^ª Dr^ª. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof^ª. Dr^ª. Marisa Monticelli, Prof^ª Dr^ª. Sayonara de Fátima Barbosa, Prof.^a Dr.^a Francis Solange Vieira Tourinho, Prof^ª. Dr^ª. Odaléa Maria Brüggemann, Prof^ª Dr^ª. Vitória Regina Petters Gregório, Msc. Sabiha Khanum e Msc. Rita de Cassia Rangel Teixeira pela disponibilidade em participar e por todas as contribuições concedidas a este trabalho.

› Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de S Catarina e aos professores do Programa, pelo conhecimento transmitido e pela troca de saberes.

À Queen's University of Belfast, Reino Unido, por ter me recebido durante um mês e proporcionado novas experiências junto à realidade de um país e de uma universidade que desenvolvem pesquisas e promovem a melhoria da saúde materna.

Às colegas do Grupo Cuidando e Confortando pelo incentivo e apoio.

Às minhas amigas Ingrid, Camila, Priscila, Ana Paula, Cristina, Angélica pelo estímulo, apoio e auxílio.

Enfim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CS	Centro de Saúde
EqESF	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí

SOUZA, Anna Carolina Raduenz Huf. **O cuidado da enfermeira na consulta pré-natal**. 2015. 121 páginas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes de Souza.

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fiona Ann Lynn

Linha de Pesquisa: O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido.

RESUMO

OBJETIVO: apresentar de forma sistematizada, à luz de Wanda de Aguiar Horta, as dimensões do cuidado prestado pela enfermeira na consulta de pré-natal, em um Município de Santa Catarina, Brasil e identificar as características das enfermeiras e suas atividades na consulta de pré-natal. **MÉTODO:** estudo descritivo exploratório realizado em um município de médio porte no Estado de Santa Catarina. Dois grupos participaram da pesquisa. O primeiro composto por 7 enfermeiras, integrantes da Equipe de Estratégia de Saúde da Família, localizadas em 4 unidades básicas de saúde que realizaram consulta de pré-natal de gestantes de risco habitual no ano de 2014. O segundo, composto por 29 gestantes, que foram atendidas nas mesmas unidades básicas de saúde, que iniciaram e finalizaram o acompanhamento pré-natal em 2014, foram classificadas como de risco habitual e que tiveram ao menos uma consulta com a enfermeira em cada trimestre gestacional. Os dados foram coletados com um instrumento para cada grupo participante da pesquisa. Para análise foi utilizado o Software Excel versão 2007 e realizado estatística descritiva através de frequência relativa e absoluta. **RESULTADOS:** São apresentados em dois manuscritos. No primeiro, as enfermeiras em sua maioria, 86% são do sexo feminino, recebem remuneração mensal acima de 4.000 reais e exercem suas atividades por meio contrato de trabalho por regime celetista. Na atenção ao pré-natal realizam consultas de enfermagem, grupos de educação em saúde e visitas domiciliares. Possuem ao menos um título de especialização e 29% com mestrado. Sua experiência em saúde materna está voltada à atenção primária à saúde, e 14% em maternidade. No segundo manuscrito, apresenta-se a média de idade das gestantes que foi de 25,2 anos. Referente à história gestacional anterior, 55% das mulheres tiveram ao menos uma gestação anterior, totalizando, 27 (67%) partos vaginais, 3 (8%) cesáreas e 10 (25%) abortos. A

necessidade terapêutica obteve maior frequência de registros se comparado às demais necessidades. Em relação a necessidade de sexualidade, não foram identificados registros nos três trimestres gestacionais. As demais necessidades tiveram frequências variáveis de registros ao longo dos três trimestres gestacionais. **CONCLUSÃO:** A enfermeira é estratégica na atenção à saúde das gestantes na APS. São em sua maioria mulheres, casadas e com salário correspondente ao mercado de trabalho brasileiro. Estas realizam a consulta pré-natal, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde. Exerce sua autonomia técnica utilizando informações, realizando prescrições, procedimentos, orientações e avaliações. Contudo, a observação da falta de registro possibilita subentender que as gestantes não foram atendidas em todas as suas necessidades humanas básicas, sendo com maior frequência, cuidadas em sua necessidade terapêutica. O estudo exploratório realizado tem como uma limitação a impossibilidade de comparabilidade, contudo é indicativo para outros estudos e oportuniza a utilização de uma teoria a partir da realidade brasileira com exploração de sua aplicação na consulta de pré-natal.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde

SOUZA, Anna Carolina Raduenz Huf. **Nursin care in prenatal appointment**. 2015. 121 páginas. Dissertation (Master's Degree in Nursing) Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

Advisor: Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes de Souza.

Co-Advisor: Prof^a. Dr^a. Fiona Ann Lynn

Research line: Nursing care to woman and neonatal health

ABSTRACT

OBJECTIVES: to present a systematic way, according to Wanda de Aguiar Horta, dimensions of care provided by nurses during prenatal appointment, in a city of Santa Catarina, Brazil. Also identify the characteristics of nurses and their activities in prenatal appointment. **METHOD:** descriptive exploratory study. Two groups participated in the research. The first consists of 7 nurses, members of the family health strategy team, located in 4 community health centers who performed prenatal appointment to low risk pregnant women in the 2014. The second, consists of 29 women who were met in the same community health centers, who started and finished the prenatal care in 2014, were classified as low risk pregnancy, and who had at least one appointment with the nurse in each trimester. Data were collected with an instrument to each participating research group. Excel software version 2007 was used for analysis and descriptive statistics through relative and absolute frequency. **RESULTS:** They are presented in two manuscripts. The first, most nurses, 86% are women, who receive monthly remuneration above 4,000 reais and exert its activities through brazilian employment contract regime. In prenatal care nurses do appointments, health education groups and home visits. They have at least one specialist title and 29% with master's degree. Their experience in maternal health is aimed at primary health care, and 14% in maternities. In the second manuscript, the pregnant women average age was 25.2 years. Referring to previous gestational history, 55% of women had at least one previous pregnancy, where 27 (67%) had vaginal deliveries, 3 (8%) cesarean section and 10 (25%) abortions. The therapeutic need had the highest attendance record compared to other needs. Regarding the sexuality need, there were no record in the three trimesters of pregnancy. The other needs had record of varying frequencies throughout the three trimesters of pregnancy. **CONCLUSION:** Nurse is strategic professional in health care of pregnant women in the primary health

care. They are mostly women, married and with corresponding salary to the Brazilian regime. They perform prenatal consultation, home visits and health education groups. They perform their technical autonomy using information, making prescriptions, procedures, orientations and evaluations. However, the observation of lack of record imply that pregnant women were missed in all their basic human needs, but being more frequently cared in their therapeutic need. The exploratory study has the impossibility of comparison as a limitation, however it is indicative for other studies and provides opportunities to use a theory from the Brazilian reality wich explores its application in prenatal appointment.

Keywords: Obstetric Nursing, Prenatal Care, Primary Health Care

SOUZA, Anna Carolina Raduenz Huf. **El cuidado de la enfermera en consulta prenatal**. 2015. 121 páginas. Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Post-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes de Souza.

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fiona Ann Lynn

Línea de investigación: El cuidado en enfermería de la salud de la mujer y del neonato.

RESUMEN

OBJETIVO: presentar de manera sistemática, a la luz de Wanda de Aguiar Horta, las dimensiones de la atención proporcionada por la enfermera en la consulta prenatal, en una ciudad de Santa Catarina, Brasil e identificar las características de las enfermeras y sus actividades en consulta prenatal. **MÉTODO:** Estudio descriptivo exploratorio en una ciudad de tamaño medio en el estado de Santa Catarina. Participaron dos grupos. El primer, compuesto por 7 enfermeras, miembros del equipo de Estrategia de Salud de la Familia, ubicadas en 4 centros de salud, responsables por realizar la consulta prenatal de embarazadas de riesgo habitual en el año 2014. El segundo, conformado por 29 mujeres que también fueron atendidas en ambos centros de salud, con fecha de inicio y de término de la atención prenatal en 2014, clasificadas como de riesgo habitual, y que tenían al menos una consulta con la enfermera en cada trimestre. Los datos fueron obtenidos a través de un instrumento para cada grupo de investigación participante. Para el análisis se utilizó el software Excel versión 2007 y se realizó estadística descriptiva a través de la frecuencia relativa y absoluta. **RESULTADOS:** Son presentados en dos manuscritos. En el primer, las enfermeras, que corresponden a un 86%, en su mayoría, reciben una remuneración mensual por encima de los 4.000 reales y ejercen sus actividades a través de contrato de trabajo por el régimen brasileño. Durante la atención prenatal realizan consultas de enfermería, grupos de educación para la salud y visitas domiciliarias. Tienen al menos un título de especialista y el 29% con título de maestría. Su experiencia en el ámbito de la salud materna está direccionado a la atención primaria de salud, y el 14% en la maternidad. En el segundo manuscrito, la media de edad de las mujeres embarazadas fue de 25,2 años. En referencia a la historia de la gestación anterior, el 55% de las mujeres tenían al menos un embarazo anterior, con un total de 27 partos (67%) por vía vaginal, 3

(8%) por cesárea y 10 (25%) abortos. La necesidad terapéutica obtuvo la incidencia más alta en comparación con otras necesidades. En cuanto a la necesidad de la sexualidad, no hubo registros en los tres trimestres del embarazo. Las otras necesidades tenían diferentes frecuencias a lo largo de los tres trimestres del embarazo. **CONCLUSIÓN:** La enfermera es estratégica en el cuidado de la salud de las mujeres embarazadas en la atención primaria de salud. En su mayoría son mujeres, casadas y con un sueldo compatible con el mercado de trabajo brasileño. Ellas realizan consultas y visitas domiciliarias prenatales y grupos de educación para la salud. Ejercen su autonomía técnica utilizando la información, haciendo recetas, procedimientos, directrices y evaluaciones. Sin embargo, la falta de registros posibilita entender que las mujeres embarazadas no fueron atendidas en todas sus necesidades humanas básicas, siendo con mayor frecuencia, en su necesidad terapéutica. El estudio exploratorio tiene una limitación que es la imposibilidad de comparación, sin embargo, es indicativo para otros estudios y proporciona oportunidad para utilización de una teoría a partir de la realidad brasileña con la exploración de su aplicación en consulta prenatal.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica, Atención Prenatal, Atención Primaria de Salud.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1	FLORENCE NIGHTINGALE	23
2.2	WANDA DE AGUIAR HORTA	24
2.3	CUIDADO DA ENFERMEIRA	25
2.4	PRÉ-NATAL	29
3	METODOLOGIA	35
3.1	TIPO DO ESTUDO	35
3.2	LOCAL DO ESTUDO	35
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA – CUIDADO PRÉ-NATAL	36
3.3.1	Critérios de Inclusão	37
3.3.2	Critérios de Exclusão	37
3.4	COLETA DE DADOS - CUIDADO PRÉ-NATAL	37
3.5	VARIÁVEIS - CUIDADO PRÉ-NATAL	38
3.5.1	Variáveis de identificação da gestante	39
3.5.2	Variáveis do cuidado	40
3.5.2.1	<i>Primeiro trimestre</i>	40
3.5.2.2	<i>Segundo trimestre</i>	43
3.5.2.3	<i>Terceiro trimestre</i>	47
3.6	POPULAÇÃO E AMOSTRA– ARACTERÍSTICAS DAS ENFERMEIRAS	51
3.6.1	Critérios de Inclusão	51
3.6.2	Critérios de Exclusão	51
3.7	COLETA DE DADOS – CARACTERÍSTICAS DAS ENFERMEIRAS	51
3.8	VARIÁVEIS – CARACTERÍSTICAS DAS ENFERMEIRAS	52
3.9	PROCESSAMENTO DOS DADOS	53
3.10	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
	MANUSCRITO 1 - ENFERMEIRAS QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DE UM MUNICÍPIO CATARINENSE	57
4.2	MANUSCRITO 2 – DIMENSÃO DO CUIDADO DA ENFERMEIRA NA CONSULTA PRÉ-NATAL À LUZ DE WANDA DE AGUIAR HORTA	71

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	99
	ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

A enfermeira na Atenção Primária em Saúde (APS) assegura o cuidado e o conforto das pessoas e mantém uma cooperação com os demais profissionais integrantes da equipe que presta assistência. Com a criação do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), na década de 1990, foram definidas as responsabilidades no âmbito federal, estadual e municipal. O contexto municipal, cuja responsabilidade é a de constituir e manter uma APS de qualidade, perfaz cerca de 60% (sessenta por cento) das contratações de enfermeiras na realidade brasileira (ARZUAGA-SALAZAR; SOUZA; BUB, 2011).

A enfermagem moderna, tomando como referência Florence Nightingale (1820-1910), é reconhecida como aquela que oferece cuidado e conforto às pessoas, famílias e comunidades. É também uma ciência e arte, e carrega uma tradição que remonta a origem dos povos e da sociedade (PIMIENTO, 2005; PFETTSCHER et al., 1999).

É a profissão que deve estar junto às pessoas acometidas de necessidades em relação à saúde, realizando avaliações minuciosas da sua condição e evolução. Ao utilizar os seus sentidos e conhecimentos, a enfermeira faz observações sobre o doente visando oferecer as intervenções adequadas (NIGHTINGALE, 1898). A enfermeira é quem assistirá o ser humano nas suas necessidades humanas básicas, promovendo, recuperando ou mantendo sua saúde a fim de torná-lo independente de sua assistência (HORTA, 1979).

O cuidado de enfermagem, quando compartilhado com as pessoas, tem uma esfera objetiva que compreende técnicas e procedimentos, e uma esfera subjetiva baseada na sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser (SOUZA et al., 2005). Portanto, o aprimoramento de habilidades e competências da enfermeira é um requerimento para que as duas esferas de cuidado direcionem-se efetivamente a quem necessita do cuidado de enfermagem.

Com a enfermeira atuando nos mais diversos cenários da prática - hospitais, clínicas especializadas, centros de saúde - há que se observar as particularidades de cada local e seu público alvo, bem como compreender qual é o papel da enfermeira desempenhado em cada um desses. A realização do pré-natal no acompanhamento de gestantes de risco habitual se direciona à APS, por ser a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto, a gestante tem suas necessidades diagnosticadas e recebe um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez. E é nesse âmbito que a enfermeira

também está presente, integrando as equipes de saúde (BRASIL, 2012a).

Historicamente no Brasil, o pré-natal destaca-se como foco de planejamento e execução de ações propostas por governantes, assim como a atuação direta de profissionais de saúde em determinados programas, sendo eles: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 (BRASIL, 2004), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004 (BRASIL, 2004), e recentemente, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Portanto, a saúde materno-infantil e todas as competências requeridas:

Tem sido considerada área prioritária, principalmente no que diz respeito aos cuidados da mulher durante a gestação, que engloba: o pré-natal, o parto e o puerpério, a fim de manter um ciclo gravídico-puerperal com o menor risco possível para o binômio mãe-filho (SHIMIZU; LIMA 2009, p. 388).

No ano 2000, representantes dos 189 (cento e oitenta e nove) Estados Membros da Assembléia Geral das Nações Unidas, pactuaram o compromisso global para o desenvolvimento do milênio e definiram metas com a finalidade de promover a dignidade humana (BRASIL, 2014). Mediante o compromisso definido, ressalta-se a redução da Mortalidade Materna como um dos objetivos do Milênio, sendo parte constitutiva da “meta número 5”, ou seja, reduzir em 75% (setenta e cinco por cento) as mortes maternas até 2015, em relação aos valores registrados em 1990. Dois indicadores estão sendo usados para medir o progresso para alcançar esta meta: a taxa de mortalidade materna e a proporção de nascimentos atendidos por profissionais de saúde capacitados (WHO, 2012).

Por isto mesmo, a saúde materna tem recebido investimentos visando à redução de 141 (cento e quarenta e um) para 35 (trinta e cinco) óbitos em cada 100 (cem) mil nascidos vivos. Porém, até 2011, a razão de mortalidade materna brasileira foi reduzida em 55% (cinquenta e cinco por cento), atingindo 61 (sessenta e um) óbitos por 100 (cem) nascidos vivos, valor que ainda não é o desejável (BRASIL, 2014).

O não alcance da meta pactuada suscitou a necessidade de intensificação nas estratégias que visaram a redução da mortalidade materna e assim, cumprir o compromisso assumido na Assembléia Geral das Nações Unidas. O percentual de cesariana e complicações do aparelho circulatório na gravidez, parto e puerpério são alguns dos

fatores que impedem o alcance da meta estabelecida (BRASIL, 2014). Por outro lado, estudos indicam que a assistência qualificada no pré-natal contribui para a redução da razão de morbimortalidade materna, além de promover uma maternidade segura (CUNHA et al., 2009; DUARTE; MAMEDE, 2013).

Portanto, o período gestacional recebe influência de fatores que impactam nos resultados da gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê (LEAL et al., 2014). Na pesquisa nacional intitulada “Nascer no Brasil” a assistência pré-natal é destacada como um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gestacional e puerperal. Contudo, mesmo com a cobertura do pré-natal acima de 90% (noventa por cento) ainda a adequação da assistência é baixa diante de recomendações atuais (VIELLAS et al., 2014).

É nesse contexto que a enfermeira tem papel estratégico a partir de um elenco de atribuições que garantem sua autonomia no cuidado às gestantes, especialmente em um cenário em que a saúde materna deve ser modificado. Realizar o acompanhamento da mulher grávida visa ao desenvolvimento da gestação além de favorecer o nascimento saudável, sem impactos negativos para a saúde materna (BRASIL, 2012a). Para tanto, a enfermeira realiza a consulta de enfermagem que é fundamental no pré-natal (CUNHA et al., 2009) apresentando-se como um instrumento que tem como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Entender que todos os seres humanos, especialmente as gestantes, possuem necessidades básicas (HORTA, 1979) propõe à enfermeira uma posição diferenciada no pré-natal, pois confere a esta a qualidade de cuidador, fundamentado em seu corpo de conhecimento teórico e prático, para atender integralmente a mulher em seu período gravídico.

Nesse sentido, o elenco de atribuições da enfermeira no pré-natal abrange atividades e avaliações que verificam as necessidades das gestantes, mediante a utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados para cada caso, com atenção às condições sociais e econômicas de cada mulher. Assim sendo, as ações do pré-natal são: identificação das gestantes, acolhimento, cadastro, classificação do risco gestacional, investigação da história clínica atual e anterior, exame físico, verificação de sinais vitais, solicitação de exames, prescrição de medicamentos, imunização, avaliação do estado nutricional, realização de práticas educativas, visita domiciliar, acompanhamento periódico e nas urgências, atendimento no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2012a).

Entretanto, as ações realizadas na consulta de enfermagem só são passíveis de avaliação e comprovação quando registradas. Ao prestar o cuidado, a enfermeira tem responsabilidade com o registro de dados da gestante em seu pré-natal. Isso porque o registro de dados e informações em prontuário, cartão da gestante e no sistema nacional possibilitam o acompanhamento e monitoramento dos atendimentos às gestantes (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012a). Dessa forma, ajuda a fornecer cuidados fundamentado em evidências e conhecimento científico recomendadas para mulheres grávidas (NICE, 2008).

Estudos acerca do acompanhamento pré-natal realizado pela enfermeira são variados em seu conteúdo, tais como: abordagem quanto ao número de consultas realizadas e o período que estas iniciam (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013), a representação social da gestação e o papel da consulta de enfermagem (SHIMIZU; LIMA, 2009), competências essenciais do enfermeiro na consulta pré-natal (CUNHA et al., 2009), identificação de obstáculos na atenção ao pré-natal (NARCHI, 2010), a atenção pré-natal avaliada nos diferentes modelos de atenção primária à saúde (OLIVEIRA et al., 2013), o perfil das gestantes assistidas pela enfermagem (ALVES et al., 2013).

Ainda assim, resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” demonstram que o acompanhamento pré-natal realizado pela enfermeira é limitado no país, atingindo menos que 25% (vinte e cinco por cento) das consultas às gestantes. Esse dado é diferente entre as regiões do país sendo que em algumas localidades a enfermeira está presente em cerca da metade dos acompanhamentos. E as mulheres com três ou mais gestações e com desfechos negativos anteriores foram, proporcionalmente, mais atendidas por enfermeiras quando comparadas às mulheres com menor número de gestações anteriores e sem desfechos negativos (VIELLAS et al., 2014).

A existência de protocolo nacional (BRASIL, 2012a) e internacional (NICE, 2008) orienta a atuação profissional nos diversos aspectos da gestação, e nestes a importância do cuidado da enfermeira na consulta pré-natal. Na realidade brasileira a atuação da enfermeira na consulta de pré-natal encontra amparo legal nas disposições do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Também é respaldada na Lei do Exercício Profissional, haja vista que a Lei Federal nº 7.498/1986 estabelece para a enfermeira a exclusividade de algumas ações dentre as quais a consulta, com prescrição sobre assistência de Enfermagem e que exigem conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Assim sendo, a enfermeira tem sua função descrita na legislação que regulamenta o exercício profissional. Fundamentada suas ações no conhecimento existente sobre a saúde da mulher no período gravídico, e, por conseguinte, é reconhecida como profissional essencial na atenção pré-natal. Pesquisas com foco na prática clínica da enfermeira possibilitam reconhecer lacunas que demandarão mudanças para a melhoria ou manutenção de condutas adequadas para a população atendida.

Diante disso, definiu-se como questão norteadora do estudo: Quais as dimensões do cuidado prestado pela enfermeira na consulta de pré-natal?

Visando responder a essa questão foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Apresentar de forma sistematizada, à luz de Wanda de Aguiar Horta, as dimensões do cuidado prestado pela enfermeira na consulta de pré-natal, em um Município de Santa Catarina, Brasil.

Objetivos específicos:

- Identificar as características das enfermeiras e suas atividades na consulta de pré-natal, em um Município de Santa Catarina, Brasil.

- Sistematizar o cuidado da enfermeira na consulta de pré-natal, em cada trimestre da gestação, à luz das necessidades humanas básicas proposta por Wanda de Aguiar Horta.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para a sustentação teórica deste estudo, optou-se pelos conceitos de Florence Nightingale e Wanda de Aguiar Horta, e pelas orientações dos protocolos nacional e internacional de atenção à saúde da mulher grávida e da legislação brasileira.

A sustentação teórica foi sistematizada a partir de consulta bibliográfica realizada na base de dados Medline/Pubmed, utilizando o descritor principal *prenatal care*.

Também foi realizada busca na base de dados SciELO utilizando a estratégia de busca (tw:("cuidados de enfermagem" OR "Cuidado de enfermagem" OR "enfermagem" OR enfermeir*)) AND (tw:("cuidado pré-natal" OR "cuidados pré-natal" OR "Assistência Pré-Natal" OR "pré-natal" OR gravidez OR grávida*)) resultando em 168 (cento e sessenta e oito) artigos, publicados em inglês e português, sem exclusão por data de publicação. Após análise dos resumos dos artigos e exclusão de textos repetidos, optou-se por publicações dos últimos 10 (dez) anos e que apresentaram como conteúdo a assistência de enfermagem no pré-natal, realizado na Atenção Primária em Saúde, no Brasil, com gestantes de risco habitual ou distinção por faixa etária. Utilizando-se desses critérios foram selecionados 15 (quinze) artigos que compõem a sustentação teórica do estudo.

Além disso, foram incluídos textos do acervo de estudos da autora, que são consultados regularmente para fundamentar a prática clínica que realiza na atenção pré-natal em uma unidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Santa Catarina.

Foram escolhidos dois conceitos-chave centrais à pesquisa, sendo eles: o pré-natal e o cuidado da enfermeira.

2.1 FLORENCE NIGHTINGALE

Conhecida como o ícone da enfermagem moderna, nasceu em 1820 na cidade italiana de Florença da qual deriva seu nome. Filha de família vitoriana, rica e culta, iniciou sua formação em enfermagem aos 31 (trinta e um) anos em uma comunidade religiosa na Alemanha que possuía um centro hospitalar. Seus professores declararam que estava pronta para trabalhar como enfermeira voltando para a Grã-Bretanha e dedicando-se a supervisionar instalações hospitalares, reformatório e centros de caridade e alguns anos depois, como supervisora geral de um hospital em Londres (TOMEY; ALLIGOOD, 1991).

Em 1854 iniciou sua atuação junto aos soldados feridos da Guerra da Crimeia os quais estavam expostos a condições inadequadas para o atendimento que necessitavam. Florence identificou a influência dos componentes ambientais sobre a saúde dos soldados e passou a orientar as demais enfermeiras sobre como deveriam atuar. Utilizando-se da observação, mesmo durante a noite e por isto mesmo foi conhecida como “Dama da lanterna”, verificou que o entorno do paciente, ventilação, luz, limpeza, alimentação, deveriam ser modificados para sua recuperação. Para tanto cabia a enfermeira executar os cuidados, decidir por condutas bem como supervisionar o trabalho dos demais profissionais (TOMEY; ALLIGOOD, 1991).

Mesmo não tendo trabalhado com mulheres grávidas, a produção de conhecimento de Florence há 160 (cento e sessenta) anos demonstra a importância que deu à identificação de necessidades e sua atuação junto ao paciente, os quais visavam a desfechos assistenciais adequados.

Sua habilidade como investigadora e sua destreza estatística a fez ser reconhecida e ter influência na enfermagem até o presente. Construiu um corpo de conhecimento que é a base de teorias, promoveu reforma social, fomentou a criação de escolas de enfermagem e destacou a enfermagem como profissão. Permanece como exemplo para enfermeiras que diariamente se deparam com as diversas demandas clínicas apresentada pelos pacientes e precisam desenvolver habilidades que Florence no século XIX descreveu como inerentes à profissão.

2.2 WANDA DE AGUIAR HORTA

Cerca de 100 (cem) anos após o nascimento da precursora da enfermagem moderna, nasce em Belém do Pará, Wanda de Aguiar Horta. Sua trajetória na enfermagem iniciou em 1948 com a graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Foi reconhecida como uma pesquisadora autodidata, atuou como docente em escolas de enfermagem e na implantação e planejamentos de cursos de pós-graduação (LUCENA; BARREIRA, 2011).

Na década de 70 divulgou seus trabalhos sobre as bases teóricas e metodológicas da assistência de enfermagem caracterizando as especificidades do saber dessa profissão. E em 1979, ao publicar o livro “Processo de Enfermagem” apresentou a “Teoria das Necessidades Humanas Básicas” como fundamentos para a sistematização do cuidado de enfermagem, sendo-lhe atribuída a posição de primeira teorista da enfermagem brasileira (LUCENA; BARREIRA, 2011). Nessa obra, buscou reunir publicações que dariam subsídios e que facilitariam a

prática da enfermeira na aplicação do processo de enfermagem e, também, objetivando a melhoria contínua do nível teórico da enfermagem no país (HORTA, 1979).

Sua atuação esteve voltada ao enriquecimento teórico da profissão ao participar da criação de revista nacional de enfermagem e promover os estudos de natureza teórica pelas enfermeiras brasileiras. (LUCENA; BARREIRA, 2011). Segundo as autoras consultadas, decorridas cerca de três décadas de sua morte (1981-2011) sua obra é utilizada nas escolas de graduação e pós-graduação e é reconhecida também como precursora na construção do conceito formal brasileiro de enfermagem (PADILHA; NELSON; BORENSTEIN, 2011)

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais (HORTA, 1979, p.29).

Horta não atuou diretamente no atendimento de gestantes, porém a publicação de sua teoria teve por intenção auxiliar alunos de enfermagem e obstetrícia na compreensão do processo de enfermagem, aplicando a metodologia científica. Além disso, na sua teoria o enfoque está nos seres humanos que possuem necessidades humanas básicas e estas devem ser reconhecidas e atendidas pelas enfermeiras.

Pioneira para além do seu tempo, Wanda de Aguiar Horta descreveu a enfermagem como uma profissão que possui um corpo de conhecimento específico e científico, com metodologia própria, podendo ser compreendida como ciência. Dessa maneira a construção filosófica e metodológica de sua teoria está voltada à prática clínica da enfermeira e o envolvimento profissional e sensível com pacientes, assistindo-os em suas necessidades humanas básicas.

2.3 CUIDADO DA ENFERMEIRA

Ao pensarmos no cuidado devemos primeiramente compreender o conhecimento que fundamenta a sua base teórica. Nesse sentido, é a partir de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, que várias teoristas contribuíram para a produção do corpo de conhecimento da Enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 1999). Foi com a sistematização de um campo de conhecimentos, uma nova arte e nova ciência que enfatizava a necessidade de uma educação formal,

organizada e científica dos seus agentes (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006).

Em meados de 1850, Florence preconizou quais deveriam ser as características dessa profissão que até hoje são incorporadas. Colocou-a em evidência ao demonstrar sua atuação para além da administração de medicamentos ou submissão à outra categoria profissional. Assumiu seu papel ao lado do paciente, reconhecendo e atuando em suas necessidades e anseios numa situação de doença, identificada por ela como um processo reparativo (NIGHTINGALE, 1898). Foi nesse momento que a enfermeira passou a assumir o trabalho de supervisão e controle, como trabalhador intelectual da enfermagem, detentor de um saber para além de suas técnicas e que se reveste de uma complexidade por refletir no saber administrar e ensinar. (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006).

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. A enfermeira desempenha a assistência direta ao ser humano, a atividade na equipe de saúde com enfoque nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde e a função de pesquisa, ensino e administração (HORTA, 1979).

Frente a ampla possibilidade e capacidade de atuação da enfermeira, Florence e Horta indicam a importância de estar junto ao paciente para garantir na prática o essencial desta profissão. Florence indica a observação como imprescindível à atuação da enfermeira, podendo somente ser feita ao lado do paciente. Surge a partir daí que a observação precisa e a correta percepção faz reconhecer as características de cada caso e assim fornecer ao paciente o que ele realmente precisa (NIGHTINGALE, 1898).

A proximidade da enfermeira junto ao paciente é descrita por Horta através dos conceitos de Ser-Enfermeiro, Ser-Paciente e Ser-Enfermagem, indicando que este último está condicionado a existir somente quando os outros dois estiverem juntos, ou seja, em uma relação entre profissional e indivíduo que busca assistir as necessidades humanas básicas. (HORTA, 1979)

É nessa relação próxima que o cuidar fica evidenciado:

O Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso

levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de *gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é *gente* que cuida de *gente* (HORTA, 1979, p. 03).

Essa *gente* citada tem na sua complexidade um anseio pelo cuidado quando em um estado reparativo ou de doença. Na Teoria das Necessidades Humanas Básicas é explicitado que as necessidades do ser humano são universais, havendo variação de um indivíduo para outro a partir das suas manifestações e da maneira como satisfazê-las ou atendê-las. Para tanto, Horta passou a utilizar na enfermagem a nomenclatura de João Mohana dividindo as necessidades em três níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Sua teoria desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow ajustou para a enfermagem as necessidades humanas básicas que por ele estavam hierarquizadas em cinco níveis: 1) necessidades fisiológicas, 2) de segurança, 3) de amor, 4) de estima, 5) de auto-realização (HORTA, 1979).

Nos três níveis de necessidades utilizados por Horta, são elencados os diversos aspectos que envolvem os seres humanos que requerem o cuidado da enfermeira. Como necessidades psicobiológicas encontramos, o sono, o repouso, a nutrição, a hidratação e a locomoção. Em relação às necessidades psicossociais podemos citar a segurança, o espaço e a auto-estima. Bem assim, as necessidades psicoespirituais envolvem a religiosidade, a ética e a filosofia de vida.

É também nesse sentido que as autoras referenciadas se aproximam para descrever a enfermagem e o cuidado, pois para Florence o cuidado é um dever da enfermeira buscando zelar pelas condições ambientais e pela integridade do ser (ARRUDA; NUNES, 1998). Ela preconizou que, muitas vezes, o sofrimento não é um sintoma da doença e sim a falta de ar fresco, luz, calor, silêncio, limpeza, pontualidade, segurança, sendo a enfermagem responsável pela condição do paciente e sua evolução. Tornou a observação seu principal instrumento de cuidado demonstrando a inter-relação entre o ambiente, o paciente e a assistência prestada (NIGHTINGALE, 1898).

Com a vivência da prática no cuidado ao doente, Florence Nightingale visualizava que o trabalho das enfermeiras tinha que desenvolver suas habilidades para observação dos pacientes e do seu entorno, o qual considerava uma atividade em contínua renovação

(MARTINS, 2014). Concluiu que, na prática profissional, a lição mais importante, que pode ser dada as enfermeiras é ensiná-las o que observar e como observar; quais os sintomas que indicam uma melhora, quais os que indicam o inverso e quais são importantes; e, por fim, quais evidenciam negligência e o tipo de negligência (NIGHTINGALE, 1898).

No âmbito da saúde materna, a observação é representada pela habilidade de identificar as necessidades apresentadas pela gestante, sendo este o ponto de partida para o cuidado, adaptando as intervenções ao real demonstrado (RENFREW et al., 2014). No pré-natal, o cuidado é explicitado como um conjunto de ações podendo estar separadas conforme o período gestacional, quando se avalia que os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são indicadores de maior qualidade dos cuidados maternos. Ainda, existe um elenco de ações referente à linha de cuidado materno-infantil indicadas para serem ofertados mesmo antes que a gestante acesse os serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

A aproximação do cuidado às necessidades humanas básicas da mulher gestante também está associada à qualidade do pré-natal, conforme é demonstrado na sequência de itens para um pré-natal de qualidade em que se deve promover a escuta ativa da gestante e de seu(s) acompanhante(s), considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não um cuidado somente biológico (BRASIL, 2012a). O cuidado durante a gravidez busca respeitar a autonomia da mulher e garantir acesso a informações por ela requeridas, com base em suas necessidades, tendo assuntos discutidos plenamente com os profissionais envolvidos (NICE, 2008).

Wanda de Aguiar Horta afirma que o cuidado é a ação planejada, deliberada ou automática a partir da situação ou condição apresentada pelo ser humano. É diante dele que a enfermeira faz suas observações, percepções e análises de comportamento. Como uma proposta de metodologia científica, no processo de enfermagem se utiliza a observação como habilidade que resulta no desenvolvimento da assistência sistematizada. Ainda conclui que “as necessidades serão manifestadas pelo indivíduo, família ou comunidade, cabendo a enfermeira observá-las e assim defini-las enquanto problema, ou não, de enfermagem, orientando o cuidado” (HORTA, 1979, p. 36).

Sendo assim, toda enfermeira deve usar cotidianamente a observação, a perseverança e a inteligência. A partir de suas experiências e observações, Florence Nightingale recorreu ao raciocínio indutivo para propor normas de saúde. Ela afirmava que só com a observação e a experiência se pode aprender a enfermagem. A

enfermeira deve descrever o que ela observa e não o que está em sua imaginação. Ainda abordou o conceito de observação de forma ampla. Aplicou-a como guia para avaliar as intervenções de enfermagem, caracterizando, desde sua época, a necessidade de constante aprimoramento da prática, possibilitando identificar fragilidades e potencialidades (MARTINS, 2014).

O cuidado como núcleo central da Enfermagem e a enfermeira como um elemento constante no ambiente do paciente, faz-nos reconhecer a importância dos avanços e inovações necessárias à compreensão da profissão e da sua essência. O cuidado de enfermagem, tendo a observação como meio para identificação das necessidades humanas básicas e seus componentes, demonstra a dimensão em que o pré-natal realizado pela enfermeira deve compreender para garantir às mulheres uma prática profissional qualificada e aprimorada.

2.4 PRÉ-NATAL

No pré-natal a enfermeira realiza a consulta de enfermagem quando do cuidado à gestante de risco habitual. Esta profissional aplica o arcabouço teórico e científico, conta com respaldo legal, direcionando-lhe a responsabilidade pelo acompanhamento das gestantes (CUNHA et al., 2009; DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Na evolução histórica da assistência de enfermagem, o marco relevante é traduzido na Lei Federal nº 7.498/86 do Exercício Profissional (BRASIL, 1986), que estabelece a consulta de enfermagem entre as competências privativas da enfermeira. Inicialmente sua atuação no pré-natal era considerada auxiliar estando relacionada à coleta de informações no pré ou pós-consulta sendo esta institucionalizada, tanto no ensino como nos serviços prestados pelas três esferas governamentais: municipal, estadual e federal (LIMA; MOURA, 2008).

A gravidez é um processo fisiológico normal e quaisquer intervenções oferecidas devem ter benefícios reconhecidos e aceitáveis pela mulher grávida. A gestante deve ser o foco do pré-natal pela possibilidade de realizar escolhas, além de garantir-lhe acesso e cuidado continuado (BRASIL, 2012a; NICE, 2008). É nesse sentido que a atenção pré-natal tem como foco a satisfação da mulher ao receber a assistência de um profissional inserido em um serviço de saúde (HEAMAN et al., 2014).

No acompanhamento pré-natal, busca-se identificar eventuais problemas a fim de evitá-los e, se necessário, direcionar a gestante aos serviços e profissionais habilitados para atendimento em outro nível de

atenção (HAAS; TILL; EVERETTS, 2012). A detecção precoce de necessidades possibilita o tratamento oportuno de doenças, bem como o controle de fatores de risco que causam complicações à saúde da mulher e do recém-nascido (DOMINGUES et al., 2012). Portanto, a assistência pré-natal é o marco inicial para os desfechos maternos e perinatais (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006). Esse fundamento teórico pode ser resumido diante do explicitado por Wanda de Aguir Horta:

Como parte integrante da equipe de saúde, a enfermagem mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, no tempo e no espaço. O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar. O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado. Em estados de desequilíbrio esta assistência se faz mais necessária (HORTA, 1979, p 29).

Portanto, a atenção pré-natal é uma estratégia para o estabelecimento do processo de vigilância da saúde das mulheres e da criança (BARBARO; LETTIERE; NAKANO, 2014). Em um enfoque epidemiológico, o pré-natal e a priorização de ações voltadas às gestantes visam reduzir taxas de mortalidade, tanto materna quanto neonatal (BRASIL, 2012a; DUARTE; MAMEDE, 2013). A realidade brasileira indica que a melhoria da qualidade do pré-natal pode prevenir os óbitos maternos considerados evitáveis, sendo necessária uma avaliação constante dos serviços de saúde com o objetivo de qualificar a assistência prestada (BRASIL, 2012a; CORREA et al., 2014).

A qualificação perpassa, portanto, por melhorias estruturais e pelo conhecimento dos profissionais, estando voltada primariamente ao acesso à assistência, uma vez que este é o principal indicador do prognóstico ao nascimento. Além disso, a atenção efetiva se dá a partir de um rol de ações que devem ser resolutivas e ir ao encontro das necessidades das gestantes (BRASIL, 2012a), conceituadas nessa pesquisa como o cuidado da enfermeira:

As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la [...] Todas estas necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que

fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível, não é soma de suas partes. (HORTA, 1979, p. 39-40).

As necessidades da mulher, particularmente no período pré-natal, quando não atendidas ou atendidas de modo inadequado, resultam em desfecho ruim. Exemplo disso é a hipertensão arterial sistêmica que se constitui na causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Considerada como morte materna por causa direta, decorre de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores (BRASIL, 2012a).

É nesse sentido que a literatura aponta que o pré-natal requer a implementação de procedimentos e ações específicas para essa fase de vida da mulher e que as ações dos profissionais responsáveis pelo pré-natal devem estar em consonância com as competências essenciais em obstetrícia (DUARTE; MAMEDE, 2013). Ao considerar a formação profissional e competência para o atendimento às gestantes, diretrizes internacionais afirmam que não há diferença entre profissionais especialistas e não-especialistas que executam o cuidado à gestante de risco habitual. Ademais, o pré-natal deve ser realizado por profissionais com os quais a gestante sente-se confortável (NICE, 2008).

É nesse cenário que a enfermeira assume responsabilidades com as gestantes podendo acompanhar inteiramente o pré-natal quando de risco habitual. Essa profissional elabora o plano de cuidado na consulta de pré-natal, além de identificar e priorizar necessidades, estabelecendo intervenções, orientações e encaminhamentos, bem como a promoção da interdisciplinaridade (BRASIL, 2012a; DUARTE; ANDRADE, 2006).

Portanto, a assistência ao pré-natal é constituída por condutas e procedimentos que devem se constituir em benefício da mulher grávida e do seu concepto (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011). Assim, a partir de abordagem clínica e educativa destina-se a acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança (SUCCI et al., 2008).

Estruturalmente, o Ministério da Saúde do Brasil define as seguintes ações a serem desenvolvidas pela enfermeira no pré-natal:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;

- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012a, p. 47).

A atenção pré-natal se constitui num espaço de acolhimento. Possibilita o diálogo, mobilizando a livre expressão de dúvidas, de sentimentos e de experiências que estreitam o vínculo entre a enfermeira e a gestante (SHIMIZU; LIMA, 2009). Esse vínculo possibilita a

enfermeira assistir o ser humano em suas necessidades básicas, alcançando um envolvimento sensível com a mulher capaz de identificar necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, mesmo antes de representarem um problema de enfermagem (HORTA, 1979).

Todavia, o cuidado da enfermeira no pré-natal só pode ser validado a partir de registros completos e adequados dos seus atendimentos. Tal afirmação se manifesta como importante por acessar fatores de qualidade do pré-natal que estão relacionados aos registros feitos na consulta da enfermeira às gestantes. As falhas no uso e incorreta inclusão de informações podem prejudicar o planejamento e execução de ações voltadas a este grupo de atenção (MOIMAZ et al., 2009).

Sendo as enfermeiras titulares exclusivas dessas atribuições, no âmbito do pré-natal persiste a necessidade de sistematização da consulta como componente do seu cuidado. Para tanto, é necessária a observação sobre os registros da enfermeira, compreendê-los e descrevê-los a fim de obter as dimensões do cuidado à gestante.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo exploratório de natureza quantitativa, com coleta de dados a partir de fonte secundária e primária, respectivamente a partir do prontuário, para obtenção de dados sobre o cuidado pré-natal e pelo preenchimento de questionário, obtendo assim os dados sobre característica das enfermeiras. A investigação de fenômenos que se prestam a medição e quantificação precisas, são características da pesquisa quantitativa (POLIT; BECK, 2011). Essa quantificação deve ser de forma sistemática e objetiva (HULLEY, et al., 2003; GREENBERG et al., 2005; FLETCHER & FLETCHER, 2006).

Os estudos exploratórios têm como objetivo conhecer o objeto do estudo da forma como este se apresenta, seu significado e o contexto onde se insere. Ao aproximar-se do problema este objetiva torná-lo mais explícito, buscando conhecer mais quando pouco se sabe sobre um fenômeno. Sendo assim, a exploração do objeto de estudo é feita através de técnicas e instrumento de coleta de dados com uma menor rigidez no planejamento se comparado a outros tipos de estudo (LAUTERT; DAL PAI; RAMOS, 2013).

A escolha deste tipo de pesquisa se deu pela exploração se apresentar como um recurso adequado para observar, descrever, sistematizar e documentar o cuidado da enfermeira no pré-natal. Com este método é possível retratar as características de pessoas, situações ou grupos e/ou a frequência com que certo fenômeno acontece (POLIT; BECK, 2011), além de contribuir para a construção do conhecimento (LAUTERT; DAL PAI; RAMOS, 2013).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Cidade erguida no encontro do Rio Itajaí-Açu com o mar, Itajaí fica situada no litoral norte de Santa Catarina, estado da região sul do Brasil. Colonizada por portugueses no século XVIII e alemães no século XIX, a cidade tem desde os seus primórdios uma forte ligação com a navegação e hoje abriga um dos maiores complexos portuários do país. O Porto de Itajaí é o segundo porto brasileiro em movimentação de cargas em contêineres. É também o maior exportador de carnes congeladas do Brasil. E é a sede internacional da segunda maior empresa do mundo em alimentos (ITAJÁI, 2015).

Localizado no litoral do Estado de Santa Catarina e integrante da Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí, a cidade de Itajaí possui uma população estimada em 201.557 (duzentos e um mil e quinhentos e cinquenta e sete) habitantes (IBGE, 2014). Seu território dispõe de serviços de atenção à saúde compostos pelas seguintes áreas: Saúde Mental, Odontologia, Assistência Farmacêutica, Estratégia de Saúde da Família, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Rede de Urgência/Emergência, Serviço de Nutrição, Serviço de Fisioterapia, Academia da Saúde e Curativos Especiais; elegendo como sendo os principais: consultas médicas e tratamentos, atendimentos de enfermagem, visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde (ACS) e vigilância sanitária e epidemiológica (ITAJAÍ, 2015).

Os serviços de saúde em sua maioria são ofertados à população através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF), que totalizam 49 (quarenta e nove) nesse município. Há no município 36 (trinta e seis) Postos de Atendimento, sendo 22 (vinte e duas) Unidades Básicas de Saúde que alcançam cobertura de mais de 70% (setenta por cento) da população geral. As EqESF seguem os padrões do Ministério da Saúde sendo compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (ITAJAÍ, 2015).

A área técnica de Saúde da Mulher do município de Itajaí é responsável por coordenar as ações previstas na Política Nacional. O desenvolvimento das ações abrange a população feminina acima de 10 (dez) anos de idade em todas as UBS. No município, a saúde da mulher contempla a assistência ao pré-natal, puerpério, saúde sexual e reprodutiva, prevenção do câncer de colo de útero e mama, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra mulher e promoção de ações voltadas para mulheres no climatério, na terceira idade e na adolescência (ITAJAÍ, 2015).

Destaca-se que a população feminina do município de Itajaí representa cerca da metade do total da população estimada, e ocorrem anualmente mais de 3.000 (três mil) nascimentos de mães residentes no município (SINASC, 2015). É nesse cenário que a enfermeira realiza a consulta pré-natal às gestantes de risco habitual.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA - CUIDADO PRÉ-NATAL

A população desse estudo foram as gestantes moradoras do município de Itajaí, Santa Catarina, com acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiras no ano de 2014.

A amostra (n) da pesquisa de característica não probabilística, com amostragem por acessibilidade e intencionalidade, totalizou 29 (vinte e nove) gestantes identificadas por meio de relatório específico de cadastro de gestantes nas 3 (três) UBS selecionadas, abrangendo 7 (sete) EqESF.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Foram definidos como critérios de inclusão para a pesquisa:

- Mulheres com gestação de risco habitual, independente da paridade, conforme relatório específico de cadastro de gestantes em cada UBS;
- Gestantes com comparecimento para início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre gestacional;
- Gestante com no mínimo uma consulta por trimestre gestacional realizada e registrada por enfermeira, no ano de 2014, ou seja, o cuidado iniciado e concluído em 2014.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Foram definidos como critérios de exclusão para a pesquisa:

- Mulheres que iniciaram o pré-natal na condição de risco habitual e que tiveram intercorrências clínicas e que foram classificadas e/ou encaminhadas para outro nível de atenção;
- Mulheres com gestação de risco habitual e que não cumpriram o agendamento pré-natal, faltando a duas consultas consecutivas;
- Mulheres com gestação de baixo habitual que tiveram abortamento.

3.4 COLETA DE DADOS - CUIDADO PRÉ-NATAL

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2015 nos prontuários físicos, de forma retrospectiva, referente ao ano de 2014, por meio de formulário específico (Apêndice A). O nome da gestante foi obtido por meio de relatório de cada EqESF referente ao ano selecionado para este estudo. Os prontuários estavam localizados em salas e arquivos na própria UBS e identificados por ordem alfabética e numérica conforme registro local.

Os prontuários foram explorados previamente observando os critérios e inclusão e exclusão. A partir disso, a coleta dos dados

aconteceu em um único momento, iniciando e finalizando o preenchimento do instrumento de coleta, não havendo necessidade de retornar a UBS posteriormente. Todo este processo foi facilitado pelo fato de que, uma Enfermeira vinculada a Secretaria de Estado da Saúde com trabalho desenvolvido na Regional de abrangência do Município, obteve o acesso aos prontuários com suporte de uma enfermeira do próprio Município e ambas participaram da análise de consistência dos dados obtidos.

3.5 VARIÁVEIS - CUIDADO PRÉ-NATAL

As variáveis deste estudo foram definidas utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e selecionadas a partir das recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e do conceito de observação de Florence Nightingale. Estas orientam a atuação da enfermeira na atenção pré-natal que, para esta pesquisa, traduzem-se em variáveis aplicadas aos objetivos do estudo.

Horta apresenta em sua teoria três níveis de necessidades básicas a todos os seres humanos, classificando-as em: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Em cada nível elencou necessidades a serem identificadas, analisadas e atendidas pela enfermeira as quais conduzem a prática profissional e o cuidado ao paciente. Como necessidade psicobiológicas a autora descreve: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios físicos, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular), locomoção, percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa), ambiente e terapêutica (HORTA, 1979).

Como necessidade psicossocial descreve: segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem (educação à saúde), gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, autorrealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção. Por fim, as necessidades psicoespirituais são descritas como: religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida (HORTA, 1979).

As recomendações do Ministério da Saúde do Brasil estão apresentadas no Caderno de Atenção Básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco, o qual orienta a atuação da enfermeira conforme o trimestre gestacional, indicando ações comuns e específicas para cada período. Em cada trimestre da gestação o caderno descreve: a prescrição de

medicamentos, a solicitação de exames laboratoriais e de imagem, exame colpocitológico, investigação da história clínica, imunização, classificação do risco gestacional, investigação de queixas e avaliação da gestação atual, exame físico, orientações, controles fetais e encaminhamentos (BRASIL, 2012a). Ainda, o conjunto de diretrizes publicadas pelo NICE apresenta as ações na atenção ao pré-natal conforme sua evidência clínica orientando a atuação profissional junto às gestantes (NICE, 2008). O protocolo NICE foi escolhido por duas razões básicas: a primeira porque Florence desencadeou na assistência do Reino Unido impacto com as ações de enfermagem e, também neste País foram construídos os sistemas de controle e prevenção da Mortalidade Materna desde o século XX (FARR; 1843).

Florence Nightingale preconizou que a observação é fundamental na prática assistencial das enfermeiras. É a partir da observação que a enfermeira deve identificar necessidades, analisá-las, prestar o cuidado e por fim registrar essa trajetória a fim de assegurar que outros profissionais ou ela própria, possam dar continuidade na atenção ao paciente. Também pela observação é possível sistematizar as dimensões do cuidado de enfermagem.

Diante de protocolos e uma base teórica que orienta a prática profissional da enfermeira é que se optou pela fusão destes para a definição das variáveis da pesquisa. Para tanto, variáveis estão relacionadas à identificação da gestante e dados do cuidado.

As variáveis do instrumento de coleta de dados utilizadas estão apresentadas com suas descrições e classificação: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO), Quantitativa Discreta (QTD) e Quantitativa Contínua (QTC).

3.5.1 Variáveis de identificação da gestante

Nome: descrito pelas iniciais do nome da gestante.

Idade (QTD): descrita em número ordinais, por anos vividos.

Escolaridade (QLO): considerado o grau de ensino com término ou interrupção foram classificados em: não sabe ler e escrever, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior ou não informado/registrado no prontuário.

Histórico das gestações anteriores (QLN e QTD): gestação(ões) anterior(es), parto(s) vaginal(is), cesariana(s), aborto(s), filho(s) nascido(s) com menos de 2.500 gramas, filho(s) nascido(s) com mais de 4.000 (quatro mil) gramas, diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da gravidez, pré-eclâmpsia, eclâmpsia. Cada

item descrito como sim ou não e quando adequado, o quantitativo em números ordinais, ou não informado/registrado no prontuário.

3.5.2 Variáveis do cuidado

3.5.2.1 Primeiro trimestre

- Necessidade terapêutica

Solicitação de exames laboratoriais (QLN): tipagem sanguínea, sorologia para Lues (VDRL), Anti-HIV, parcial de urina, urocultura, antibiograma, hemograma, glicemia em jejum, sorologia para rubéola, sorologia para HbsAg, sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM). Cada solicitação de exame laboratorial classificado como: sim; não; não se aplica – caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Prescrição de medicamentos (QLN): prescrição de ácido fólico 5 mg (cinco miligramas), 1 (um) comprimido ao dia até 12 (doze) semanas de gestação. Prescrição de sulfato ferroso conforme dosagem de hemoglobina ($Hb > 8 \text{ g/dl}$ e $< 11 \text{ g/dl} = 3 \text{ a } 6 \text{ cp}$ / Se $Hb < 8 \text{ g/dl}$ = referir ao acompanhamento de risco). Classificados como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional ou não é necessário diante da avaliação dos resultados laboratoriais; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Determinação da idade gestacional (QLN): registro da idade gestacional, identificada pela sigla IG, descrito em semanas e dias. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Imunização (QLN): registro da investigação ou realização da vacinação contra tétano e hepatite B caso a gestante não tenha caderneta de vacinação para comprovação, esteja em atraso vacinal ou não tenha feito nenhuma dose anterior. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de nutrição

Verificação do peso (QLN): registro do peso em quilos e gramas. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Verificação da altura (QLN): registro da altura em metros e centímetros. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Investigação de hábitos alimentares (QLN): registro da investigação de hábitos alimentares, com tipo de alimentos mais consumidos e os menos consumidos e a frequência das refeições. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de eliminação

Eliminação vesical (QLN): registro da investigação de alterações na eliminação vesical descritas como presente ou ausente, ou com a nomenclatura: disúria e/ou polaciúria. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Eliminação intestinal (QLN): registro da investigação de alterações na eliminação intestinal, descritas como presente ou ausente, ou com a nomenclatura: constipação ou diarreia. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de segurança e atenção

Participação do companheiro, amigo (a) e/ou familiar (QLN): registro da presença de um acompanhante durante as consultas de pré-natal. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Estímulo para participação do companheiro, amigo (a) e/ou familiar (QLN): registro do estímulo para a participação de um

acompanhante na consulta de pré-natal. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Pesquisa de sintomas relacionados à gestação (QLN): registro da orientação e/ou manejo quanto aos sintomas relacionados a gestação: náuseas, vômitos, dor abdominal, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, pirose, hemorroidas, varicosidades e dor lombar. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de integridade cutâneo-mucosa

Inspeção da pele e das mucosas (QLN): registro da inspeção da pele e mucosas, oral e/ou ocular, com caracterização destas: hidratada, corada, hipocorada. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de aceitação, auto-realização e auto-imagem

Observação do estado emocional (QLN): registro de observações em relação ao estado emocional da gestante, humor e a aceitação da gravidez atual. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de sexualidade

Sexualidade (QLN): registro de orientações e observações acerca da sexualidade da gestante. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de sono e repouso

Avaliação do sono e repouso (QLN): registro de observações e/ou orientações sobre sono e repouso, quantidade de horas de sono ou posicionamento. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não

informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de integridade física

Investigação de hábitos (QLN): registro da investigação de tabagismo, álcool e drogas ilícitas, com o devido detalhamento. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de regulação eletrolítica

Pesquisa de edema (QLN): registro da identificação ou não de edema em face, membros superiores ou membros inferiores, podendo estar descrita como presente ou ausente, ou ainda com a classificação em cruzes. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Aferição da pressão arterial (QLN): registro da aferição da pressão arterial e seu valor em mmHG descrita com duas ou três casas decimais indicando verificação diastólica e com duas ou três casas decimais indicando sistólica. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

3.5.2.2 Segundo trimestre

- Necessidade terapêutica

Solicitação de exames laboratoriais (QLN): sorologia para Lues (VDRL), parcial de urina, urocultura, antibiograma, hemograma, curva glicêmica (se primeiro resultado de dosagem de glicose > 85mg/dl), Coombs indireto (se Rh negativo). Cada solicitação de exame laboratorial classificado como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional ou pela avaliação dos resultados do primeiro trimestre, não é necessária a solicitação; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Solicitação de exame de imagem (QLN): solicitação do exame ultrassonografia gestacional. Solicitação classificado como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro

profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Coleta de colpocitologia oncótica (QLN): registro da investigação, orientação ou realização da coleta de colpocitologia oncótica se a última coleta foi realizada em um período maior que um ano. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Prescrição de medicamentos (QLN): prescrição de sulfato ferroso conforme dosagem de hemoglobina ($Hb > 8 \text{ g/dl}$ e $< 11 \text{ g/dl} = 3$ a 6 cp / Se $Hb < 8 \text{ g/dl} =$ referir ao acompanhamento de risco). Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional ou não necessário diante da avaliação dos resultados laboratoriais; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Determinação da idade gestacional (QLN): registro da idade gestacional, identificada pela sigla IG, em semanas e dias. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Verificação da altura uterina (QLN): registro da medida da altura de fundo de útero identificados pelas siglas AFU ou AU, em centímetros. Classificada como: sim; não; não se aplica - se atendimento entre 12 (doze) e 16 (dezesesseis) semanas de gestação, ou no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Verificação do batimento cardíofetal (QLN): registro do batimento cardíofetal identificado pela sigla BCF, descrito por três casas decimais. Classificada como : sim; não; não se aplica - se atendimento entre 12 (doze) e 16 (dezesesseis) semanas de gestação, ou no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Imunização (QLN): registro da investigação ou realização da vacinação contra tétano e hepatite B caso a gestante não tenha caderneta de vacinação para comprovação, esteja em atraso vacinal ou não tenha feito nenhuma dose anterior. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou

não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de nutrição

Verificação do peso (QLN): registro do peso em quilos e gramas. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Verificação da altura (QLN): registro da altura em metro e centímetros. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso já tenha sido verificado em qualquer período gestacional ou anterior a gestação, por qualquer profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de eliminação

Eliminação vesical (QLN): registro da investigação de alterações na eliminação vesical descritas como presente ou ausente, ou com a nomenclatura: disúria e/ou polaciúria. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Eliminação intestinal (QLN): registro da investigação de alterações na eliminação intestinal, descritas como presente ou ausente, ou com a nomenclatura: constipação ou diarreia. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

-Necessidade de segurança e atenção

Participação do companheiro, amigo (a) e/ou familiar (QLN): registro da presença de um acompanhante durante as consultas de pré-natal. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Estímulo para participação do companheiro, amigo (a) e/ou familiar (QLN): registro do estímulo para a participação de um acompanhante na consulta de pré-natal. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro

profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Pesquisa de sintomas relacionados a gestação(QLN): registro da orientação e/ou manejo quanto aos sintomas relacionados a gestação: náuseas, vômitos, dor abdominal, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, pirose, hemorróidas, varicosidades e dor lombar. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de integridade cutâneo-mucosa

Inspeção da pele e das mucosas (QLN): registro da inspeção da pele e mucosas, oral e/ou ocular, com caracterização destas: hidratada, normocorada, hipocorada. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de aceitação, auto-realização e auto-imagem

Observação do estado emocional (QLN): registro de observações em relação ao estado emocional da gestante, humor e a aceitação da gravidez atual. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de sexualidade

Sexualidade (QLN): registro de orientações e observações acerca da sexualidade da gestante. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de sono e repouso

Avaliação do sono e repouso (QLN): registro de observações e/ou orientações sobre sono e repouso, quantidade de horas de sono ou posicionamento. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de integridade física

Investigação de hábitos (QLN): registro da investigação de tabagismo, com descrição do número de cigarros/dia, álcool e drogas ilícitas. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de regulação eletrolítica

Pesquisa de edema (QLN): registro da identificação ou não de edema em face, membros superiores ou membros inferiores, podendo estar descrita como presente ou ausente, ou ainda com a classificação em cruzes. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Aferição da pressão arterial (QLN): registro da aferição da pressão arterial e seu valor em mmHg, descrita com duas ou três casas decimais indicando verificação diastólica e com duas ou três casas decimais indicando sistólica. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

3.5.2.3 Terceiro trimestre**- Necessidade terapêutica**

Solicitação de exames laboratoriais (QLN): Hemograma; sorologia para Lues (VDRL); Anti-HIV; sorologia para HbsAg; Toxoplasmose IgM (se IgG não reagente no primeiro resultado); parcial de urina; urocultura; antibiograma; bacterioscopia de secreção vaginal (solicitação em torno da 30^a (trigésima) semana se tiver antecedente de prematuridade); Cultura para Estreptococo Beta Hemolítico vaginal (grupo B). Cada solicitação de exame laboratorial classificado como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional ou pela avaliação dos resultados anteriores ou história clínica não seja necessária a solicitação; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Prescrição de medicamentos (QLN): prescrição de sulfato ferroso conforme dosagem de hemoglobina ($Hb > 8 \text{ g/dl}$ e $< 11 \text{ g/dl} = 3$ a 6 cp / Se $Hb < 8 \text{ g/dl}$ = referir ao acompanhamento de risco). Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional ou não necessário diante da avaliação dos resultados laboratoriais; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Determinação da idade gestacional (QLN): registro da idade gestacional, identificada pela sigla IG, em semanas e dias. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Verificação da altura uterina (QLN): registro da medida da altura de fundo de útero identificados pelas siglas AFU ou AU, em centímetros. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Verificação do batimento cardíaco-fetal (QLN): registro do batimento cardíaco-fetal identificado pela sigla BCF, descrito por três casas decimais. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Imunização (QLN): registro da investigação ou realização da vacinação contra tétano e hepatite B caso a gestante não tenha caderneta de vacinação para comprovação, esteja em atraso vacinal ou não tenha feito nenhuma dose anterior. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de nutrição

Verificação do peso (QLN): registro do peso em quilos e gramas. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Verificação da altura (QLN): registro da altura em metro e centímetros. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não

informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de eliminação

Eliminação vesical (QLN): registro da investigação de alterações na eliminação vesical descritas como presente ou ausente, ou com a nomenclatura: disúria e/ou polaciúria. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Eliminação intestinal (QLN): registro da investigação de alterações na eliminação intestinal, descritas como presente ou ausente, ou com a nomenclatura: constipação ou diarreia. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de segurança e atenção

Participação do companheiro, amigo (a) e/ou familiar (QLN): registro da presença de um acompanhante durante as consultas de pré-natal. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Estímulo para participação do companheiro, amigo (a) e/ou familiar (QLN): registro do estímulo para a participação de um acompanhante na consulta de pré-natal. Classificada como: sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Pesquisa de sintomas relacionados a gestação (QLN): registro da orientação e/ou manejo quanto aos sintomas relacionados a gestação: náuseas, vômitos, dor abdominal, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, pirose, hemorróidas, varicosidades e dor lombar. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de integridade cutâneo-mucosa

Inspeção da pele e das mucosas (QLN): registro da inspeção da pele e mucosas, oral e/ou ocular, com caracterização destas: hidratada,

corada, hipocorada. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de aceitação, auto-realização e auto-imagem

Observação do estado emocional (QLN): registro de observações em relação ao estado emocional da gestante, humor e a aceitação da gravidez atual. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de sexualidade

Orientações sobre sexualidade (QLN): registro de orientações e observações acerca da sexualidade da gestante, dúvidas sobre a relação sexual na gravidez. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de sono e repouso

Avaliação do sono e repouso (QLN): registro de observações e/ou orientações sobre sono e repouso, quantidade de horas de sono e/ou posicionamento. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de integridade física

Investigação de hábito (QLN): registro da investigação de tabagismo, com descrição do número de cigarros/dia, álcool e drogas ilícitas. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

- Necessidade de regulação eletrolítica

Pesquisa de edema (QLN): registro da identificação ou não de edema em face, membros superiores ou membros inferiores, podendo estar descrita como presente ou ausente, ou ainda com a classificação

em cruces. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

Aferição da pressão arterial (QLN): registro da aferição da pressão arterial e seu valor em mmHG, descrita com duas ou três casas decimais indicando verificação diastólica e com duas ou três casas decimais indicando sistólica. Classificada como sim; não; não se aplica - caso, no mesmo dia, já tenha sido registrado por outro profissional; ou não informado - quando da impossibilidade de definição/caracterização da variável durante a coleta.

3.6 POPULAÇÃO E AMOSTRA – CARACTERÍSTICAS DAS ENFERMEIRAS

A população desse estudo são as enfermeiras do município de Itajaí, Santa Catarina, que atuam junto a Atenção Primária em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo e que realizam a consulta de enfermagem no pré-natal.

A amostragem de característica não probabilística, com amostra (n) obtida por acessibilidade totalizou 7 (sete) enfermeiras, que atuam em 3 (três) UBS.

3.6.1 Critérios de Inclusão

Foram definidos como critérios de exclusão para a pesquisa:

- Enfermeiras que realizaram a consulta de enfermagem para gestante de risco habitual no ano de 2014.

3.6.2 Critérios de Exclusão

Foram definidos como critérios de exclusão para a pesquisa:

- Enfermeiras que não preencheram todos os campos do instrumento de coleta de dados.

3.7 COLETA DE DADOS – CARACTERÍSTICAS DAS ENFERMEIRAS

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2015 usando questionário semiestruturado (Apêndice B). O questionário foi aplicado e finalizada a coleta de dados no mesmo dia de entrega

deste. A entrega e o preenchimento ocorreu nas UBS's, durante o turno de trabalho das enfermeiras participantes.

3.8 VARIÁVEIS – CARACTERÍSTICAS DAS ENFERMEIRAS

As variáveis elencadas para a obtenção de dados sobre as características da enfermeira são descritas em relação as características sócio demográficas (idade, sexo, estado marital, tipo de contrato com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, faixa salarial); formação (ano de Graduação, Universidade, especialização, mestrado, doutorado e/ou pós-doutorado); experiência em saúde materna (ano de ingresso na SMS/Prefeitura Itajaí, tempo de trabalho na consulta como enfermeira no pré-natal, estágio ou capacitação para consulta no pré-natal); *modus operandis* do trabalho da enfermeira no pré-natal (turno de trabalho, número de horas/dia, agenda programada com número de gestantes definidas para o dia, realiza visita domiciliar, grupo de gestantes, visita hospitalar).

As variáveis do instrumento de coleta de dados utilizadas estão apresentadas com suas descrições e classificação: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO) e Quantitativa Discreta (QTD).

Nome: descrito pelas iniciais do nome da enfermeira.

Idade (QTD): descrita em números ordinais, por anos vividos.

Sexo (QLN): descrito como feminino ou masculino.

Estado Marital (QLN): descrito como: solteiro(a), casado(a), união estável, viúvo(a) ou separado(a) judicialmente.

Vínculo empregatício na SMS (QLN): descrito como: contrato temporário, estatutário,

Faixa Salarial (QLO): descrito como: R\$ 1.000,00 (mil reais) à R\$ 2.000,00 (dois mil reais); R\$ 2.000,00 (dois mil reais) à R\$ 3.000,00 (três mil reais); R\$ 3.000,00 (três mil reais) à R\$ 4.000,00 (quatro mil reais); ou acima de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

Ano de ingresso na SMS (QTD): descrito pelo ano de ingresso na SMS.

Tempo de formação e nome da universidade (QTD): descrita em números ordinais referente a quantidade total de anos e meses de formação em graduação de enfermagem e descrição do nome da universidade

Formação complementar (QLN): descrita conforme a formação complementar já concluída bem como especificada com o título

recebido e o ano de finalização. Descrita em: especialização, residência, mestrado, doutorado e pós-doutorado.

Experiência em saúde materna (QTD): descrita em números ordinais referente a quantidade de anos e meses de atuação junto à gestante, como estágio ou vínculo empregatício, podendo ter ocorrido em: maternidade, ambulatório de referência e unidade básica de saúde ou outra.

Local de atuação junto à gestantes (QLN): descrita como maternidade, ambulatório de referência e unidade básica de saúde ou outra.

Trabalho da enfermeira no pré-natal (QTD e QLN): descrição do turno de trabalho, número de horas/dia, existência de agenda programada e realização de visita domiciliar, grupo de gestantes e visita hospitalar. Classificada como sim ou não, ou descrição em números ordinais quando adequado.

Atuação de outro profissional na consulta pré-natal (QLN): descrição da existência de outro profissional que realize a consulta pré-natal. Classificada como: sim ou não, e qual.

3.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Para processamento dos dados, estes foram codificados e digitados no Microsoft Excel® versão 2007, a partir do registro do formulário padronizado. Foi realizada a revisão e correção da base de dados para posterior análise.

O mesmo *software* foi utilizado para leitura do banco de dados e construção da estatística descritiva, com frequência relativa e absoluta.

As variáveis elencadas para o cuidado da enfermeira no pré-natal foram sistematizadas e discutidas à luz da Teoria da Necessidade Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e dos protocolos nacional (BRASIL, 2012a) e internacional (NICE, 2008) que orientam sobre as atribuições profissionais na atenção à gestante.

As variáveis atribuídas às características da enfermeira foram sistematizadas e discutidas a partir da legislação brasileira, órgão de classe, protocolos e estudos que descrevem a enfermeira por meio de seus atributos enquanto profissional atuante na atenção ao pré-natal.

3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi desenvolvida cumprindo os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde

(CNS) (BRASIL, 2012b), a qual dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos. A pesquisa é integrante do Macro Projeto Intitulado “Gestão em Rede: prevenção da mortalidade materna e neonatal” aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio do Protocolo nº 120.343 datado em 08 de outubro de 2012 e, também, o de nº 169.110 do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) datado de 10 de dezembro de 2012 (ANEXO A). Considerando que este projeto de pesquisa foi detalhado com a finalidade acadêmica, dada a sua especificidade e por se tratar de Projeto de Dissertação de Mestrado ele foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados em forma de dois manuscritos, e nestes foram adotadas as normas da ABNT e observada a Instrução Normativa nº 10/PEN/2011, que dispõe sobre os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem PEN/UFSC.

Os artigos foram intitulados:

Manuscrito 1: Enfermeiras que realizam pré-natal no contexto de um município catarinense.

Manuscrito 2: Dimensão do cuidado da enfermeira na consulta pré-natal à luz de Wanda de Aguiar Horta.

4.1 MANUSCRITO 1 - ENFERMEIRAS QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DE UM MUNICÍPIO CATARINENSE

Anna Carolina Raduenz Huf Souza¹
Maria de Lourdes de Souza²
Fiona Ann Lynn³

Correspondência: Anna Carolina Raduenz Huf Souza. Rua Almirante Lamego, 830, Ap. 705A. Centro - Florianópolis, Santa Catarina. CEP: 88015-600. E-mail: acrhuf@gmail.com.

RESUMO

OBJETIVO: Identificar as características das enfermeiras e suas atividades na consulta de pré-natal, em um Município de Santa Catarina, Brasil. **MÉTODO:** estudo descritivo exploratório realizado em um município de médio porte no Estado de Santa Catarina. A amostra foi composta por sete enfermeiras, integrantes da Equipe de Estratégia de Saúde da Família, localizadas em 4 Unidades Básicas de Saúde que realizaram consulta de pré-natal de gestantes de risco habitual no ano de 2014. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado, nos meses de maio e junho de 2015. Para análise foi utilizado o Software Excel versão 2007 e realizado estatística descritiva através de frequência relativa e absoluta. **RESULTADOS:** do total de enfermeiras, 86% são do sexo feminino, todos com remuneração mensal acima de R\$ 4.000,00 e contrato de trabalho por regime celetista. Sua atuação na atenção ao pré-natal se dá por meio de consultas de enfermagem, grupos de educação em saúde e visitas domiciliares. Todos possuem ao menos um título de especialização e 29% com mestrado. A experiência em saúde materna é indicada por 100% como realizada em Atenção Primária a Saúde (APS), e 14% em maternidade.

¹ Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C).

² Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Presidente do Instituto Repensul.

³ Doutora em Economia da Saúde. Docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetria, Queen's University Belfast, Irlanda do Norte, Reino Unido.

CONCLUSÃO: A enfermeira é estratégica na atenção à saúde das gestantes na APS e em sua maioria são do sexo feminino, casadas e ganham salário correspondente ao mercado de trabalho brasileiro. Realizam a consulta pré-natal, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde. E possuem experiência em saúde materna na APS e formação complementar à universitária.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde.

NURSES DOING PRENATAL CARE IN THE CONTEXT OF A SANTA CATARINA'S CITY

ABSTRACT

OBJECTIVES: To identify the characteristics of nurses and their activities in prenatal appointment, in a city of Santa Catarina, Brazil. **METHOD:** descriptive exploratory study. The sample consisted of seven nurses, members of the Family Health Strategy team, located in 4 community health centers who performed prenatal appointment to low risk pregnant women in 2014. Data were collected through a semi-structured questionnaire. Excel software version 2007 was used for analysis and descriptive statistics through relative and absolute frequency. **RESULTS:** 86% of nurses are female, all of them with monthly income above 4,000 reais and employment contract according brazilian regime. Their performance in prenatal care is through nursing appointments, health education groups and home visits. All of them have at least one specialist title and 29% have master's degree. Experience in maternal health is referred by 100% as held in primary health care, and 14% in maternities. **CONCLUSION:** The nurse is strategic professional caring for pregnant women in primary health care. Most of the nurses are female, married and earn the salary corresponding to the Brazilian labor market. They perform prenatal appointments, home visits and health education groups. They have experience caring for pregnant women in primary health care and a graduate degree.

Descriptors: Obstetric Nursing, Prenatal Care, Primary Health Care.

ENFERMERAS QUE REALIZAN ATENCIÓN PRENATAL EN EL CONTEXTO DE UN MUNICIPIO CATARINENSE

RESUMEN

OBJETIVOS: Identificar las características de las enfermeras y sus actividades en consulta prenatal, en un municipio de Santa Catarina, Brasil. **MÉTODO:** Estudio descriptivo exploratorio en un municipio de tamaño medio en el estado de Santa Catarina. La muestra está formada por siete enfermeras, miembros del equipo de Estrategia de Salud de la Familia, que se encuentra en 4 Unidades Básicas de Salud, que recibieron las mujeres embarazadas de riesgo habitual, para consulta prenatal en el año de 2014. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario semiestructurado, en mayo y junio de 2015. Para el análisis, se utilizó el software Excel versión 2007 y se realizó estadística descriptiva a través de frecuencia relativa y absoluta. **RESULTADOS:** de todos los enfermeros, el 86% son mujeres, todas con remuneración mensual por encima de los 4.000 reales y contrato de trabajo para el régimen de CLT. Su actuación en la atención prenatal se da a través de la consulta de enfermería, grupos de educación para la salud y visitas domiciliarias. Todas tienen al menos un título de especialista y, un 29%, con títulos de maestría. La experiencia en salud materna es indicada por el 100% como realizado en la APS y, el 14%, en la maternidad. **CONCLUSIÓN:** La enfermera es estratégica en el cuidado de la salud de las mujeres embarazadas en la APS y son, en su mayoría, mujeres, casadas, con sueldo mensual correspondiente al mercado de trabajo brasileño. Realizan consulta prenatal, visitas a domicilio y grupos de educación sanitaria. Y tienen experiencia en la salud materna en la APS y formación complementaria a la universitaria.

Descriptores: Enfermería Obstétrica, Atención Prenatal, Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

No ano 2011, o Ministério da Saúde do Brasil definiu diretrizes para a atenção ao pré-natal, parto e puerpério priorizando a atenção humanizada à mulher e à criança. Dentre seus quatro componentes, o Pré-Natal é destacado no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) para o acompanhamento da gestante desde sua captação precoce até o local de parto e atendimento pós-parto (BRASIL, 2011).

A enfermeira na APS assegura o cuidado e o conforto das pessoas, desde a criação do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), na década de 90, quando foram definidas as responsabilidades no âmbito

federal, estadual e municipal. O contexto municipal tem como responsabilidade constituir e manter APS de qualidade sendo a enfermeira o profissional que garante isso na prática. Devido à responsabilidade municipal, cerca de 60% (sessenta por cento) das contratações de enfermeiras na realidade brasileira trabalham vinculadas a APS. (ARZUAGA-SALAZAR; SOUZA; BUB, 2011).

É nesse contexto que a enfermeira é estimulada a participar nas ações de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal (DUARTE; ALMEIDA, 2014). Deve ter como rotina o acompanhamento de gestantes de risco habitual e a realização do pré-natal com autonomia técnica (BRASIL, 2012). Há também registro na literatura que não há diferenças nos desfechos maternos e perinatais se comparados ao acompanhamento feito por outros profissionais (NICE, 2008).

Na literatura nacional e internacional consultadas, identificou-se que a gravidez é definida como processo fisiológico normal e quaisquer intervenções oferecidas devem ter benefícios reconhecidos e aceitáveis pela mulher grávida. Assim, a gestante deve ser o foco do pré-natal possibilitando-lhe oportunidade de realizar escolhas, além de garantir acesso e cuidado continuado (BRASIL, 2012; NICE, 2008). Assim, o cuidado pré-natal deve atender a satisfação da mulher quando da assistência de um profissional em um serviço de saúde (HEAMAN et al., 2014).

O cuidado de enfermagem, quando compartilhado com as pessoas, tem componentes objetivos que compreendem técnicas e procedimentos e subjetivos que respeitam a sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser (SOUZA et al., 2005). Portanto, o aprimoramento de habilidades da enfermeira, conhecimento e valores, são requerimentos para um cuidado de enfermagem.

A consulta de enfermagem se constitui em tecnologia própria desta área do saber e é realizada privativamente pela enfermeira tendo por objetivo promover a saúde da gestante e a melhoria de qualidade de vida, em uma abordagem ampliada às necessidades da mulher (BRASIL, 2012; BRASIL, 1986). Isto reafirma o explicitado anteriormente, acerca de que a enfermeira necessita de habilidades, conhecimentos científicos e tecnologias de suporte para a realização do cuidado de enfermagem, neste caso o pré-natal.

A consulta de pré-natal realizada pela enfermeira é orientada por protocolos, nacional e internacional, cujos componentes apontam requerimentos relativos a: solicitação de exames laboratoriais e de imagem, prescrição de medicamentos, investigação de sintomas

comuns, realização de procedimentos e imunização, avaliação de sinais de gravidade, registros de dados e encaminhamentos. (NICE, 2008; BRASIL, 2012)

Mediante a responsabilidade ética e legal atribuída às enfermeiras, especialmente na APS, foi definida a seguinte questão norteadora: quais as características das enfermeiras e suas atividades na consulta de pré-natal? Visando responder a essa proposição foi definido como objetivo para o estudo: identificar as características das enfermeiras e suas atividades na consulta de pré-natal, em um Município de Santa Catarina, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado no município de Itajaí, no Estado de Santa Catarina, que possui 49 (quarenta e nove) Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF), localizadas em 22 (vinte e duas) Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde é característica do trabalho da enfermeira a realização da consulta de pré-natal (ITAJAÍ, 2015). Os dados foram coletados com enfermeiras de UBS's integrantes deste estudo.

O processo amostral é do tipo não probabilístico. A amostra definida por acessibilidade e intencionalidade totalizou 7 (sete) enfermeiras, integrantes de EqESF, localizadas em 4 (quatro) UBS's. Estes foram incluídos por terem realizado consulta de pré-natal de gestantes de risco habitual no ano de 2014.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a junho de 2015 com aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas tendo início e fim no mesmo dia da sua entrega. As variáveis elencadas para a obtenção de dados sobre as enfermeiras são descritas em relação às características sociodemográficas (idade, sexo, estado marital, tipo de contrato com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, faixa salarial); formação (ano de graduação, nome da universidade, especialização, mestrado, doutorado e/ou pós-doutorado); experiência em saúde materna (ano de ingresso na SMS/Prefeitura Itajaí, estágio ou capacitação para realizar consulta no pré-natal); *modus operandi* do trabalho da enfermeira no pré-natal (turno de trabalho, agenda programada com número de gestantes definidas para o dia, realiza visita domiciliar, grupo de gestantes, visita hospitalar).

Para organização e processamento dos dados, estes foram codificados e digitados usando o programa Microsoft Excel versão

2007. Foi realizada estatística descritiva (frequências relativa e absoluta).

A pesquisa é integrante do Macro Projeto intitulado “Gestão em Rede: prevenção da mortalidade materna e neonatal” aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) cumprindo os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo teve autorização da instituição participante.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos e do *modus operandi* do trabalho da enfermeira no pré-natal foram analisados em relação a sua frequência, média e desvio padrão.

A maioria das enfermeiras participantes do estudo são mulheres 6 (86%), casadas 6 (86%). A média de idade foi de 39,9 anos com desvio padrão de 12,2. Todos recebem salários acima de quatro mil reais, com contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (BRASIL, 1943). O tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde foi em média 5,7 anos com desvio padrão de 4,0.

O tempo de formação em graduação em enfermagem foi em média treze anos, com desvio padrão de 8,0.

A consulta de enfermagem é realizada com agenda programada às mulheres grávidas, e todas as enfermeiras - 7 (100%) - realizam visita domiciliar e grupos para gestante. Mas, nenhuma realiza visita a maternidade com as gestantes. Além disso, os turnos de trabalho em que as atividades de cuidado à gestante são realizadas, emergem o matutino e o vespertino.

Todas as enfermeiras, 7 (100%), indicaram que o médico também participa no acompanhamento pré-natal, e uma (14%) indicou o nutricionista, o odontólogo e o médico obstetra.

A formação complementar das enfermeiras foi de 7 (100%) com curso de especialização, sendo 2 (29%) com duas especializações e 2 (29%) com mestrado em saúde pública e saúde e gestão. As especializações foram certificadas como: saúde da família, saúde pública, acupuntura, auditoria, psicologia da educação e cardiologia.

O tempo médio de experiência em saúde materna foi de 4,9 anos, com desvio padrão de 4,1. Em relação ao local de atuação junto às gestantes, uma (14%) tem experiência de trabalho em Maternidade, 7 (100%) em Unidade Básica de Saúde, e nenhuma em Ambulatório de Referência.

DISCUSSÃO

A enfermeira como integrante de uma equipe assistencial presta o cuidado às gestantes com respaldo legal e embasamento técnico-científico e humanístico. Sua atuação junto às gestantes é prevista por protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), bem como pela Lei do Exercício Profissional que institui a consulta de enfermagem como atividade privativa da enfermeira (BRASIL, 1986) sendo este um instrumento que utiliza para realizar a atenção ao pré-natal de risco habitual.

A caracterização das enfermeiras participantes do estudo é destacada primeiramente porque o maior número é representado por mulheres. O número de enfermeiras identificado nesse estudo é semelhante aos estaduais e nacionais. No Estado de Santa Catarina, do total de empregos ocupados por enfermeiros, cerca de 89% (oitenta e nove por cento) são mulheres (COREn-SC, 2015). Este índice reforça a característica brasileira que a considera uma profissão feminina, representada por 84,6% (oitenta e quatro vírgula seis por cento) (FIOCRUZ, 2015). Esta realidade também está presente nos ambientes de ensino, de graduação e de formação complementar, no qual alunos do sexo feminino são predominantes (ANABE; KOBAYASHI, 2013; SANTOS; LEITE, 2006).

A presença da mulher enquanto maioria na enfermagem surge do contexto histórico onde o serviço era organizado por instituições religiosas. Ao mesmo tempo, o cuidado doméstico às crianças, doentes e idosos estava associado à figura feminina. Estas tinham um saber informal que era repassado entre as gerações, de mulher para mulher (LOPES; LEAL, 2005).

No século XIX, Florence Nightingale institucionalizou a enfermagem com atribuição de valores femininos por considerar que as mulheres estão naturalmente preparadas para o cuidado (LOPES; LEAL, 2005). Foi ainda mais específica ao dizer que “toda mulher é uma enfermeira”. Como precursora da enfermagem moderna, preconizou conhecimentos que considerava fundamental (NIGHTINGALE, 1898), os quais sustentam a profissão que ainda é, em sua maioria, constituída por mulheres.

A remuneração tem sido apresentada como componente da satisfação profissional uma vez que estudos dessa natureza podem contribuir para identificação de problemas nos serviços, promover o

planejamento de soluções e melhoria na qualidade dos serviços prestados (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Na realidade brasileira apresentada preliminarmente, por pesquisa de perfil da enfermagem, não há menção específica à remuneração das enfermeiras. De modo geral são reportados os índices de profissionais que ganha até um salário mínimo, 1,8% e até R\$ 1.000,00 (mil reais), um total de 16,8% (FIOCRUZ, 2015). Em um estudo de satisfação profissional também não específico da enfermeira, a média de salários representou 4 (quatro) salários-mínimos (PINTO et al., 2014). Diante disso, todos os profissionais participantes do estudo possuem uma faixa salarial acima de remunerações apresentadas em outros estudos brasileiros.

Em pesquisa recente de base nacional, constatou que a consulta pré-natal em 89,6% (oitenta e nove vírgula seis por cento) foi realizada em unidades básicas de saúde (VIELLAS et al, 2014), nível de atenção em que a enfermeira está inserida e local escolhido para o estudo. É nesse contexto que todas as enfermeiras do estudo efetuam consulta às gestantes por meio de uma agenda programada. A realização de visita domiciliar e grupos de educação em saúde para as gestantes, também previstos como atribuição da enfermeira na atenção ao pré-natal, (BRASIL, 2012) são realizados por todas as enfermeiras do estudo.

Cabe destacar que a visita a maternidade, considerada uma ação da assistência ao pré-natal, promovida e orientada pela equipe da saúde da qual a enfermeira é integrante, não foi realizado pelas enfermeiras integrantes dessa pesquisa (BRASIL, 2012).

Além disso, mesmo a cobertura de pré-natal que é considerada universal, os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” revelam que a atenção ao pré-natal ocorre ainda com condutas não realizadas. Além disso, a idade gestacional de início do pré-natal e o número de consultas realizadas e quando comparados a outros parâmetros, como a realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento materno, menos de 10% (dez por cento) das gestantes receberam os procedimentos recomendados (VIELLAS et al, 2014).

Ao longo do período pré-natal, a enfermeira compartilha o acompanhamento da gestante com outros profissionais. Dentre estes, o médico é o profissional que junto com a enfermeira realiza as consultas de forma intercalada. Diferentemente do identificado no estudo, no Brasil o acompanhamento pré-natal realizado pela enfermeira ainda é limitado, ocorrendo em menos de 25% (vinte e cinco por cento) dos atendimentos à gestante (VIELLAS et al, 2014).

Além disso, o dentista e o nutricionista também têm suas atividades descritas em protocolo nacional, estando este último vinculado ao controle de peso da gestante, não sendo necessário um atendimento específico e individual, caso outro profissional da equipe de saúde já esteja realizando (BRASIL, 2012). Por outro lado, não foram identificadas evidências de que o acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras melhorassem os desfechos perinatais e, portanto, que justificassem seu atendimento à gestante de risco habitual. (NICE, 2008; BRASIL, 2012).

O papel da equipe no pré-natal deve ir ao encontro de uma atenção integral à mulher grávida, realizando ações de promoção à saúde e prevenção de agravos por meio da escuta qualificada de suas necessidades. Esta premissa de acompanhamento da gestante tem por finalidade proporcionar um atendimento humanizado e o estabelecimento de vínculo profissional-paciente (BRASIL, 2012).

Para tanto, além de uma postura empática é imperativo que as enfermeiras tenham conhecimento para realizar procedimentos técnicos e avaliações corretas quando do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012). Primariamente a formação universitária se faz reconhecida como produtora de conhecimento na sociedade contemporânea a qual estimula o indivíduo a entender, refletir, analisar dados, compreender e olhar os fatos sociais os quais são elementos para atuação profissional ao promoverem, por exemplo, a tomada de decisão e resolução de problemas (PIMENTA, 2014).

A pesquisa do perfil brasileiro de enfermagem demonstra que o desejo de se qualificar é um anseio dos profissionais desta categoria (FIOCRUZ, 2015). Aspiração que foi reconhecida nos profissionais do estudo em que 29% (vinte e nove por cento) possuem mestrado e todos ao menos um título de especialização. Contudo, nenhum em obstetrícia. Muito embora, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) desde a criação do primeiro curso de especialização na década de 80 para formar enfermeiros obstetras, tem promovido a formação de especialistas nesta área, inclusive em parceria com o Ministério da Saúde, esse não se constitui um requerimento obrigatório para os enfermeiros que trabalham em unidades básicas de saúde (UNIVALI, 2015).

Para além das diversas formações, a experiência profissional favorece a construção de conhecimentos e habilidades específicos na atenção ao período gravídico. Profissionais qualificados, educados e treinados com habilidades necessárias estão no centro do cuidado continuado (WHO, 2004). Portanto, a oferta de uma atenção qualificada está na dependência da formação para o desempenho qualificado por

parte dos profissionais que assistem a mulher na gestação (CUNHA et al., 2009).

A formação e o conhecimento, portanto, são fundamentais para a atenção à saúde materna no Brasil que exige intervenções do profissional que realiza o pré-natal, dentre estas: qualidade da assistência voltada para as necessidades das mulheres, o que requer mudança na cultura dos serviços de saúde; respeito à fisiologia do processo, o que requer transformação na atuação do profissional de saúde; e, finalmente, capacitação, reconhecimento e autonomia. (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

A autonomia da enfermeira no pré-natal de risco habitual é reconhecida por sua atuação com um elenco de ações que são realizadas especificamente pela enfermeira sem a necessidade de intervenção de outro profissional de modo simultâneo. A prática assistencial da enfermeira com autonomia técnica, ou seja, quando o profissional determina e controla a essência do seu próprio trabalho (FREIDSON apud PIMENTA, 2014).

Reconhecer quem é a enfermeira que realiza o pré-natal torna-se essencial para apreender sua influência direta ou indiretamente na assistência prestada. A autonomia que a enfermeira tem no cuidado da gestante pode ser vista nos protocolos e legislação vigente cabendo aos pesquisadores e ao próprio profissional a contínua reflexão sobre sua atuação.

CONCLUSÃO

A enfermeira nas unidades estudadas constitui-se como profissional estratégico na atenção à saúde da mulher, mais especificamente às gestantes na APS.

Essa no pré-natal realiza a consulta de enfermagem, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde, exercendo sua autonomia, conforme lhe atribui a legislação, a par de trabalhar em equipe multiprofissional. Possuem experiência em saúde materna na APS e formação complementar à universitária.

As enfermeiras que integram o estudo em sua maioria são do sexo feminino, casadas e ganham um salário correspondente ao mercado de trabalho brasileiro.

Mesmo tratando-se de estudo exploratório, cabe destacar que o tamanho da amostra se constitui em limitação do estudo e, portanto, não possibilita comparabilidade. Além disso, estudos exploratórios são indicativos para outros estudos, logo se pressupõe que a exploração da

competência técnica das enfermeiras e sua autonomia legal para a atenção pré-natal de risco habitual pode se constituir em tema de interesse para novos estudos.

REFERÊNCIAS

ANABE, L. P.; KOBAYASHI, R. M. Perfil, competências e fluência digital dos enfermeiros do Programa de Aprimoramento Profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 943-949, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0943.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

ARZUAGA-SALAZAR, M. A.; SOUZA, M. L.; BUB, M. B. C. Contribuições da Enfermagem na Detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão sistemática. In: CONFERENCIA IBERO AMERICANA DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, XI; ENCONTRO LATINO AMERICA-EUROPA DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, III; SIMPÓSIO DE INVESTIGAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, IV e ENCONTRO DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, II, 2011, Coimbra. **Referência – Revista de Enfermagem**. Coimbra: ESENFEC, 2011. v. Supl. p. 89-89.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei n. 5.452 de 01 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis de trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 09 de agosto de 1943, p. 11937. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. Presidência da República. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 26 de junho de 1986, Seção 1, p. 9.273. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 27 de julho de 2011, Seção

1, p. 109. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32 – atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

CARRILLO-GARCIA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1314-1320, nov-dez. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01314.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.

COREn (SC). Mapa de enfermagem de Santa Catarina. **Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina**, Florianópolis, 10 set. 2015. Disponível em:
<http://www.corensc.gov.br/iframe/mapa_coren/lista/totaisestado.php?cod=56>. Acesso em 02 out. 2015.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery Ver Enferm.**, v. 13, n. 1. jan-mar. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, E. P. O papel do enfermeiro no programa de saúde da família no atendimento pré-natal. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.1, p. 1029-1035, jan/abr., 2014. Disponível em:
<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FIOCRUZ. Pesquisa inédita traça o perfil da enfermagem no Brasil. **Agência Fiocruz de Notícias**, Rio de Janeiro, 07 mai. 2015. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>>. Acesso em 20 set. 2015.

HEAMAN, M. I. et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, p.188, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-188.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

ITAJAÍ. Estratégia Saúde da Família. **Secretaria de Saúde**. Disponível em: <<http://saude.itajai.sc.gov.br/c/estrategia-saude-da-familia>>. Acesso em: 20 set. 2015.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

MELO, M. B. de; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2015.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman**. London: NICE, 2008. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: What it is, what is not**. New York: D. Appleton and company 72 Fifth Avenue, 1898. Disponível em: <<http://www.gutenberg.org/cache/epub/12439/pg12439-images.html>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

PIMENTA, A. L. **Identidade profissional da enfermagem: uma construção à luz da sociologia das profissões**. 2014. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0847-D.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

PINTO, I. C. et al . Análise da satisfação profissional da equipe de enfermagem em uma unidade básica distrital de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 20-27, dez. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rngen/v35n4/pt_1983-1447-rngen-35-04-00020.pdf >. Acesso em: 21 out. 2015.

SANTOS, C. E.; LEITE, M. M. J. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v.59, n.2, p. 154-156, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a06.pdf> >. Acesso em: 19 out. 2015.

SOUZA, M. de L. de. et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO**. Geneva: 2004. Disponível em: <http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Making_pregnancy_safer_the_critical_role.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

UNIVALI. **História do curso**: enfermagem. Disponível em: <<http://www.univali.br/ensino/graduacao/ccs/cursos/enfermagem/historia-do-curso/Paginas/default.aspx>>. Acesso em 18 dez. 2015.

4.2 MANUSCRITO 2 – DIMENSÃO DO CUIDADO DA ENFERMEIRA NA CONSULTA PRÉ-NATAL À LUZ DE WANDA DE AGUIAR HORTA

Anna Carolina Raduenz Huf Souza¹
Maria de Lourdes de Souza²
Fiona Ann Lynn³

Correspondência: Anna Carolina Raduenz Huf Souza. Rua Almirante Lamego, 830, Ap. 705A. Centro - Florianópolis, Santa Catarina. CEP: 88015-600. E-mail: acrhuf@gmail.com.

RESUMO

OBJETIVO: Apresentar de forma sistematizada, à luz de Wanda de Aguiar Horta, as dimensões do cuidado prestado pela enfermeira na consulta de pré-natal, em um Município de Santa Catarina, Brasil. **MÉTODO:** estudo descritivo exploratório realizado em um município de médio porte no Estado de Santa Catarina. A amostra foi composta por 29 (vinte e nove) gestantes que iniciaram e finalizaram o pré-natal no ano de 2014, com no mínimo uma consulta realizada pela enfermeira em cada trimestre gestacional e que não tivesse sido classificada como alto risco em nenhum momento da gestação. Os dados foram coletados a partir dos prontuários das gestantes usando formulário específico construído a partir de protocolos nacional e internacional e da Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Para sistematização dos dados foi utilizado o *software* Excel versão 2007 e realizado estatística descritiva com frequência relativa e absoluta. **RESULTADOS:** A média de idade das gestantes foi de 25,2 (vinte e cinco vírgula dois) anos. O histórico das gestações anteriores demonstrou que 55% (cinquenta e cinco por cento) das mulheres tiveram ao menos uma gestação anterior,

¹ Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C).

² Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Presidente do Instituto Repensul.

³ Doutora em Economia da Saúde. Docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Queen's University Belfast, Irlanda do Norte, Reino Unido.

totalizando, 27 (67%) partos vaginais, 3 (8%) cesáreas e 10 (25%) abortos. A necessidade terapêutica foi a que obteve maior frequência de registros quando comparado às demais necessidades. Acerca da necessidade de sexualidade não foram identificados registros nos três trimestres gestacionais. As demais necessidades tiveram frequências variáveis de registros ao longo do acompanhamento pré-natal. **CONCLUSÃO:** A enfermeira exerceu autonomia técnica no cuidado pré-natal utilizando informações, realizando prescrições e procedimentos. Contudo, a falta de registro observada e como estes foram realizados possibilitou subentender que as gestantes não foram atendidas em todas as suas necessidades humanas básicas. A sistematização dos dados registrados na consulta de pré-natal à luz de Wanda de Aguiar Horta resultou também em observar as temáticas dos protocolos mais exploradas pelas enfermeiras. O estudo exploratório realizado tem como uma de suas limitações a impossibilidade de comparabilidade, porém este é indicativo para outros estudos e oportunidade para aplicar uma teoria que emerge na realidade brasileira e explorar sua aplicação na consulta de pré-natal.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Cuidado Pré-Natal; Atenção primária à saúde.

NURSE'S CARE DIMENSION IN PRENATAL APPOINTMENT ACCORDING TO WANDA DE AGUIAR HORTA

ABSTRACT

OBJECTIVE: To present a systematic way, according to Wanda de Aguiar Horta, dimensions of care provided by nurses during prenatal appointment, in a city of Santa Catarina, Brazil. **METHOD:** descriptive exploratory study. The sample consisted of 29 patients who began and ended the prenatal care in the year 2014, with at least one appointment with the nurse in each trimester and which had not been classified as high risk at any time during pregnancy. Data were collected from medical records of pregnant women using specific form constructed from national and international protocols and the Theory of Basic Human Needs. To systematize the data we used the Excel software version 2007 and performed descriptive statistics with relative and absolute frequency. **RESULTS:** The mean age of patients was 25.2 years. The history of previous pregnancies showed that 55% of women had at least one previous pregnancy, where 27 (67%) had vaginal deliveries, 3 (8%) cesarean section and 10 (25%) abortions. The

therapeutic need was the one which had the highest attendance record compared to other needs. About the sexuality need was no record in the three trimesters of pregnancy. The other requirements have variable frequencies records over prenatal care. **CONCLUSION:** Nurse performed technical autonomy in prenatal care using information, carrying out instructions and procedures. However, the lack of registration observed and how happened imply that pregnant women were missed in all their basic human needs. The systematization of data recorded in prenatal appointment according to Wanda de Aguiar Horta also resulted in observing themes of the guidelines most exploited by nurses. The exploratory study has as one of its limitations the impossibility of comparison. However this is indicative for other studies and an opportunity to apply a theory that emerged in the Brazilian reality and explores its application in prenatal consultation.

Descriptors: Obstetric Nursing, Prenatal Care, Primary Health Care.

DIMENSIÓN DEL CUIDADO DE LA ENFERMERA EN CONSULTA PRENATAL A LA LUZ DE WANDA DE AGUIAR HORTA

RESUMEN

OBJETIVO: Presentar de manera sistemática, a la luz de Wanda de Aguiar Horta, las dimensiones de la atención ejercida por la enfermera en la consulta prenatal, en un municipio de Santa Catarina, Brasil. **MÉTODO:** Estudio descriptivo exploratorio en un municipio de tamaño medio del estado de Santa Catarina. La muestra consistió en 29 pacientes embarazadas que iniciaron y terminaron el cuidado prenatal en el año de 2014, con al menos una consulta realizada por la enfermera en cada trimestre y que no habían sido clasificadas como de alto riesgo, durante su embarazo. Los datos se obtuvieron de los registros médicos de mujeres embarazadas utilizando formulario específico creado a partir de los protocolos nacionales e internacionales y por la teoría de las necesidades humanas básicas. Para la sistematización de los datos, se utilizó el software Excel versión 2007 y se realizó estadística descriptiva con frecuencia relativa y absoluta. **RESULTADOS:** La edad media de las pacientes fue de 25,2 años. La historia de embarazos previos mostró que el 55% de las mujeres tenían al menos un embarazo anterior, con un total de 27 partos (67%) por vía vaginal, 3 (8%) por cesárea y 10 (25%) abortos. La necesidad terapéutica fue el que tuvo los registros más altos

de asistencia en comparación con otras necesidades. Con relación a la necesidad de sexualidad, no hubo registros en los tres trimestres del embarazo. Las demás necesidades tuvieron frecuencias variables durante el cuidado prenatal. **CONCLUSIÓN:** La enfermera ejerce autonomía técnica en el uso de la atención prenatal utilizando informaciones, llevando a cabo prescripciones y procedimientos. Sin embargo, la falta de registro observada y cómo fueron realizados permitió implicar que las mujeres embarazadas no fueron atendidas en todas sus necesidades humanas básicas. La sistematización de los datos registrados en consulta prenatal a la luz de Wanda de Aguiar Horta también posibilitó la observación de la temática de los protocolos más utilizados por las enfermeras. El estudio exploratorio tiene como uno de sus limitaciones la imposibilidad de comparación, sin embargo, sirve de indicativo para otros estudios y provee la oportunidad de aplicar una teoría que emerge en la realidad brasileña y observar su aplicación en consulta prenatal.

Descriptor: Enfermería Obstétrica, Atención Prenatal, Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A Teoria de Wanda de Aguiar Horta descreve as necessidades humanas básicas em três níveis (psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual) definindo pontos de atenção para o cuidado da enfermeira. As necessidades são consideradas universais e ainda um ente concreto para a enfermagem (HORTA, 1979). A partir disso é possível entender o cuidado com as necessidades do ser humano.

Compreendido como a essência da enfermagem, o cuidado torna-se ainda mais concreto quando é tido como um dever da enfermeira que busca zelar pela integridade do ser (ARRUDA; NUNES, 1998). Portanto, este é intrínseco à atuação profissional da enfermeira e estará presente na atenção a todos os grupos populacionais em qualquer ambiente ou serviço de saúde, dentre eles as gestantes na atenção primária em saúde.

É nesse cenário que a enfermeira assume responsabilidades com as gestantes podendo acompanhar inteiramente o pré-natal quando de risco habitual. Essa profissional elabora o plano de cuidado na consulta de pré-natal, além de identificar e priorizar necessidades, estabelecendo

intervenções, orientações e encaminhamentos, bem como a promoção da interdisciplinaridade (BRASIL, 2012; DUARTE; ANDRADE, 2006).

Durante a gestação, a mulher vivencia uma experiência complexa e singular decorrente de modificações fisiológicas, emocionais e psicossociais que envolvem a sociedade, serviços de saúde e a família os quais proverão o cuidado (SILVA et al., 2012; SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010). A enfermeira, enquanto integrante de equipe de saúde, deve então acolher a gestante e desenvolver cuidados com o objetivo de prevenir riscos e promover uma gravidez saudável (SILVA et al., 2012). Desse modo, a assistência pré-natal adequada envolve a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, considerados determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, e que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Os índices de mortalidade materna e neonatal, ainda não ideais diante de metas internacionais estabelecidas, requer o planejamento de ações que visem melhorá-los. Para tanto, é necessária avaliação contínua e monitoramento eficaz a fim de identificar os problemas que impedem a redução dessas mortes (BRASIL, 2014). Historicamente no Brasil, o pré-natal ganha destaque como foco de planejamento e execução de ações propostas por governantes em programas nacionais: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 (BRASIL, 2004), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004 (BRASIL, 2004), e recentemente, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

O pré-natal abrange atividades e avaliações a fim de verificar se atendem a real necessidade dessas mulheres, mediante a utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados para cada caso. Assim sendo, as ações do pré-natal são: identificação das gestantes, acolhimento, cadastro, classificação do risco gestacional, exame físico, verificação de sinais vitais, solicitação de exames, prescrição de medicamento, imunização, avaliação do estado nutricional, realização de práticas educativas e de orientações, visita domiciliar, acompanhamento periódico e nas urgências, atendimento no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

Ao prestar o cuidado, a enfermeira tem responsabilidade com o registro de dados para garantir o acompanhamento e monitoramento da gestante durante o pré-natal. Isso porque é essencial o registro de dados e informações em prontuário, cartão da gestante e no sistema nacional para a condução e avaliação dos atendimentos a este grupo de atenção

(BRASIL, 2012). Assim é possível analisar a atuação profissional e promover cuidados baseados em evidências recomendadas para mulheres grávidas (NICE, 2008).

Sendo a enfermeira como participante ativa no cuidado às gestantes de risco habitual é fundamental seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas (PEREIRA; BACHION, 2005). É nesse sentido que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas se sustenta ao apresentar um processo de enfermagem estruturado em um caminho que orienta a atuação da enfermeira diante do atendimento a um paciente. É nessa estrutura que está descrita a inevitável identificação de problemas e por trás destes as necessidades de um paciente. Para as gestantes, as necessidades estão elencadas a partir dos protocolos nacionais e mundiais ao descreverem evidências em relação a condutas, observações, orientações, prescrições, avaliações. São rotinas pré-estabelecidas e que vão ao encontro de grande parte das necessidades de uma gestante e se constituem em estratégia para a redução da morbimortalidade materna. Isto porque necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto e se este se prolonga desencadeia doença (HORTA, 1979).

As necessidades descritas por Wanda de Aguiar Horta vão ao encontro do detalhamento de ações e observações baseadas em evidências que devem ser realizadas no pré-natal. A gestante tem necessidade de exames, procedimentos, avaliações, observações, informações/orientações e condutas da enfermeira que lhe está prestando o cuidado. Diante disso, entende-se que as gestantes terão a necessidade terapêutica, bem como necessidades de: nutrição, eliminação, segurança e atenção, integridade cutâneo-mucosa, aceitação, auto-realização e auto-imagem, sexualidade, sono e repouso, integridade física e regulação eletrolítica (HORTA, 1979).

A existência da teórica brasileira Wanda de Aguiar Horta - que sistematizou o cuidado de enfermagem mediante as necessidades humanas básicas diagnosticadas pela enfermeira, a importância do pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde, a autonomia técnica da enfermeira para realizar consulta de pré-natal às mulheres de risco habitual - definiu-se como pergunta de pesquisa: Quais as necessidades das mulheres de risco habitual que foram registradas pela enfermeira que realizou pré-natal?

O estudo foi desenvolvido com o objetivo de sistematizar as necessidades de cuidado registrados pela enfermeira que realizou o pré-natal em um município catarinense.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado em um município de médio porte no Estado de Santa Catarina, onde anualmente ocorrem cerca de 3.000 (três mil) nascimentos (SINASC, 2013). A coleta de dados foi realizada nos registros dos prontuários de gestantes atendidas por enfermeiras que iniciaram e finalizaram o acompanhamento pré-natal no ano de 2014. Os dados foram coletados a partir da relação de gestantes de 7 (sete) Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF), localizadas em 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A amostra (n) da pesquisa de característica não probabilística, com amostragem por acessibilidade e intencionalidade totalizou 29 (vinte e nove) gestantes. Estas foram incluídas no estudo por iniciarem e finalizarem o pré-natal no ano de 2014, com no mínimo uma consulta da enfermeira em cada trimestre gestacional e que não tivesse sido classificada com alto risco em nenhum momento da gestação.

A coleta de dados foi realizada em maio e junho de 2015 adotando formulário específico. As variáveis estão relacionadas à identificação da gestante e aos dados do cuidado. Na identificação foram coletados os dados relativos à idade, escolaridade e histórico das gestações anteriores. Para dados do cuidado, os prontuários foram verificados a fim de identificar as ações que foram ou não registradas pelas enfermeiras em suas consultas, totalizando N=87 (vinte e nove respostas em cada um dos três trimestres) que representa o número de respostas para uma mesma questão considerando que os dados foram obtidos dos três trimestres gestacionais.

As variáveis foram previamente classificadas em necessidade terapêutica e ainda necessidades de: nutrição, eliminação, segurança e atenção, integridade cutâneo-mucosa, aceitação, autorrealização e autoimagem, sexualidade, sono e repouso, integridade física e regulação eletrolítica.

Para tanto, adotou-se como referencial teórico para sistematização dos dados a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta a qual descreve necessidades que devem ser investigadas e reconhecidas pela enfermeira na prática profissional e que, para este estudo, foram adaptadas às rotinas da consulta pré-natal,

também descritas em protocolos nacional e internacional (NICE, 2008; BRASIL, 2012).

Os dados foram sistematizados utilizando o programa Microsoft Excel versão 2007 e realizado estatística descritiva através de frequência relativa e absoluta.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pois a mesma é parte integrante do Macro Projeto intitulado “Gestão em Rede: prevenção da mortalidade materna e neonatal”, além de cumprir com os aspectos éticos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Ainda, o estudo teve autorização da instituição participante.

RESULTADOS

Do total de gestantes incluídas na pesquisa, a média de idade foi de 25,2 anos, com desvio padrão de 6,1. Em relação à escolaridade, dentre os registros obtidos 18 (62%) cursaram ensino médio, 7 (24%) o ensino fundamental, 1 (3%) não sabe ler ou escrever. Em relação ao histórico de gestações anteriores, 13 (45%) gestantes não tiveram nenhuma gestação anterior e 16 (55%) tiveram ao menos uma gestação anterior que resultaram em partos, e 27 (67%) foram partos vaginais, 3 (8%) cesárea e 10 (25%) abortos. Não foi encontrado registro de nascimento de bebê com menos de 2.500 (dois mil e quinhentos) gramas e 1 (3%) registro de bebê nascido com mais de 4.000 (quatro mil) gramas. Foi identificado uma (3%) gestante com diabetes gestacional e uma (3%) com doença hipertensiva. Não houve registro de eclâmpsia em gestação anterior.

Os dados acerca do cuidado classificados em necessidade terapêutica, representaram a solicitação de exames, a prescrição de medicamentos, a observação/atualização do calendário vacinal, a determinação da idade gestacional, a verificação de altura uterina e dos batimentos cardíacos fetais

No primeiro trimestre, para as 29 (100%) gestantes a enfermeira solicitou exames laboratoriais (tipagem sanguínea, sorologia para Lues (VDRL), Anti-HIV, parcial de urina, urocultura, hemograma, glicemia em jejum, sorologia para rubéola, sorologia para HbsAg, sorologia para toxoplasmose IgG e IgM). Em relação aos medicamentos, 26 (90%) receberam a prescrição de sulfato ferroso e 22 (76%) de ácido fólico 5 mg nesse mesmo trimestre gestacional. A determinação da idade gestacional foi realizada para 28 (97%) das gestantes e para 22 (76%) foi feita a observação/atualização do calendário vacinal.

No segundo trimestre, os exames VDRL, parcial de urina, urocultura e curva glicêmica foram solicitados para 26 (90%) e o hemograma para 27 (93%).

A determinação da idade gestacional foi registrada em 29 (100%) gestantes na consulta do segundo trimestre. E a verificação de altura uterina foi realizada em 27 (93%) das gestantes e o batimento cardíaco fetal em 28 (97%).

No terceiro trimestre os exames solicitados foram VDRL, anti-HIV, parcial de urina, urocultura, hemograma para as 29 (100%) gestantes, sorologia para HBSAG e toxoplasmose IgM para 23 (79%) e bacterioscopia de secreção vaginal e cultura para estreptococo B-hemolítico para uma (3%). Todas tiveram a idade gestacional determinada em consulta nesse trimestre, e para 28 (97%) foi realizada a verificação de altura uterina e batimento cardíaco fetal.

Os dados referentes às necessidades de segurança, atenção e aceitação, autorrealização e autoimagem foram representados, respectivamente, por sintomas relacionados à gestação (náusea, vômito, dor abdominal, corrimento vaginal, pirose, hemorroidas, varicosidades, dor lombar, cefaleia, síncope, sangramento), e pelo estado emocional (manifestações de choro, baixa estima, recusa ao companheiro, aceitação à gravidez, dentre outros). Estes foram coletados a partir dos registros em cada trimestre gestacional para a sistematização de resultados.

Registros sobre sangramento e corrimento vaginal no terceiro trimestre foram identificados em 53% (cinquenta e três por cento) e 51% (cinquenta e um por cento) dos prontuários, respectivamente. Náusea foi verificada em 20% (vinte por cento), dor abdominal em 17% (dezessete por cento), dor lombar em 15% (quinze por cento) e vômito em 14% (quatorze por cento). Os demais tiveram frequência de registro inferior, sendo cefaléia e pirose em 8% (oito por cento) e 7% (sete por cento) em relação ao estado emocional. Contudo, para alguns sintomas não houve nenhum registro nos três trimestres gestacionais sendo estes: síncope, hemorróida e varicosidades.

Ainda relacionados às necessidades de segurança e atenção foi verificado registros acerca da presença ou estímulo para a participação do acompanhante nas consultas de enfermagem. Entretanto, em relação à participação não foi encontrado nenhum registro nos três trimestres, e para o estímulo verificou-se um registro em consultas de primeiro e terceiro trimestre.

Como necessidade de regulação eletrolítica foram coletados dados sobre o registro da aferição de pressão arterial e da pesquisa de

edema. Em todas as consultas da enfermeira, a aferição de pressão arterial foi registrada. Já a verificação de edema foi realizada em 14 (16,09%) atendimentos ao longo do acompanhamento pré-natal nos três trimestres.

A verificação de peso foi realizada em todas as consultas em todos os três trimestres, e a verificação de altura foi aferida no primeiro trimestre gestacional para um total de 28 (97%) gestantes. Estes dois procedimentos representaram a necessidade de nutrição juntamente com o registro de investigação dos hábitos alimentares para 14 (48%) gestantes no primeiro trimestre.

Como necessidade de integridade física, foram pesquisados registros acerca de hábitos como, tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas. No primeiro trimestre, a investigação do tabagismo ocorreu nos atendimentos para 19 (66%) gestantes, o uso de álcool para 18 (63%) e drogas ilícitas para 15 (52%). Nos demais trimestres gestacionais não houve registro sobre este tipo de investigação na consulta de enfermagem.

Acerca da necessidade de sexualidade não houve nenhum registro nos trimestres gestacionais dentre todas as gestantes incluídas na pesquisa. Semelhante foram os achados para a necessidade de sono e repouso, com um registro no segundo e terceiro trimestre.

Para necessidade de eliminação - que abrangeu a identificação de registros de queixas como disúria, polaciúria, hematúria, diarreia e constipação - não houve registros no primeiro trimestre, 1 (3%) registro de eliminação vesical em atendimento no segundo trimestre e 2 (7%) no terceiro trimestre juntamente com 1 (3%) de eliminação intestinal.

Ainda, a necessidade de integridade cutâneo-mucosa, representada pela inspeção de pele e mucosas foi identificada nos atendimentos de 4 (25%) gestantes no primeiro trimestre, 3 (10%) no segundo e 3 (10%) terceiro trimestre.

DISCUSSÃO

A atuação da enfermeira no pré-natal requer conhecimento clínico para desenvolver suas atividades de forma autônoma no acompanhamento de gestantes. A consulta de enfermagem se constitui como ferramenta para a identificação, avaliação e conduta de ações e procedimentos que visam à saúde materno-infantil. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação com o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde

materna (BRASIL, 2012). É através da discussão com a enfermeira que a gestante obtém informações que necessita (GRIMES et al., 2014).

Para tanto, são necessários os registros do pré-natal para a obtenção de informações acerca do cuidado (NICE, 2008). Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, possibilitam o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, mediante a coleta e a análise dos dados obtidos em cada consulta (BRASIL, 2012). Tais informações servem para avaliar o cuidado, que na gestação, principalmente no primeiro trimestre, representam indicador maior da qualidade dos cuidados (grau de recomendação B) (BRASIL, 2012).

Os registros de sintomas relacionados à gestação, representando a necessidade de segurança e atenção, e as necessidades de eliminação, tiveram frequência máxima de 53% (cinquenta e três por cento) e mínimas em que não foram identificados registros nas consultas de enfermagem durante os trimestres gestacionais. Diante dos protocolos utilizados (BRASIL, 2012; NICE, 2008), verifica-se que os registros sobre os procedimentos na consulta da enfermeira encontrados são menos frequentes que o indicado, podendo ter ocorrido, mas a mesma não efetuou o registro.

Na primeira consulta a gestante deverá ser questionada sobre, por exemplo, a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas (grau de recomendação D) (BRASIL, 2012). A identificação de sintomas relacionados à gravidez pela enfermeira representa atuação autônoma porque muitas vezes o alívio não está associado a tratamentos medicamentosos ou procedimentos médicos (NICE, 2008).

Para náusea e vômito, a gestante deve ser informada que na maior parte dos casos há a resolução espontânea no período de 16 (dezesesseis) a 20 (vinte) semanas de gravidez. Como forma de alívio, o uso de gengibre e acupuntura são métodos não farmacológicos que reduzem os sintomas (recomendação A) (NICE, 2008).

Para pirose, constipação e hemorroidas, a mulher deverá ser informada sobre modificação na dieta alimentar. Em relação às varizes, o uso de meias de compressão podem melhorar os sintomas, e juntamente a mulher deverá receber informações e avaliação clínica. O corrimento vaginal, como um sintoma relacionado à gestação, deve ser compreendido pela mulher e lhe devem ser fornecidas informações e, em alguns casos, se necessário, cremes vaginais (NICE, 2008).

Diante da queixa de dor nas costas, a mulher deve ser incentivada a realizar exercícios na água, massagem terapêutica ou participar de

grupos sobre o cuidado com a coluna que minimizem a dor durante a gestação (recomendação A) (NICE, 2008)

O estudo demonstrou que há uma frequência de registros menor que 20% (vinte por cento) para os sintomas: náusea, vômito, dor abdominal, cefaleia, síncope, pirose, hemorroidas, varicosidades e dor lombar; e cerca de 50% (cinquenta por cento) para sangramento e corrimento vaginal. Diante de evidências que apontam alternativas não medicamentosas e a importância das informações enquanto um cuidado e a enfermeira com seu papel definido na atenção ao pré-natal sugere-se que os registros acerca desses sintomas deveriam ser rotineiros com frequências superiores às encontradas. Isso porque as investigações se fazem necessárias como forma de diminuir a ansiedade da mulher e de seu companheiro, além de favorecer a identificação de situações de risco gestacional (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a necessidade de aceitação, autorrealização e autoimagem obtida nos registros acerca do estado emocional da gestante, destaca que são comuns as variações emocionais estando estas relacionadas às mudanças hormonais, preocupações com o nascimento e o bem-estar do bebê, bem como com sintomas relacionados à gestação (NICE, 2008). Ainda, cabe ao profissional investigar a aceitação da gravidez no primeiro atendimento como um item da história clínica atual (BRASIL, 2012), e que dessa maneira possibilita obter informações importantes para desfechos maternos e neonatais.

A busca por registros sobre a necessidade de sexualidade se fez importante, pois as gestantes devem ser informadas que a relação sexual durante a gestação não está associada a complicações (NICE, 2008). A sexualidade é um item de investigação na primeira consulta pré-natal uma vez que pode suscitar dúvidas ou a necessidade de esclarecimentos (BRASIL, 2012). Porém, pela não identificação de registros sobre essa necessidade nos três trimestres gestacionais pode demonstrar que não foi realizado pela enfermeira.

Como necessidade terapêutica para esta pesquisa, elegeu-se a prescrição dos medicamentos: ácido fólico e ferro, os quais têm por objetivo suprir tanto a necessidade da mulher quanto do bebê em desenvolvimento (PEÑA-ROSAS et al., 2012). Para avaliação das prescrições, evidências apontam que o ácido fólico deve ser prescrito para todas as gestantes até 12 (doze) semanas (recomendação A), já a prescrição de sulfato ferroso não deve ser feita de forma rotineira, somente com indicação a partir de sua dosagem sanguínea e avaliação clínica (recomendação A) (NICE, 2008; BRASIL, 2012). Com os dados deste estudo, identificam-se incoerências se comparados às evidências

anteriormente apresentadas, uma vez que o sulfato ferroso teve uma frequência de prescrição maior que o ácido fólico, caracterizando que não houve registro da prescrição deste para todas as gestantes no primeiro trimestre.

Para sistematização da necessidade terapêutica em relação à solicitação de exames, utilizou-se o protocolo nacional (BRASIL, 2012) visto que se identificaram diferenças em relação ao protocolo internacional (NICE, 2008) quanto aos tipos de exames requeridos por trimestre gestacional, uma vez que estão associados a características locais e populacionais. O estudo demonstrou que, no primeiro trimestre, foram solicitados os exames: tipagem sanguínea, sorologia para Lues (VDRL), Anti-HIV, parcial de urina, urocultura, hemograma, glicemia em jejum, sorologia para HbsAg, sorologia para toxoplasmose IgG e IgM, para todas as gestantes. Igualmente encontrou-se registro de solicitação de sorologia para rubéola, em todos os prontuários, sendo que no protocolo brasileiro a recomendação é de que sejam estes exames solicitados para mulheres em risco de contrair infecção e possibilitar vacinação no período pós-natal, protegendo gestações futuras (BRASIL, 2012). No segundo trimestre, foram solicitados VDRL, parcial de urina, urocultura e curva glicêmica e hemograma para uma frequência discretamente menor que o total de gestantes do estudo. Dentre esses, a curva glicêmica é necessária para valores de glicemia em jejum igual ou maiores que 85 mg/dl no rastreamento do primeiro trimestre. Os demais exames não são requerimentos nesse trimestre (BRASIL, 2012).

No terceiro trimestre, a solicitação dos exames VDRL, anti-HIV, parcial de urina, urocultura, hemograma para todas as gestantes caracterizam adequação à rotina pré-natal (BRASIL, 2012). A sorologia para HbsAg e toxoplasmose IgM tiveram frequência inferior, identificados em 23 (vinte e três) prontuários, sendo o primeiro uma rotina de rastreamento; e o segundo, um requerimento quando o resultado for negativo para toxoplasmose IgG no primeiro trimestre. A bacterioscopia de secreção vaginal e cultura para estreptococo B-hemolítico foram solicitadas somente para uma gestante. Contudo, a solicitação desses exames não demonstram evidências na diminuição do risco de parto prematuro e de sua efetividade clínica, respectivamente (BRASIL, 2012).

Ainda consideradas como necessidade terapêutica, a determinação da idade gestacional, a verificação de altura uterina e do batimento cardíaco fetal foram identificados em registros com uma frequência igual ou superior a 93% (noventa e três por cento) nos três trimestres gestacionais. Considera-se que a idade gestacional deve ser

calculada a partir da primeira consulta pré-natal, quando da investigação da história clínica e os demais controles materno e neonatal iniciam a partir da 12^a semana e nas consultas subsequentes (BRASIL, 2012).

Em relação às necessidades de regulação eletrolítica, de nutrição e de integridade cutâneo-mucosa, estas são apresentadas em protocolos como componentes do primeiro atendimento às gestantes. Ou seja, na primeira consulta pré-natal o exame físico deve compreender a verificação de: peso, altura, pressão arterial (NICE, 2008), avaliação de mucosas (BRASIL, 2012). Nas consultas subsequentes, além das verificações já mencionadas, é imprescindível medir altura uterina, existência de edema e ausculta de batimentos cardíacos fetais (BRASIL, 2012). Contudo, os dados do estudo revelam que os procedimentos não foram registrados pelas enfermeiras possibilitando a dúvida se o foram realizados.

Cabe destacar que mesmo o edema não sendo mais considerado o critério principal para diagnóstico da doença hipertensiva na gestação, ele possibilita detectar precocemente a ocorrência de edema patológico (grau de recomendação C) (NICE, 2008; BRASIL, 2012). Porém, de igual forma, observou-se que esta avaliação não foi registrada ou não ocorreu em todas as consultas de enfermagem.

Outro dado a se ressaltar é a inexistência de registros acerca da presença do companheiro, considerado no Brasil um dos componentes para o pré-natal de qualidade na atenção primária. O benefício com a participação do companheiro está diretamente ligado ao sentimento de segurança da gestante e seu envolvimento favorece a reflexão e o diálogo sobre o período gravídico e as mudanças com a chegada de um filho (BRASIL, 2012). Portanto, o estímulo à participação também se caracteriza como componente da atenção ao pré-natal, opondo-se aos resultados dessa investigação em que foram encontrados um registro no segundo e terceiro trimestre.

Acerca das necessidades de integridade física que consistiu nos registros de investigação de hábitos como tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas, identificou-se frequência maior que 50% (cinquenta por cento) nos atendimentos no primeiro trimestre, o que não foi identificado nos atendimentos de segundo e terceiro trimestre. Mulheres com esses hábitos necessitam de cuidado adicional no pré-natal diante de efeitos adversos, conhecidos ou não, ao bebê e a sua própria saúde (NICE, 2008). Portanto, a investigação desses hábitos deve ser elemento presente nas consultas de pré-natal em todo o período gestacional.

A baixa frequência ou inexistência de registros acerca de diversas necessidades investigadas no estudo não permitem que seja evidenciada

a realização destes pela enfermeira. Achados do estudo, portanto, vão de encontro ao indicado em estudos nacionais e internacionais em que a enfermeira possui papel estratégico no cuidado pré-natal (BRASIL, 2012; NICE, 2008).

Mencionada função é exercida de forma independente pela enfermeira, caracterizando uma participação autônoma no acompanhamento pré-natal. Objetiva a promoção da saúde materna através de sua competência técnica e interesse pelo cuidado da gestante que se dará pelas ações descritas nos protocolos e que fornecem subsídio para sua atuação. Portanto, exerce sua prática profissional na direção de mudanças concretas na saúde da mulher grávida (BRASIL, 2012).

CONCLUSÃO

Foram identificados registros acerca das diversas necessidades das gestantes quando do cuidado da enfermeira nas consultas de vinte e nove gestantes, nos três trimestres gestacionais. Porém, os registros como foram realizados possibilitam subentender que as gestantes não foram atendidas em todas as suas necessidades humanas básicas. Foi observada falta de registro e isto significa necessidade de melhorar o acompanhamento da gestante, pois o registro é parte do cuidado e se constitui em sinalizador das particularidades e singularidades de cada mulher.

Entretanto, os registros das consultas revelam que a enfermeira exerceu autonomia técnica no cuidado pré-natal utilizando informações, realizando prescrições e procedimentos, e em sua maioria estes foram ao encontro das necessidades das mulheres. Além disso, os dados registrados demonstram que a autonomia técnica da enfermeira é sustentada em evidências científicas que fundamentam as normas do Ministério da Saúde e os protocolos definidos, haja vista que a enfermeira, no cuidado pré-natal, utiliza informações, prescrições e procedimentos.

Sistematizar os dados registrados pelas enfermeiras que realizaram consulta de pré-natal à luz de Wanda de Aguiar Horta resultou também em observar as temáticas dos protocolos mais exploradas pelas enfermeiras.

O estudo exploratório realizado tem como uma de suas limitações a impossibilidade de comparabilidade. Porém, estudos exploratórios são indicativos para outros estudos, sendo importante ressaltar que não foi encontrado, na literatura consultada, trabalho publicado por Wanda de Aguiar Horta aplicado a enfermagem no pré-natal. Por isto mesmo, se

de um lado há a limitação porque não conta-se com a possibilidade de comparação e há por outro uma oportunidade para aplicar uma teoria que emerge na realidade brasileira e explorar sua aplicação na consulta de pré-natal.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, E. N.; NUNES, A. M. P. Conforto em enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.7, n.2, p.93-110, mai/ago. 1998.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 08 de junho de 2000, seção 1, p. 4. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.** Brasília: Editora MS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

_____. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 27 de julho de 2011, seção 1, p. 109. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32 – atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília: Ipea, 2014. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoDM.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a16.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

GRIMES, H. A. et al. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. **Midwifery**, Issue 30, n. 1, p. e26–e33, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813002994>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B256SlwXERmvZWlyYjIyYWQtZmQzMjY2MzLWlyZTQtOTcyZTEzZGI2MDIx/view?ddrp=1&hl=pt_BR&pli=1>. Acesso em 10 jun. 2014.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman**. London: NICE, 2008. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

PEÑA-ROSAS, J. P. et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. The **Cochrane Library**. Issue 12, Art n° CD004736, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233117/>>. Acesso em 31 ago. 2015.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 659-664, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2015.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência Pré-natal: Satisfação e Expectativas. **Rev. Rene.**, Fortaleza,

v. 11, número especial, p. 61-71, 2010. Disponível em:
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/461/pdf>>. Acesso em 10 ago. 2015.

SILVA, R. M. et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 635-642, mar. 2012.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). DATASUS. Nascidos vivos – Santa Catarina. 2013.
Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>>.
Acesso em: 15 nov. 2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é um período que requer atenção profissional para o acolhimento da mulher, realização de procedimentos, vigilância de problemas e intervenções visando desfechos maternos e perinatais favoráveis. Considera-se que o cuidado da enfermeira no pré-natal, revelado pelos dados registrados, foi insuficiente para o atendimento das necessidades básicas das gestantes. Portanto, não se pode afirmar que as gestantes foram atendidas integralmente nas suas necessidades humanas básicas considerando que o registro é parte do cuidado prestado às mulheres.

A enfermeira, enquanto integrante da EqESF e sua atribuição pelo acompanhamento das gestantes de risco habitual, precisa ter um posicionamento ativo no cuidado pré-natal, com alcance nas especificidades e singularidades que são características de uma mulher em período gravídico. Com autonomia para a realização do pré-natal, a enfermeira deve assumir seu espaço e diferenciar sua atuação dos demais profissionais, prestando o cuidado de modo peculiar e proceder a registros que revelem uma prática adequada.

O cuidado pré-natal realizado pela enfermeira é respaldado legalmente pela Lei do Exercício Profissional, bem como destacada em protocolos nacional e internacional que orientam a atenção à mulher grávida de risco habitual. Dessa maneira evidencia-se o corpo de conhecimento da enfermeira no cuidado às gestantes do qual se origina a autonomia profissional e seu papel como membro de uma equipe de saúde.

A abordagem teórica, utilizando Florence Nightingale e Wanda de Aguiar Horta, favoreceu aproximar conceitos de autoras de épocas diferentes, e demonstrar que a sistematização do cuidado de enfermagem deve ser fundamentado teoricamente. O conhecimento construído e descrito em suas obras pode ser empregado por qualquer enfermeira em sua prática diária especialmente, conforme se demonstra neste estudo, no cuidado às gestantes de risco habitual. Ambas indicaram que as necessidades dos pacientes são foco de atenção da enfermeira que deve estar comprometida profissionalmente e sensivelmente com o cuidado.

Acrescentar aos estudos de prática clínica as pesquisas sobre as características da enfermeira possibilita conhecer parte de sua história na profissão, suas atividades no pré-natal, além de características financeiras e de formação. Assim, a avaliação da assistência da enfermeira por si só pode ficar incompleta se não reconhecermos quem

a está executando e identificar possíveis fragilidades e potencialidades que influenciam no cuidado prestado.

Portanto, a realização de pesquisas dessa natureza necessita ser continuamente executada, assim os estudos exploratórios sobre a prática de cuidar realizada pela enfermeira, embora tenha como limitação a impossibilidade de comparabilidade, mas não é impeditivo de reconhecer a oportunidade para aplicar uma teoria que emerge na realidade brasileira e explorar sua aplicação na consulta de pré-natal.

A atuação da enfermeira no pré-natal deve garantir para as gestantes uma adequada atenção, e também preservar, na prática, os compromissos definidos na legislação e também nos protocolos. A realização de procedimentos, prescrições, orientações, avaliações e registros se constituem como ações essenciais no cuidado às gestantes. Portanto, a enfermeira deve exercer sua autonomia técnica no atendimento de gestante, promovendo cuidado específico a partir de uma fundamentação teórica, próprio da profissão, bem como cumprir com as responsabilidades que lhe foram confiadas pela sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. N. et al. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 132-141 jul-set 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2052/pdf_831>. Acesso em: 02 out. 2015.
- ARRUDA, E. N.; NUNES, A. M. P. Conforto em enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.7, n.2, p.93-110, mai/ago. 1998.
- ARZUAGA-SALAZAR, M. A.; SOUZA, M. L.; BUB, M. B. C. Contribuições da Enfermagem na Detecção precoce do câncer de colo uterino: revisão sistemática. In: CONFERENCIA IBERO AMERICANA DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, XI; ENCONTRO LATINO AMERICA-EUROPA DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, III; SIMPÓSIO DE INVESTIGAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, IV e ENCONTRO DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM, II, 2011, Coimbra. **Referência – Revista de Enfermagem**. Coimbra: ESENFEC, 2011. v. Supl. p. 89-89.
- BARBARO, M. C.; LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da atenção primária à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, jan.-fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00108.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 26 de junho de 1986, Seção 1, p. 9.273. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.
- _____. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 08 de junho de 2000, seção 1, p. 4. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora MS, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

_____. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 27 de julho de 2011, Seção 1, p. 109. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32 – atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoO DM.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

CORREA, M. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-024.pdf>. Acesso 13 jan 2015.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery Ver Enferm.**, v. 13, n. 1. jan-mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2014.

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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso 13 jan 2015.

DOTTO, L. M. G.; MOULIN, N. M.; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 5, p. 682-688, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a07.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a16.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 19, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n1/art_11.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2014.

ESPIRITO SANTO, F. H. do; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a25.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2014.

FARR, W. Directions respecting the registration of the causes of deaths. **The Lancet**, London, v. 40, issue 1028, p. 236-237, 1843 pages.

Disponível em:

<https://play.google.com/store/books/details?id=F_sBAAAAYAAJ&rdi d=book-F_sBAAAAYAAJ&rdot=1>. Acesso em 10 dez. 2015.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. **Epidemiologia clínica**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GREENBERG, R. S et al. **Epidemiologia clínica**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HAAS, D. M.; TILL, S. R.; EVERETTS, D. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 6, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009916/epdf>>. Acesso 08 jun 2014.

HASS, C.N.; TEIXEIRA, L.B.; BEGHETTO, M.G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre , v. 34, n. 3, p. 22-30, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a03v34n3.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

HEAMAN, M. I. et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, p.188, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-188.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

HORTA, V. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B256SlwXERmvZWlYyYjIyYWQtZmQzMmI00Y2MzLWIyZTQOTcyZTEzZGI2MDIx/view?ddrp=1&hl=pt_BR&pli=1>. Acesso em 10 jun. 2014.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso 06 abr 2015.

ITAJAÍ. Estratégia Saúde da Família. **Secretaria de Saúde**. Disponível em: <<http://saude.itajai.sc.gov.br/c/estrategia-saude-da-familia>>. Acesso em: 20 set. 2015.

LAUTERT, L.; DAL PAI, D. ; RAMOS, F. R. S. . Metodología de los estudios exploratorios en investigación de enfermería. In: PRADO, M. L. do; SOUZA, M. de L. de; MONTICELLI, M.; COMETTO, M. C.; GÓMEZ, P. F. (Org.). **Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica**. 10 ed. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 2013, v. 10, p. 3-253.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, suppl.1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 672-678, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a10.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

LUCENA, I. C. D.; BARREIRA, I. A.. Revista enfermagem em novas dimensões: Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem (1975-1979). **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 534-540, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/15.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

MARTINS, H. E. L. **Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto**. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Sistema de informação pré-natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev. bras. enferm.**,

Brasília , v. 63, n. 3, jun. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a06v63n3.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 266-73, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n2/04.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2015.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman**. London: NICE, 2008. Disponível em:
<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: what it is, what is not. New York: D. Appleton and company 72 Fifth Avenue, 1898. Disponível em:
<<http://www.gutenberg.org/cache/epub/12439/pg12439-images.html>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

OLIVEIRA, R. L. A. de. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Ribeirão Preto , v. 21, n. 2, p. 546-553, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

PADILHA, M. I.; NELSON, S.; BORENSTEIN, M. S. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. **Hist. cienc. saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.241-252. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/13.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

PFETTSCHER, S. A. et al. Florence Nightingale. La enfermería moderna. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, R. M. Editores. **Modelos y teorías en enfermería**. 4. ed. Madrid: Editorial Harcourt Brace, 1999. p. 69-85.

PIMIENTO, S. E. de. Enfermería: el arte y la ciencia del cuidado. In: HEREDIA, L. P. D. **La investigación y el cuidado en America Latina**.

1. ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2005. p. 67.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RENFREW, M. J. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **Lancet**. London, issue. 384, p.1129-45, aug. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614607893>>. Acesso em: 14 dez 2014.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n.5, p.1041-1047, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>>. Acesso 08 jun 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). DATASUS. Nascidos vivos – Santa Catarina. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

SOUZA, M. de L. de. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

SUCCI, R. C. M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 986-992, dez. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_08.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería**. 4ª ed. Madrid: Harcourt, 1999.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, suppl.1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates**. Geneva, p. 59, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>>. Acesso em: 09 dez. 2015.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
SOBRE O CUIDADO****Seção 1 - Identificação da gestante**

Nome: _____

1.1 **Idade:** [__ __] (anos)**1.2 Escolaridade**

- (0) Não sabe ler e escrever
- (1) Ensino fundamental
- (2) Ensino médio
- (3) Ensino superior
- (4) Não informado/registrado no prontuário

1.3 Histórico das gestações anteriores

(1) Parto(s) vaginal(is)

(a) Sim (b) Não (c) Se sim, quantidade [__] (d) Não informado/registrado no prontuário

(2) Cesárea(s)

(a) Sim (b) Não (c) Se sim, quantidade [__] (d) Não informado/registrado no prontuário

(3) Aborto(s)

(a) Sim (b) Não (c) Se sim, quantidade [__] (d) Não informado/registrado no prontuário

(4) Filho(s) nascido(s) com menos de 2.500 gr

(a) Sim (b) Não (c) Se sim, quantidade [__] (d) Não informado/registrado no prontuário

(5) Filho(s) nascido(s) com mais de 4.000 gr

(a) Sim (b) Não (c) Se sim, quantidade [__] (d) Não informado/registrado no prontuário

- (6) Diabetes gestacional
(a) Sim (b) Não (c) Não informado/registrado no prontuário
- (7) Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
(a) Sim (b) Não (c) Não informado/registrado no prontuário
- (8) Pré-eclâmpsia
(a) Sim (b) Não (c) Não informado/registrado no prontuário
- (9) Eclâmpsia
(a) Sim (b) Não (c) Não informado/registrado no prontuário

Seção 2 - Dados sobre o cuidado no primeiro trimestre

Necessidade terapêutica

2.1 Solicitação de exames laboratoriais

- (1) Tipagem sanguínea (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (2) Sorologia para Lues (VDRL) (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (3) Anti-HIV (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (4) Parcial de urina (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (5) Urocultura (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (6) Antibiograma (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (7) Hemograma (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (8) Glicemia em jejum (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (9) Sorologia para rubéola (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (10) Sorologia para HbsAg (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
- (11) Sorologia Toxo (IgG e IgM) (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.2 Prescrição de medicamentos

- (1) Ácido fólico (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(2) Sulfato ferroso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.3 Determinação Idade Gestacional (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não inf.

2.4 Imunização tétano e hepatite B (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não inf.

Necessidade de nutrição

2.5. Verificação do peso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.6. Verificação a altura (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.7. Hábitos alimentares (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de eliminação

2.8 Vesical (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.9 Intestinal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de segurança e atenção

2.10 Participação companheiro, amigo, familiar

(a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não informado

2.11 Estímulo participação companheiro, amigo, familiar

(a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não informado

2.12 Pesquisa de sintomas relacionados a gestação

(1) náuseas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(2) vômitos (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(3) dor abdominal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(4) cefaléia (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(5) síncope (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(6) sangramento (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(7) corrimento vaginal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(8) pirose (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

- (9) hemorróidas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(10) varicosidades (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(11) dor lombar (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de integridade cutâneo-mucosa

- 2.13 Inspeção da pele e mucosas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de aceitação, auto-realização e auto-imagem

- 2.14 Observação estado emocional (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de sexualidade

- 2.15 Sexualidade (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de sono e repouso

- 2.16 Avaliação do sono e repouso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de integridade física

- 2.17 Investigação de hábitos
(1) Tabaco (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(2) Álcool (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(3) Drogas Ilícitas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de regulação eletrolítica

- 2.18 Pesquisa de edema (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
2.19 Aferição pressão arterial (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Seção 3 - Dados sobre o cuidado no segundo trimestre

Necessidade terapêutica

3.1 Solicitação de exames laboratoriais

- (1) Sorologia para Lues (VDRL) (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(2) Parcial de urina (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(3) Urocultura (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(4) Antibiógrama (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(5) Hemograma (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(6) Curva glicêmica (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
(7) Coombs indireto (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

3.2 Solicitação exame de imagem (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

3.3 Colpocitologia oncótica (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

3.4 Prescrição Sulfato ferroso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

3.5 Determinação IG (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

3.6 Verificação altura uterina (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

3.7 Verificação BCF (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

3.8 Imunização tétano e hep B (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de nutrição

2.5. Verificação do peso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.6. Verificação a altura (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.7. Hábitos alimentares (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de eliminação

2.8 Vesical (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.9 Intestinal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de segurança e atenção

2.10 Participação companheiro, amigo, familiar

- (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não informado

2.11 Estímulo participação companheiro, amigo, familiar

(a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não informado

2.12 Pesquisa de sintomas relacionados a gestação

- | | |
|------------------------|--|
| (1) náuseas | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (2) vômitos | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (3) dor abdominal | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (4) cefaléia | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (5) síncope | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (6) sangramento | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (7) corrimento vaginal | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (8) pirose | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (9) hemorróidas | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (10) varicosidades | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (11) dor lombar | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |

Necessidade de integridade cutâneo-mucosa

2.13 Inspeção da pele e mucosas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de aceitação, auto-realização e auto-imagem

2.14 Observação estado emocional (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de sexualidade

2.15 Sexualidade (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de sono e repouso

2.16 Avaliação do sono e repouso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de integridade física

2.17 Investigação de hábitos

- (1) Tabaco (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (2) Álcool (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (3) Drogas Ilícitas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de regulação eletrolítica

- 2.18 Pesquisa de edema (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 2.19 Aferição pressão arterial (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Secção 4 - Dados sobre o cuidado no terceiro trimestre**Necessidade terapêutica**

4.1 Solicitação de exames laboratoriais

- (1) Sorologia para Lues (VDRL) (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (2) Anti-HIV (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (3) Parcial de urina (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (4) Urocultura (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (5) Antibiograma (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (6) Hemograma (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (7) Sorologia HbsAg (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (8) Sorologia Toxo (IgM) (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.
 (9) Bacterioscopia secreção vaginal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
 (d) Não informado
 (10) Cultura Estreptococo B-Hemolítico (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
 (d) Não informado

4.2 Prescrição Sulfato ferroso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

4.3 Determinação IG (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

4.4 Verificação altura uterina (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

4.5 Verificação BCF (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

4.6 Imunização tétano e hep B (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de nutrição

2.5. Verificação do peso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.6. Verificação a altura (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.7. Hábitos alimentares (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de eliminação

2.8 Vesical (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.9 Intestinal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de segurança e atenção

2.10 Participação companheiro, amigo, familiar

(a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não informado

2.11 Estímulo participação companheiro, amigo, familiar

(a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não informado

2.12 Pesquisa de sintomas relacionados a gestação

(1) náuseas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(2) vômitos (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(3) dor abdominal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(4) cefaléia (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(5) síncope (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(6) sangramento (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(7) corrimento vaginal (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(8) pirose (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(9) hemorróidas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(10) varicosidades (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

(11) dor lombar (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de integridade cutâneo-mucosa

2.13 Inspeção da pele e mucosas (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de aceitação, auto-realização e auto-imagem

2.14 Observação estado emocional (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de sexualidade

2.15 Sexualidade (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

Necessidade de sono e repouso

2.16 Avaliação do sono e repouso (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica
(d) Não informado

Necessidade de integridade física

2.17 Investigação de hábitos

- | | |
|---------------------|--|
| (1) Tabaco | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (2) Álcool | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |
| (3) Drogas Ilícitas | (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf. |

Necessidade de regulação eletrolítica

2.18 Pesquisa de edema (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

2.19 Aferição pressão arterial (a) Sim (b) Não (c) Não se aplica (d) Não inf.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO CARACTERÍSTICAS DA ENFERMEIRA

1. **Nome:** _____
2. **Idade:** ____
3. **Sexo:** (1) feminino (2) masculino.
4. **Estado Marital:**
 - (1) solteiro(a)
 - (2) casado(a)
 - (3) união estável
 - (4) viúvo(a)
 - (5) separado(a) judicialmente.
5. **Vínculo empregatício na SMS**
 - (1) contrato temporário
 - (2) estatutário
6. **Faixa Salarial:**
 - (1) R\$1.000 à R\$2.000
 - (2) R\$ 2.000 à R\$ 3.000
 - (3) R\$ 3.000 à R\$ 4.000
 - (4) Acima de R\$ 4.000.
 - (5)
7. **Ano de ingresso na SMS:** ____
8. **Tempo de formação e nome da universidade:**
[]ano(s) []meses. Nome da Universidade: _____
9. **Formação complementar**
 - (1) Especialização (a) Sim (b) Não Ano conclusão [] Título: _____
 - (2) Residência (a) Sim (b) Não Ano conclusão [] Título: _____
 - (3) Mestrado (a) Sim (b) Não Ano conclusão [] Título: _____

- (4) Doutorado (a) Sim (b) Não Ano conclusão [____] Título: _____
(5) Pós-doutorado (a) Sim (b) Não Ano conclusão [____] Título: _____

10. Experiência em saúde materna [____] ano(s) [____] meses

11. Local de atuação junto à gestante

- (1) Maternidade (a) Sim (b) Não
(2) Ambulatório de referência (a) Sim (b) Não
(3) Unidade básica de saúde (a) Sim (b) Não
(4) Outra: _____

12. Trabalho da enfermeira no pré-natal:

- (1) Descrição do turno de trabalho (a) matutino (b) vespertino (c) noturno
(2) Número de horas/dia em média [____]
(3) Agenda programada (a) Sim (b) Não
(4) Realização de visita domiciliar (a) Sim (b) Não
(5) Grupo de gestantes (a) Sim (b) Não
(6) Visita hospitalar (a) Sim (b) Não

13. Atuação de outro profissional na consulta pré-natal:

- (a) Sim (b) Não Se sim, qual: _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada “**O cuidado da enfermeira na consulta pré-natal**” tem por objetivo sistematizar as dimensões do cuidado prestado pela enfermeira na consulta de pré-natal, sendo um dos aspectos a caracterização da enfermeira e suas atividades junto às gestantes. Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, podendo em qualquer momento, se assim desejar, desistir sem qualquer prejuízo. Esta pesquisa será desenvolvida cumprindo os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos. A pesquisa é integrante do Macro Projeto Intitulado *Gestão em Rede: prevenção da mortalidade materna e neonatal* aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do Protocolo nº 120.343 datado em 08 de outubro de 2012 e, também, o 169.110 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa datado de 10 de dezembro de 2012. É assegurado a confidencialidade e anonimato de suas informações bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Sua participação acontecerá em uma etapa sendo esta o preenchimento de questionário entregue pessoalmente no momento da coleta de dados. Após ser esclarecido(a), caso aceite participar, assine ao final deste documento, apresentado em duas vias. Uma das vias é sua e a outra deve ser devolvida no momento da coleta de dados. Agradecemos sua atenção e disposição em participar do estudo. Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa aqui apresentada, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual sobre as informações e conhecimentos construídas e expreso a concordância com a divulgação pública dos resultados na modalidade de relatório de pesquisa, dissertação, texto científico para publicação, desde que resguardada a minha identificação.

Data: ___/___/_____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Os pesquisadores colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos ao decorrer do estudo pelos contatos informados neste termo. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação.

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes de Souza
Telefone: (48) 32341547
E-mail: repensul@uol.com.br

Pesquisador participante: Mestranda Anna Carolina Raduenz Huf Souza
Telefone: (47) 99814066
E-mail: acrhuf@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDE: PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Área Temática: Área 4. Equipamentos, insumos e dispositivos para saúde novos, ou não registrados no país.

Versão: 1

CAAE: 03586312.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 120.343

Data da Relatoria: 08/10/2012

Apresentação do Projeto:

Abrange a exploração sobre a disponibilidade dos recursos para assistência materna neonatal sob a lógica de rede. A exploração bibliográfica sobre as evidências clínicas epidemiológicas e de disponibilidade tecnológica. Esta será seguida de estudo de caso controle para a predição do Risco de Morte Materno neonatal em Santa Catarina para o período de primeiro de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2010. PRODUÇÃO TECNOLÓGICA. SISTEMA DE ALERTA conforme classificação de risco materno e neonatal e medidas para evitabilidade do óbito, Modelagem do Banco de Dados e do Sistema de informação e monitoramento, Monitoramento do Nível do Risco, Causa mais prevalente, Classificação da evitabilidade, Medidas para evitabilidade na rede básica e na rede hospitalar. Impacto sobre o desfecho O desenvolvimento do sistema, em linhas gerais, observará a metodologia de desenvolvimento do ambiente computacional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver tecnologia de gestão em rede para prevenção da mortalidade materno-neonatal. Objetivo Secundário: *¿* Realizar o diagnóstico situacional do Estado de Santa Catarina para atendimento materno e neonatal; *¿* Identificar os componentes clínicos, epidemiológicos e de gestão dos serviços de saúde desencadeadores do risco de insucesso da assistência materno neonatal; *¿* Produzir fatores de correção da informação e alertas eletrônicos para prevenção da mortalidade materno-neonatal *¿* Capacitar lideranças para a inovação, aplicação prática da tecnologia produzida.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não traz riscos aos sujeitos, uma vez que lida com dados de pessoas já falecidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do programa de pós-graduação em enfermagem. Foi solicitada a dispensa de TCLE devido à pesquisa ser realizada em banco de dados secundários de acesso público (SIM/SINASC/DATASUS), com consulta de informações sobre mortalidade materna e neonatal.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

FLORIANOPOLIS, 11 de Outubro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDE: PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Área Temática: Área 4. Equipamentos, insumos e dispositivos para saúde novos, ou não registrados no país.

Versão: 2

CAAE: 03586312.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 169.110

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Objetivo da Pesquisa:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Devolvido

Considerações Finais a critério da CONEP:

Após análise da documentação encaminhada, a CONEP esclarece que essa pesquisa não se

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**

enquadra em nenhuma Área Temática Especial do Grupo I.

Nesse caso, a aprovação ética é delegada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, devendo ser seguido o procedimento para projetos que não são do Grupo I, conforme o fluxograma disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br> e no Manual Operacional para CEP.

Diante do exposto, esta comissão delibera por devolver o protocolo em questão.

BRASILIA, 11 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Anibal Gil Lopes
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

ANEXO B – TERMO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO**TERMO DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado **O CUIDADO DA ENFERMEIRA NA CONSULTA PRÉ NATAL** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado em Enfermagem pela acadêmica **ANNA CAROLINA RADUENZ HUF SOUZA** da Universidade Federal de Santa Catarina na Área De Concentração de Filosofia E Cuidado Em Saúde E Enfermagem. A coleta será realizada pela Enfermeira Daniela Cristina dos Santos Silva.

Itajaí, 15/05/15

Local e Data

Anali J. Rampelotti
Enfermeira
COREN 169858

Assinatura e carimbo do Responsável pela Instituição