UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TALITA MENOSSI COTRIM

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO ÀS
GESTANTES: AÇÕES BÁSICAS, PROBLEMAS COMUNS E A
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA CONSULTA PRÉ-NATAL**

Ribeirão Preto
2020

TALITA MENOSSI COTRIM

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES:
AÇÕES BÁSICAS, PROBLEMAS COMUNS E A SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA NA CONSULTA PRÉ-NATAL

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Helena Henriques

Ribeirão Preto
2020

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Cotrim, Talita Menossi

O trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes: ações básicas, problemas comuns e a sistematização da assistência na consulta pré-natal. Ribeirão Preto, 2020.

94 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Silvia Helena Henriques

1. Enfermeiras e Enfermeiros . 2. Cuidado pré-natal. 3.Atenção Primária à Saúde.

COTRIM, T. M. **O trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes: ações básicas, problemas comuns e a sistematização da assistência na consulta pré-natal.** 2020. 94 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela vida e por estar comigo em todos os momentos, protegendo, iluminando e mostrando o caminho a seguir.

Agradeço aos meus pais; **Sebastião de Azevedo Cotrim e Elvira Menossi Cotrim**, meus primeiros professores nessa vida, ensinando os primeiros passos, as primeiras palavras e sonhando comigo todos os sonhos; impossível expressar aqui todo o meu amor por vocês.

Agradeço aos meus irmãos **Camila e Gustavo**; vocês me ensinaram a ser persistente, firme e ir em busca dos meus sonhos sem medo, sempre torcendo pelo meu sucesso. A vocês, todo o meu amor.

Agradeço a todos os meus **cunhados, cunhadas, sobrinhas** que sempre tiveram palavras de incentivo e carinho e comemoraram comigo cada conquista.

Em especial, gostaria de agradecer ao meu esposo, **Carlos Roberto Sardão**, meu querido companheiro, que, juntamente comigo, viveu cada etapa deste sonho. Foram muitas lutas que imaginávamos não conseguir vencer, mas Deus estava no comando, vencemos cada uma delas com fé, muito amor e determinação!!! Agradeço por estar perto, sempre me ajudando em todas as ocasiões no cuidado com os filhos, nas finanças, em casa e principalmente no fortalecimento do meu espírito.

Agradeço também aos meus filhos queridos, meus amores, minha vida, **Frederico Cotrim Rodrigues e Miguel Cotrim Sardão**, que compreenderam minhas ausências, foram fortes e suportaram todas as adversidades durante essa jornada. A mamãe ama muito vocês.

Quero agradecer em especial à minha professora orientadora **Dr.^a Silvia Helena Henriques**, sábia mulher, forte, guerreira de coração puro e imenso, que enxergou em mim potencial e acreditou desde o início. Esse sonho foi possível graças a você, professora. Obrigada por me ensinar muito mais do que conteúdos teóricos, obrigada pelas oportunidades e sonhos que você tornou possíveis; te admiro muito.

Agradeço aos **Docentes** por compartilharem comigo seus conhecimentos.

Agradeço também à **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, à coordenadora do Programa de Pós-graduação, aos secretários, aos funcionários que possibilitaram ingresso, caminhar e apoio nessa jornada.

Agradeço à minha querida amiga **Fátima Aparecida Carvalho de Andrade**; tenho uma admiração por ela, pois juntas compartilhamos momentos de muito aprendizado e que a humildade é necessária para seguir a vida suavemente.

Agradeço os meus queridos amigos do edital **CAPES COFEN** por me apoiarem na pesquisa; vocês foram extremamente importantes nesse processo e me ensinaram o valor de uma amizade. Obrigada pelo desprendimento, pela generosidade e pelo companheirismo.

Agradeço a **CAPES e COFEN** pelo apoio financeiro no desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço às colegas **Daniela Teixeira Vitoreti, Edna Cetroni Maria, Eliane Terezinha Gallo Morita**, equipe da qual fiz parte por alguns anos, onde compartilhamos experiências profissional e de vida. Vocês foram as primeiras pessoas a me apoiarem para este estudo. Gratidão!!!

Enfim, mas não menos importante, agradeço a **todos os participantes** deste estudo, que foram os grandes autores desta obra, por acreditarem nesse sonho e sonharem com uma profissão fortalecida e que acredita que é sempre possível melhorar cada vez mais o cuidado produto do nosso trabalho.

Dedico este trabalho ao município de **Monte Alto**, onde dedico a minha carreira profissional.

Aos colegas de trabalho, a todos(as) os(as) **enfermeiros(as)** que deixaram seus afazeres dispondo do seu tempo, saberes e experiência, contribuindo para a concretização deste estudo; aos **responsáveis pelas instituições de saúde Sueli Regina Melo e Bibiana Aparecida Chamacheli da Silva**, que compreenderam a importância da pesquisa e apoiaram no que foi preciso para alcançarmos êxito.

Ao Ambulatório de Saúde da Mulher “Prof.^a Sueli Branco Carnacchioni”, onde pude compartilhar experiências.

Às **usuárias gestantes dos serviços de saúde público**, o grande motivo de buscar sempre e oferecer o melhor que podemos.

“Deus não escolhe os capacitados;
capacita os escolhidos. Fazer ou não
fazer algo só depende de nossa vontade
e perseverança” **(Albert Einstein)**

RESUMO

COTRIM, T. M. **O trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes:** ações básicas, problemas comuns e a sistematização da assistência na consulta pré-natal. 2020. 94 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

A Atenção Primária à Saúde pode ser considerada como porta de acesso ao SUS, acolhendo diversos tipos de usuários com estado de saúde alterado ou estável. Sabe-se que, em relação ao atendimento materno, a maioria pode ser resolvida em unidades básicas de saúde e, portanto, os profissionais devem estar capacitados para prestar este tipo de atendimento. O enfermeiro deve ter conhecimentos no campo da saúde da mulher para o cuidado integral nos serviços materno-infantil, especialmente na assistência às gestantes. Este estudo teve como objetivo geral analisar o trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa dos dados. O cenário de estudo foi constituído por sete unidades básicas de saúde de um município do interior do estado de São Paulo, e a amostra selecionada foram sete enfermeiros. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019. A análise temática indutiva foi executada para interpretação dos dados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente, e identificaram-se ações essenciais para o atendimento à gestante, como: acolhimento, consulta pré-natal, orientação nutricional e visitas domiciliares. Ademais, os discursos revelaram pouco conhecimento dos participantes sobre um método sistematizado para realizar o atendimento, como a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE). Os dados permitiram identificar problemas comuns no atendimento às gestantes, tais como: dor aguda, edema, ansiedade, náuseas, além da presença de Hipertensão Arterial Sistêmica. Para tais problemas/diagnósticos, foram verbalizadas algumas intervenções. Como produto da dissertação foi elaborado um folheto explicativo com a finalidade de sistematizar a consulta de pré-natal, apresentando ações básicas, principais diagnósticos e intervenções de enfermagem. Este estudo deve provocar a reflexão dos gestores quanto à elaboração de estratégias que visam aprimorar saberes específicos nestes profissionais para um atendimento seguro e de qualidade às gestantes. Ademais, pode auxiliar centros formadores na implementação de metodologias inovadoras para a formação dos futuros enfermeiros para atuar nesta área.

Palavras-chave: Enfermeiras e Enfermeiros. Cuidado pré-natal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

COTRIM, T. M. **The work of nurses in caring for pregnant women:** basic actions, common problems and the systematization of care in prenatal consultation. 2020. 94 p. Dissertation (Master) – University of São Paulo, Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2020.

Primary Health Care can be considered as a gateway to SUS, welcoming various types of users with altered or stable health status. It is known that in relation to maternal care, most can be resolved in basic health units and, therefore, professionals should be able to provide this type of care. The nurse must have knowledge in the field of women's health for comprehensive care in maternal and child services, especially in the care of pregnant women. This study aimed to analyze the work of nurses in the care of pregnant women in Primary Health Care. It is an exploratory study with a qualitative approach to data. The study scenario consisted of seven basic health units of a municipality in the interior of the state of São Paulo and the sample selected were seven nurses. For data collection, semi-structured interviews were used from October 2018 to February 2019. Inductive thematic analysis was used for data interpretation. Study approved by the Research Ethics Committee of the Proponent Institution. Essential actions for the care of pregnant women were identified as: reception, prenatal consultation, nutritional counseling and home visits. In addition, the speeches revealed little knowledge of participants about a systematized method to perform care such as the International Classification of Nursing Practices (ICNP). The data allowed us to identify common problems in the care of pregnant women, such as acute pain, edema, anxiety, nausea and the presence of systemic arterial hypertension. For such problems / diagnoses some interventions were verbalized. As a result of the dissertation, an explanatory leaflet was elaborated to systematize the prenatal consultation, presenting basic actions, main diagnoses and nursing interventions. This study should provoke the reflection of the managers about the elaboration of strategies that aim to improve specific knowledge in these professionals for a safe and quality attendance to the pregnant women. It can also assist training centers in the implementation of innovative methodologies for the training of future nurses to work in this area.

DESCRIPTORS: Nurses. Prenatal Care. Primary Health Care.

RESUMEN

COTRIM, T. M. **El trabajo de las enfermeras en el cuidado de mujeres embarazadas:** acciones básicas, problemas comunes y la sistematización de la atención en la consulta prenatal. 2020. 94 p. Disertación (Master) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

La Atención Primaria de Salud puede considerarse como una puerta de entrada al SUS, dando la bienvenida a varios tipos de usuarios con un estado de salud alterado o estable. Se sabe que, en relación con la atención materna, la mayoría puede resolverse en unidades básicas de salud y, por lo tanto, los profesionales deberían poder brindar este tipo de atención. La enfermera debe tener conocimiento en el campo de la salud de la mujer para la atención integral en servicios maternos e infantiles, especialmente en el cuidado de mujeres embarazadas. Este estudio tuvo como objetivo analizar el trabajo de las enfermeras en el cuidado de mujeres embarazadas en Atención Primaria de Salud. Este es un estudio exploratorio con un enfoque cualitativo de los datos. El escenario del estudio consistió en siete unidades básicas de salud de un municipio en el interior del estado de São Paulo y la muestra seleccionada fueron siete enfermeras. Para la recopilación de datos, se utilizaron entrevistas semiestructuradas desde octubre de 2018 hasta febrero de 2019. El análisis temático inductivo se utilizó para la interpretación de los datos. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Institución Proponente. Las acciones esenciales para el cuidado de las mujeres embarazadas se identificaron como: recepción, consulta prenatal, asesoramiento nutricional y visitas domiciliarias. Además, los discursos revelaron poco conocimiento de los participantes sobre un método sistematizado para realizar la atención, como la Clasificación Internacional de Prácticas de Enfermería (ICNP). Los datos nos permitieron identificar problemas comunes en el cuidado de mujeres embarazadas, como dolor agudo, edema, ansiedad, náuseas y la presencia de hipertensión arterial sistémica. Para tales problemas / diagnósticos se verbalizaron algunas intervenciones. Como producto de la disertación, se elaboró un folleto explicativo para sistematizar la consulta prenatal, presentando acciones básicas, diagnósticos principales e intervenciones de enfermería. Este estudio debe provocar la reflexión de los gerentes sobre la elaboración de estrategias que tengan como objetivo mejorar el conocimiento específico en estos profesionales para una asistencia segura y de calidad a las mujeres embarazadas. También puede ayudar a los centros de capacitación en la implementación de metodologías innovadoras para la capacitación de futuras enfermeras para trabajar en esta área.

DESCRIPTORES: Enfermeras y Enfermeros. Atención Prenatal. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnóstico de enfermagem segundo o sistema CIPE versão 1.....	30
Quadro 2 – Intervenções de enfermagem segundo sistema de CIPE versão 1.....	31
Quadro 3 – Descrição das fases da análise temática indutiva.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros da atenção básica, segundo gênero, idade, tempo de formação na enfermagem e tempo de atuação. Ribeirão Preto, 2019.	42
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Guia de orientação para o enfermeiro no atendimento à gestante na Unidade Básica de Saúde. Ribeirão Preto, 2019. (frente- parte externa)64

Figura 2 – Guia de orientação para o enfermeiro no atendimento à gestante na Unidade Básica de Saúde, Ribeirão Preto, 2019. (verso- parte interna).....65

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimento Cardiofetal
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
CIPE	Classificação Internacional para Práticas de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	Conselho Federal de Enfermagem
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GEPPRAU	Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede de Atenção às Urgências
ICN	International Council of Nurses
NANDA – I	American Nursing Diagnosis Association Internacional
NIC	Nursing Interventions Classification
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOC	Nursing Outcomes Classification
OPAS	Organização Pam Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PE	Processo de Enfermagem
PNS	Política Nacional de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SPM/PR	Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A assistência de saúde à gestante na Atenção Primária à Saúde	19
1.2 A sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1 A saúde da mulher no Brasil: um breve histórico	24
2.2 Sistematização da assistência de enfermagem e classificação internacional das práticas de enfermagem (CIPE)	28
3 JUSTIFICATIVA.....	32
4 OBJETIVOS.....	35
4.1 Objetivo geral	35
4.2 Objetivos específicos	35
5 METODOLOGIA	36
5.1 Tipos de estudo	36
5.2 Cenário do estudo	36
5.3 Participantes do estudo.....	37
5.4 Coleta de dados.....	37
5.4.1 Procedimento de coleta de dados	37
5.4.2 Roteiro para coleta de dados	38
5.5 Análise de dados	38
5.6 Aspectos éticos	39
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
6.1 Caracterização dos participantes	41
6.2 Ações básicas do enfermeiro para o cuidado às gestantes.....	44
6.3 O atendimento à gestante: conhecimento da CIPE, problemas/queixas comuns das gestantes e intervenções de enfermagem	49
6.4 Ações de educação permanente organizacional.....	60
6.5 Folheto para orientação do enfermeiro no atendimento à gestante: sistematizando a consulta de enfermagem pré-natal	64
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A	91
APÊNDICE B	92
APÊNDICE C	94
ANEXO A.....	95

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo atendimento ao cuidado das gestantes surgiu em 2016, durante a realização do curso “Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede de Atenção às Urgências (GEPPRAU)”, onde tive a oportunidade de conhecer sobre o atendimento materno de uma determinada região. Tal oportunidade instigou maior interesse na busca por novos conhecimentos, a fim de oferecer qualidade no atendimento destas usuárias em Unidades Básicas de Saúde.

Posteriormente, em novembro de 2016, iniciei atividades enquanto enfermeira em um ambulatório de saúde da mulher, onde permaneci até a fevereiro de 2019. Era um local onde tive a oportunidade de identificar diversas situações no atendimento às gestantes. Situações complexas foram observadas durante o cuidado prestado, tanto relacionadas às gestantes, quanto aos profissionais de saúde, principalmente acerca da organização do processo de trabalho do enfermeiro.

A esse respeito, sabe-se que, durante o atendimento às gestantes, podem ser identificados problemas/diagnósticos comuns, como: hipertensão arterial sistêmica, dor em membros inferiores, dores no baixo ventre, náuseas, febre, incontinência urinária e outros, que podem se agravar caso não sejam tratados a tempo. Por essas e outras situações, os profissionais de saúde precisam utilizar ferramentas ou estratégias específicas para manejar de forma acertada o atendimento, implementando ações adequadas para cada problema encontrado.

Sabe-se que o enfermeiro, nesse contexto, é o profissional responsável pelo atendimento de sua equipe às gestantes e, para tal, deve ter conhecimento sobre os cuidados que devem ser prestados por todos. Durante o atendimento, o enfermeiro pode utilizar ferramentas ou métodos que contribuem significativamente para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) às gestantes nas unidades básicas de saúde.

Como instrumento do trabalho na Atenção Primária à Saúde, a Classificação Internacional para Práticas de Enfermagem (CIPE) permite a continuidade e a integralidade do cuidado, a valorização do enfermeiro, além das demais categorias da Enfermagem, fortalecendo o trabalho em equipe. Dessa forma, acredita-se que

ações de enfermagem realizadas de forma sistematizada podem diminuir possíveis complicações e/ou riscos que podem levar à morte materna.

Nessa direção, por meio da inserção em um programa de pós-graduação mestrado profissional, tenho a possibilidade de realizar uma investigação aprofundando nesta temática, contribuindo, assim, para o ensino-aprendizagem de enfermeiros e demais trabalhadores de enfermagem que atuam neste contexto.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de muitas transformações físicas, psicológicas e sociais para a mulher, exigindo dela adaptações, tendo fatores sociais e culturais influência sobre a resposta de cada uma na vivência do processo de gestar (ARAÚJO et al., 2012). É um fenômeno fisiológico normal e, na maioria dos casos, dá-se sem intercorrências. Em relação a isso, cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações: são denominadas gestações de baixo risco (FREITAS et al., 2001). Porém, devido às inúmeras alterações fisiológicas e hormonais que o organismo materno sofre, a gestante pode apresentar complicações perinatais, necessitando de serviços especializados ou de assistência adequada nas Unidades Básicas de Saúde.

A maior parte dos desfechos desfavoráveis que acontecem na gestação são um problema de saúde pública. As preocupações com estas mulheres e com o recém-nascido vêm crescendo cada vez mais. O número de mortes ocorridas por causas evitáveis relacionadas às ações dos serviços de saúde é expressivo, principalmente no que diz respeito à atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas (BRASIL, 2013c).

Nesta linha de pensamento, o Ministério da Saúde brasileiro lançou, em 2011, a Estratégia Rede Cegonha, cuja finalidade é estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil. Seus princípios são: humanização do parto e do nascimento; organização dos serviços de saúde; acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina e realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2013c).

Para assistência de qualidade às gestantes, especialmente em unidades básicas de saúde, torna-se necessário reorganizar os serviços e capacitar os profissionais de enfermagem, extrapolando a educação técnico-científica para uma estrutura capaz de problematizar a realidade do Sistema de Saúde vigente, de maneira uniforme e adequada. Para tal, identificar as lacunas de suas competências

é o caminho para propor ações futuras de Educação permanente com esses trabalhadores, em especial o enfermeiro.

A gestante recebe um cuidado de qualidade quando lhe é permitida uma experiência positiva por meio da manutenção da sua saúde física e emocional, além do seu acompanhamento contínuo durante todo período gestacional, a fim de prevenir intercorrências que possam surgir. Os profissionais de enfermagem desempenham papel relevante nesse momento vital ao atuarem com conhecimentos, habilidades e atitudes, reconhecendo momentos críticos em que são necessárias intervenções de modo a assegurar o bem-estar de ambos, o binômio mãe e bebê (GRAMACHO; SILVA, 2014).

A esse respeito, o enfermeiro é o profissional responsável pela equipe de enfermagem e desempenha papel relevante no cuidado prestado à gestante. Por meio do Processo de Enfermagem (PE), o enfermeiro pode planejar e promover um cuidado diferenciado e integral, conforme necessidades, além de criar vínculo com a usuária proporcionando uma assistência qualificada e humanizada.

Conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe: a assistência de enfermagem à gestante, à parturiente e à puerpera; o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, o parto propriamente dito e a execução do parto sem distocia. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, dispõe, ainda, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e descreve a implementação do PE (COFEN, 2009).

Portanto, o PE é um instrumento que organiza o cuidado a ser prestado e a documentação da atuação da enfermagem, oferecendo maior perceptibilidade e legitimação dos trabalhadores (COREN, 2013). Ele ainda oportuniza o apreço das ações de enfermagem, a delimitação das competências dos profissionais envolvidos, bem como a conquista dos seus espaços (PIVOTO et al., 2017).

A enfermagem conta com alguns sistemas de classificação que possibilitam o cuidado em uma linguagem homogênea e cujo desenvolvimento está relacionado a alguma etapa do processo de enfermagem. Os mais conhecidos são: classificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA-I), que passou a incorporar o termo internacional em 2002; Classificação de Intervenções de Enfermagem – Nursing Interventions Classification (NIC); Classificação de Resultados de Enfermagem – Nursing Outcomes

Classification (NOC); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

No contexto da Atenção Primária em saúde no Brasil, a CIPE apresenta-se como um possível instrumento para consulta de enfermagem à mulher. A CIPE é um sistema de classificação de diagnósticos, intervenções e resultados esperados de enfermagem, sendo considerado ainda um instrumento tecnológico flexível para a realização do Processo de Enfermagem, principalmente na atenção primária à saúde (CIPE, 2011).

Assim, apesar de toda a importância do PE para a assistência, muitas razões dificultam a sua execução, como a falta de conhecimento e conscientização para a sua realização, além de questões relacionadas à infraestrutura, déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, falta de suporte de gestores, escassez de recursos materiais, entre outros.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de os profissionais de enfermagem, dentre eles o enfermeiro, refletirem sobre as atividades desempenhadas às gestantes no seu cotidiano de trabalho e instrumentos que podem ser utilizados para sistematizar a sua prática profissional, garantindo a integralidade do cuidado na atenção à gestante.

1.1 A assistência de saúde à gestante na Atenção Primária à Saúde

Segundo Barbara Starfield (2004), estudiosa da atenção primária à saúde, a APS é a porta de acesso da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. A referida autora sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Diversas ações são desenvolvidas pelas equipes de saúde neste contexto, e destacam-se, aqui, aquelas realizadas no âmbito da saúde da mulher, como o controle dos cânceres de colo do útero e mama (BRASIL, 2013a), a saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013b), a atenção ao pré-natal de risco habitual e puerpério

(BRASIL, 2013c) e a prevenção e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006).

Dentre as ações da Política Nacional de Atenção Básica, é de responsabilidade do enfermeiro como membro da equipe da atenção básica realizar a assistência integral aos indivíduos em todas as fases do desenvolvimento, incluindo, dessa forma, todos os aspectos que estão envolvidos na saúde da mulher (BRASIL, 2012a). E é direito da mulher, em seu período gestacional, ter uma assistência de qualidade a partir do momento em que engravida. Por isso, o município deve dispor de serviços de saúde que proporcionem a assistência de pré-natal, parto, puerpério e neonatal devidamente organizados (BRASIL, 2016).

A assistência ao pré-natal deve iniciar-se ainda no primeiro trimestre da gestação sendo que as consultas devem ser previamente programadas para que se obtenha a cobertura necessária para um acompanhamento com efetividade. Segundo o Ministério da Saúde, deve ocorrer no mínimo uma consulta nos três primeiros meses, duas consultas no segundo e terceiro trimestre. Quando se inicia o acompanhamento tardio da gestação, não se consegue ter seguimento necessário para a avaliação do binômio feto-mãe, além de não se detectarem precocemente algumas doenças, como a diabetes gestacional e a pré-eclampsia, podendo trazer graves problemas para as gestantes. Tais problemas poderiam ser controlados e verificados por meio do pré-natal durante todo o período gestacional (ANDREUCCI; CECATI, 2011).

Segundo OPAS, cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo, e acredita-se que, em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto. Quase todas essas mortes ocorreram em ambientes com poucos recursos; a maioria delas poderia, portanto, ter sido evitada.

Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna global diminuiu apenas 2,3% ao ano. No entanto, a partir de 2000, observou-se maior redução. Em alguns países, as reduções anuais de mortalidade materna entre 2000 e 2010 foram superiores a 5,5% (OPAS, 2018).

Outros problemas de saúde podem acontecer antes da gestação e serem agravados durante ela, especialmente se não forem tratados como parte do cuidado da mulher. As principais complicações, que representam quase 75% de todas as mortes maternas, são: Hipertensão (pré-eclampsia e eclampsia); Hemorragias

graves (principalmente após o parto); Infecções (normalmente depois do parto); Complicações no parto; Abortos inseguros (OPAS, 2018).

As maiores causas responsáveis por 63% dos óbitos são hemorragias e hipertensão na gestação. Esses tipos de causas necessitam de assistência rápida e qualificada por meio de integração da atenção primária à saúde e da assistência hospitalar, garantindo à mulher um atendimento de urgência e emergência de excelência (UNA-SUS/UFMA, 2016). Assim, profissionais de saúde são peças-chave para esse atendimento de qualidade às gestantes, e o enfermeiro tem papel relevante no cuidado prestado a essa usuária.

Seguindo esse pensamento, parte-se de que a prática de enfermagem baseada em evidências científicas é ferramenta essencial no cuidado prestado às gestantes, mas necessita de reflexão quanto à aplicação dos protocolos voltados ao cuidado da gestante (TORRES; SANTOS, 2008). Nessa perspectiva, acredita-se que o cuidado não reside somente em consultas, mas também em exames diagnósticos, na avaliação clínica, na análise dos resultados de exames, na avaliação do estado vacinal, na aferição de sinais vitais, em medidas antropométricas, altura uterina e na prescrição de medicamentos. É preciso pensar, portanto, em um cuidado integral e humano. E para esse cuidado integral, os enfermeiros necessitam apropriar-se de instrumentos/ferramentas gerenciais eficazes de forma a sistematizar a assistência prestada.

1.2 A sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde

A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e descreve que a implementação do Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizada em todas as instituições brasileiras onde o enfermeiro presta cuidados de enfermagem, sendo uma função privativa desse profissional (COFEN, 2009).

O enfermeiro deve realizar habilidades técnico-científicas que podem favorecer a organização e a sistematização do cuidado. Na atualidade, a enfermagem vem tentando utilizar conhecimentos e procedimentos teoricamente

organizados e reformulados visando à implementação da assistência de enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é considerado ferramenta essencial na organização do trabalho da Enfermagem e, por meio dele, torna-se possível o enfermeiro desempenhar seus conhecimentos técnicos e científicos durante o cuidado (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015). Portanto, o PE é dinâmico e apresenta, conforme a maioria dos autores, de cinco a seis fases, iniciando pelo histórico de enfermagem, seguido da caracterização dos diagnósticos de enfermagem, da estruturação do plano assistencial, da prescrição de enfermagem, da evolução de enfermagem e do prognóstico (HORTA, 2011).

Assim, para que o PE seja realizado de forma adequada, é necessário o envolvimento dos enfermeiros que prestam cuidados diretos a fim de realizarem o histórico de enfermagem completo que possibilita visualizar as necessidades das gestantes e prescrever cuidados específicos para cada situação (FRAGA et al., 2018). É preciso garantir a efetividade da integralidade da assistência, por se tratar de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e, assim, deve compor as atividades desenvolvidas pela enfermagem na atenção primária (BRASIL, 2012a).

É de grande importância o desenvolvimento da consulta de enfermagem fundamentada pelo processo de enfermagem, com a prescrição da assistência no planejamento e programação das instituições e serviços de saúde (BRASIL, 1986). Assim, o papel do enfermeiro na atenção primária à saúde pode estar fundamentado no Processo de Enfermagem. Nessa área, como formas de instrumentalização para a assistência, existem ferramentas para a consulta de enfermagem à mulher, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE.

A CIPE foi criada para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que comunica as práticas e as políticas de cuidados de saúde para ampliar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Trata-se de um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros entre si, com outros profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política acerca da sua prática. Para tanto, a CIPE traz para os enfermeiros uma documentação padronizada dos cuidados prestados às gestantes (CIE, 2009)

Sabe-se que é função do enfermeiro prestar assistência de enfermagem às gestantes. Então é de grande importância a necessidade de buscar o conhecimento em normatizações de protocolos e desenvolvimento de competências, assegurando,

assim, que os profissionais sejam capazes de executar uma assistência qualificada às gestantes (FERREIRA, 2015). Além disso, que possam apropriar-se de instrumentos para a integralidade do cuidado, como é o caso da CIPE.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A saúde da mulher no Brasil: um breve histórico

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde no início do século XX, sendo limitada, nesse período, as demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, apresentavam uma visão restrita sobre a saúde da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004a).

A construção de políticas de saúde à mulher, no Brasil, teve início entre as décadas de 60 e 70. Até 1975, a política de saúde dirigida à população feminina voltava-se à proteção e à assistência materno e infantil, englobando cuidados no período pré-concepção, pré-natal, parto e puerpério, reduzindo a mulher a seu papel social de mãe e cuidadora (FERREIRA, 1996; ARAÚJO; GOMES, 1997; MANDÚ, 1997; BRASIL, 2004a).

Há análises que evidenciam que esses programas dirigiam as ações materno-infantis para proteger grupos de risco e/ou aqueles em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outras características desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações recomendadas pelo governo federal. As finalidades eram estabelecidas a nível central, sem qualquer avaliação das demandas de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa atividade é a falta de integralidade da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas foram muito criticados pela característica reducionista com que abordavam a mulher, que tinha acesso a algumas práticas de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, a inquietação de mulheres favoreceu para introdução na agenda política nacional ações até então postergada ao segundo plano, por serem identificadas como restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento, tratava-se de

descobrir as diferenças nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas relacionados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades associadas à anticoncepção, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e pela criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

Posteriormente, em 1984, houve aproximação à saúde integral da mulher por meio da criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, vinculado ao Ministério da Saúde. Esse Programa consistia na assistência integral à mulher, envolvendo a oferta de ações globalmente dirigidas do atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, em que todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde fosse utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde, desde a adolescência até a terceira idade. Como finalidade, possuía a prestação da assistência clínico-ginecológica, abordando as DSTs, o câncer cérvico-uterino e de mama; planejamento familiar; pré-natal; parto; puerpério imediato e ações educativas, dando margem à inclusão posterior de doenças prevalentes no grupo feminino (BRASIL, 1984).

Apesar da implementação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, e da promulgação da Constituição Federal de 1988, definindo a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão de forma universal, igual e integral, as ações do PAISM não foram integralmente implementadas nos serviços de saúde, como também o acesso da população aos serviços prestados (BRASIL, 1990).

Fundamentado na descentralização da Política Nacional de Saúde, na década de 1990, e na implantação da estratégia saúde da família, em 1994, parte das ações voltadas à saúde da mulher preconizadas pelo PAISM vem sendo realizada pela atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família. A descentralização e a reestruturação da atenção primária de saúde expandiram a cobertura da atenção em saúde e ampliaram o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, mas não melhoraram a oferta de serviços, principalmente na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2009)

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001). Na área da saúde da mulher, essa norma determina que os municípios garantam ações básicas mínimas para o pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. E, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a elaboração e implantação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A atenção a segmentos da população feminina ainda encontra dificuldades em conseguir resolver os problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2004b)

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002 mostrou que, nesse período, preocupou-se em trabalhar com a resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as atividades para redução da mortalidade materna. Embora se tenha preservado como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de ação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e um rompimento com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram abordados e tratados de maneira isolada e que houve a integração de um novo tema, como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2003).

Nesse balanço, são apontadas ainda várias falhas, como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher mostrou, ainda, a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da implantação de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2003).

Já em 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos na área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elaborou o documento com a 2ª reimpressão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Tal documento traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos, dentre eles: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção assistenciais e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos da vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011) .

Posteriormente, a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011 instituiu a Rede Cegonha, que tem como objetivo implementar uma rede de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia deve estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, devendo ser implantada em todo o território nacional, iniciando esse processo com respeito ao critério epidemiológico, à taxa de mortalidade materna e à densidade populacional. Na atualidade, o que vigora é o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que representa as políticas globais do Governo Federal para a população feminina, sendo implantado de acordo com a realidade local dos Estados e Municípios (BRASIL, 2013d).

Vale ressaltar que, em outubro de 2015, foi criado o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, ocasião em que a SPM/PR foi transformada em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) do referido Ministério. Sua missão era igualar o padrão de desigualdade entre mulheres e homens, garantindo direitos e qualidade de vida das mulheres brasileiras, considerando toda a sua diversidade, a partir da implementação de políticas públicas transversais, destacando-se a participação, o controle social e a igualdade racial. Atualmente, a SPM orienta suas ações pelo PNPM 2013-2015 (BRASIL, 2013d).

2.2 Sistematização da assistência de enfermagem e classificação internacional das práticas de enfermagem (CIPE)

Os conhecimentos implantados por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, têm permitido, até os dias atuais, que se avance no processo de cuidar, considerado a essência do saber e do fazer (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006). Florence destacava a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas (MCGUIRE, 1991). Nessa época, ainda não era utilizado o termo Processo de Enfermagem.

O PE foi inserido na linguagem profissional nos anos 50 do século XX, sob influência do método de solução de problemas; sua origem é o método científico de observação, mensuração e análise de dados. Nota-se, nesse momento histórico, a ênfase no ensino do método de solução de problemas nas escolas de enfermagem, a importância da coleta sistemática e a análise de dados, realizadas com rigor metodológico (PESSUT; HERMAN, 1999). São exemplos desse modo de pensar a lista dos 21 problemas que deveriam ser o foco do cuidado de enfermagem, elaborada por Faye Abdellah em 1960, e a lista das 14 áreas de necessidades humanas básicas, descrita por Virgínia Henderson, também em 1960. Na época, foram, ainda, publicados na literatura da área exemplos de instrumentos de coleta de dados, como o modelo baseado em 13 áreas funcionais, proposto por Faye McCain, em 1965.

Em 1967, o Processo de Enfermagem foi apresentado por Helen Yura e Mary B. Walsh com quatro fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação. Ao descrevê-lo, as duas autoras evidenciaram as habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas que consideravam necessárias e essenciais à prática profissional e, portanto, aspectos significativos para a execução do Processo de Enfermagem (YURA; WALSH, 1967).

Em relação a sua importância, um aspecto que caracterizou essa primeira criação do Processo de Enfermagem foi que as necessidades de cuidado e os processos de solução dos problemas dos pacientes relacionavam-se, a determinadas condições fisiopatológicas, médicas (PESUT; HERMAN, 1999). Em

1973, foi realizada a primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem. Usando tanto o processo de raciocínio dedutivo quanto o indutivo, as participantes produziram e autorizaram a primeira listagem de problemas ou situações que eram aceitos na prática como referentes ao domínio, independente da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

O processo de enfermagem envolve um seguimento de etapas específicas, com finalidade de prestar atendimento profissional ao cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado. Requer, pois, bases teóricas do campo da Enfermagem e de fora dela (CARVALHO et al., 2007).

Segundo Horta, tendo a teoria das Necessidades Humanas Básicas por fundamento, estabelece-se a metodologia ou o Processo de Enfermagem em 6 fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico. Assim, o processo de enfermagem auxilia na sistematização da assistência prestada.

Existem diversos modos de se sistematizar a assistência de enfermagem, entre os quais se podem citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o próprio processo de enfermagem. Trata-se de diferentes formas de se desenvolver a assistência, ou seja, diversos métodos podem ser utilizados para resolver um problema, em um dado contexto, em um determinado tempo, com a finalidade de gerar resultados positivos para a saúde das pessoas de que se cuida. Cabe ressaltar, ainda, que essas modalidades de agir não são excludentes e têm naturezas distintas (CARVALHO et al., 2007).

As diferentes formas de sistematização da assistência supõem a organização das condições, dos recursos materiais e humanos, além da competência técnico-legal e valorização dada à sua contribuição, seja pela instituição, seja pelo profissional (CARVALHO et al., 2007). Em se tratando de métodos para sistematizar a assistência, na Atenção Primária à Saúde existe a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, um instrumento complexo e abrangente que inclui milhares de termos e definições, pensando em facilitar a simplicidade de sua utilização (CIE, 2009).

A CIPE pode ser considerada uma tecnologia de informação que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas, no âmbito mundial, contribuindo para

que as práticas do enfermeiro sejam qualificadas e visíveis no conjunto de dados sobre saúde vistos pela sociedade (NÓBREGA; GARCIA, 2009). Assim, a CIPE pode ser classificada como um sistema de terminologias combinatórias (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

A nova versão CIPE possibilitou ampliar a representação dos diagnósticos e resultados de enfermagem. Essa versão contém um modelo de sete eixos a partir do qual o enfermeiro pode elaborar enunciados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (ICN, 2010).

Para criar um diagnóstico de enfermagem utilizando o modelo de sete eixos da CIPE, recomenda-se incluir um termo do eixo foco e do eixo julgamento. Para compor intervenções de enfermagem, é recomendada a inclusão de um termo do eixo ação (CIE, 2007).

Na CIPE versão 1, a elaboração dos diagnósticos ocorre por meio da construção combinatória de termos que compõem os eixos, usando um termo do eixo foco e outro do eixo julgamento, conforme mostra o quadro 1:

Quadro 1 – Diagnóstico de enfermagem segundo o sistema CIPE versão 1

CIPE	
<p>Conhecimento</p> <p> </p> <p>Foco</p> <p>Conhecimento: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria ou na informação aprendida ou habilidade; cognição em reconhecimento da informação.</p>	<p>Baixo</p> <p> </p> <p>Julgamento</p> <p>Baixo: absoluto nível com específicas características: falta, déficit: quantia, intenção ou intensidade abaixo da média ou do normal.</p>
<p>Ansiedade</p> <p> </p> <p>Foco</p> <p>Ansiedade: emoção com características especiais: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem saber o motivo, acompanhado de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular, aumento do pulso, pele pálida, aumento da respiração, suores da palma da mão, pupilas dilatadas e voz trêmula.</p>	

Fonte: Adaptado de MATA et al. (2012).

Destaca-se que o foco significa uma área de atenção que se pode simplificar, por exemplo: padrão respiratório e dor; o tempo pode ser considerado como opcional para um termo do eixo foco e também tem uma relação opcional com local: como exemplo, dor nas pernas. No julgamento do enfermeiro, pode ser incerto ou limitado quando usado o eixo foco, podendo ser melhorado com descrição sobre o grau de gravidade ou natureza real, potencial, aguda ou crônica (GOOSSEN, 2006).

Já na elaboração da intervenção na CIPE versão 1, ocorre por meio da construção combinatória de termos que compõem os eixos multiaxiais, utilizando um termo do eixo ação e outro termo denominado alvo, que pode ser um termo de qualquer um dos eixos, exceto julgamento, conforme apresentado pelo quadro 2 (MATA et al., 2012).

Quadro 2 – Intervenções de enfermagem segundo sistema de CIPE versão 1.

CIPE		
Ensinar o paciente sobre o autocuidado

Ação	Cliente	Foco
Ensinar: ato de informar com características especiais: dar informação sistemática para alguém sobre assuntos relacionados à saúde.		
Paciente: indivíduo.		
Autocuidado: atividade de autodesempenho com características específicas: cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com as necessidades básicas individuais e íntimas e atividades de vida diária.		
Diminuir ansiedade do paciente.

Ação	Foco	Cliente
Diminuir: ato de alterar com características específicas: ajustar alguma coisa para conseguir o resultado desejado: menor/menor baixo.		
Paciente = indivíduo		

Fonte: Adaptado de MATA et al. (2012).

A ação de enfermagem define com ato intencional direcionado em um alvo; um descritor para ação e outro para o alvo são indispensáveis para definir uma ação de enfermagem. Geralmente, as ações são faladas por verbos que definem um ato ou efeito de atuar sobre algo (MATA et al., 2012).

3 JUSTIFICATIVA

A Atenção Primária à Saúde pode ser considerada como porta de acesso ao SUS, acolhendo diversos tipos de usuários com estado de saúde alterado ou estável. Sabe-se que, em relação ao atendimento materno, a maioria pode ser resolvida nesse contexto, ou seja, em unidades básicas de saúde, e, portanto, os profissionais devem estar capacitados para prestar esse tipo de atendimento.

O enfermeiro deve ter conhecimentos no campo da saúde da mulher para o cuidado integral nos serviços materno-infantil, especialmente na assistência às gestantes. Nessa direção, o processo de enfermagem deve auxiliá-lo para desenvolver as inúmeras tarefas ligadas ao seu exercício de enfermagem. Esse profissional realiza o registro de dados que complementa as fases de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, ações ou intervenções de enfermagem realizadas e os resultados obtidos (DINIZ et al., 2015).

Nesse sentido é que se localiza o Processo de Enfermagem como ferramenta metodológica utilizada para tornar o trabalho do enfermeiro sistematizado, organizado em fases. Sabe-se que ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, ainda, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas (COFEN, 2009).

Na Atenção Primária à Saúde, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde, o enfermeiro representa o elo entre o usuário e a equipe, e isso não é diferente frente ao cuidado de uma gestante. Além de realizar atividades específicas ao seu papel, deve tomar condutas frente à sua equipe de trabalho com a finalidade de prestar um cuidado integral à saúde da usuária. Para tal, saberes relacionados a essa área devem ser desenvolvidos continuamente, incluindo diagnósticos de enfermagem com propostas de intervenções cujo foco seja o binômio mãe-recém-nascido.

Cuidados de enfermagem representam significativa proporção de atividades em saúde na atenção primária, o que implica a necessidade de padronizar a

linguagem utilizada pelo enfermeiro. O uso do sistema de classificação tem mostrado contribuições significantes na prática de enfermagem. Como exemplo, tem-se: melhoria na comunicação entre enfermeiros e com os demais membros da equipe de enfermagem; melhoria da qualidade dos registros dos dados; possibilidade de avaliar os resultados de enfermagem e escolher as melhores intervenções; elaboração de softwares para otimizar a prática de enfermagem, o que diferencia a qualidade do atendimento prestado (SANTOS, 2010).

A CIPE é uma terminologia de referência para fenômenos (diagnósticos de enfermagem) que o enfermeiro identifica no paciente, família ou comunidade e no que ele faz (ações de enfermagem) para resolvê-los. Dessa forma, o uso do sistema de classificação da CIPE na Atenção primária à saúde deve contribuir para organizar a assistência aos diversos tipos de usuários, promovendo atenção à sua saúde de forma integral. Tal método/recurso exige o aprimoramento dos profissionais, em especial dos enfermeiros, os responsáveis técnicos pela equipe de enfermagem e unidade.

O sucesso da sistematização da assistência por meio da operacionalização das práticas de enfermagem ocorre pelo desenvolvimento mútuo, em que as pessoas são valorizadas pela organização à medida que contribuem efetivamente para o seu desenvolvimento. Analogamente, as organizações são valorizadas pelas pessoas à medida que lhes oferecem condições concretas para o seu crescimento (SOARES et al., 2015).

Nessa perspectiva, o enfermeiro no atendimento às gestantes, em situação de urgência ou não, em unidades básicas de saúde, desenvolve inúmeras tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades, as quais, dependendo de como está organizado o atendimento e do seu conhecimento sobre instrumentos/ferramentas que possam contribuir para sistematizar o cuidado, a exemplo da CIPE, podem interferir na assistência prestada. Nesse sentido, este estudo apresenta os seguintes questionamentos: O atendimento às gestantes necessita de ações específicas do enfermeiro? Que ações são comuns no atendimento pré-natal? Qual o conhecimento dos enfermeiros sobre o uso de uma terminologia como a CIPE para diagnosticar e intervir na assistência de enfermagem? Que problemas/diagnósticos são percebidos como foco do atendimento à gestante e quais intervenções são realizadas? Existem ações de

educação permanente promovidas pela instituição para desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes nos enfermeiros para o atendimento às gestantes?

Caracterizar o atendimento do enfermeiro às gestantes, mostrando problemas/diagnósticos comuns e possíveis intervenções, bem como as estratégias de educação presentes para o aprimoramento desses profissionais, deve auxiliar a reflexão dos gestores e centros formadores na elaboração de estratégias ou incorporação de novas metodologias de ensino que contribuam para o preenchimento de lacunas da formação de futuros enfermeiros.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes na Atenção Primária à Saúde.

4.2 Objetivos específicos

Identificar ações específicas do enfermeiro durante o atendimento à gestante;

Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o uso da terminologia da CIPE para a prática de enfermagem sistematizada na Atenção Primária à Saúde, principais queixas das gestantes e intervenções realizadas diante do problema identificado;

Identificar ações de educação permanente promovidas pela instituição aos enfermeiros tendo como foco o cuidado à gestante;

Elaborar um guia de orientação para o enfermeiro no atendimento à gestante sistematizando a assistência na consulta pré-natal.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipos de estudo

Este estudo é do tipo exploratório com abordagem qualitativa dos dados. A pesquisa do tipo exploratória foi escolhida porque tem como finalidade proporcionar maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado. Nesse sentido, caso o problema proposto não apresente aspectos que permitam a visualização dos procedimentos a serem adotados, será necessário que o pesquisador inicie um processo de investigação com vistas a aprimorar suas ideias e construir hipóteses. A maioria dessas pesquisas envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2008).

Neste estudo, é utilizada a abordagem qualitativa dos dados. Uma pesquisa qualitativa relaciona-se aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na busca da compreensão e da explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2004), esse tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, causas, pretensões, crenças, valores e atitudes, buscando entender as relações, os processos e os fenômenos que não podem ser reduzidos às variáveis passíveis de operacionalizações.

5.2 Cenário do estudo

Este estudo foi realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro unidades da Estratégia de Saúde da Família localizadas em um Município do interior paulista. As referidas unidades são municipais, e o atendimento é financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas unidades são portas de entrada dos serviços de saúde do município para atendimento de usuários de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, psicologia e nutrição. Considerando o objetivo desta pesquisa, vale destacar que se verifica um fluxo contínuo de gestantes provenientes de municípios vizinhos menores, que procuram pelo atendimento nessas unidades de saúde.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram enfermeiros que atuam nas unidades de saúde selecionadas, totalizando sete profissionais. Os critérios de inclusão dos participantes foram: enfermeiros que estivessem atuando há mais de dois meses, que aceitassem participar do estudo. Como critérios de exclusão, houve: estar ausente do local de estudo em decorrência de afastamento legais durante o período de coleta de dados; e enfermeiros com cargos exclusivos de gestão/administração, ou seja, que não realizam cuidados diretos aos usuários desses serviços.

5.4 Coleta de dados

5.4.1 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com as unidades de saúde a fim de solicitar autorização da gerência para a coleta de dados. Posteriormente, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente.

Para a coleta de dados, foi realizado contato prévio com os enfermeiros selecionados e agendados horário e local para a realização das entrevistas semiestruturadas. As entrevistas ocorreram individualmente no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019.

5.4.2 Roteiro para coleta de dados

Para coleta de dados, foi utilizada entrevista semiestruturada. Trata-se de um processo de interação social, no qual o pesquisador tem a finalidade de obter informações do entrevistado por meio de um roteiro contendo tópicos de uma problemática central (HAGUETTE, 2010).

O roteiro de entrevista foi elaborado em duas partes: a primeira contém questões referentes aos dados de caracterização dos participantes, como idade, sexo, ano de conclusão da graduação, tempo de atuação na instituição. A segunda parte contempla questões abertas referentes à temática estudada: O atendimento às gestantes necessita de ações específicas do enfermeiro? (Quais?). Qual o seu conhecimento sobre a utilização de uma terminologia para diagnosticar problemas de enfermagem nas gestantes? (Por exemplo, a CIPE, é uma classificação utilizada para diagnosticar na APS). Que problemas/queixas de enfermagem são comuns no atendimento às gestantes na unidade? (Problemas/ diagnóstico que são o “foco” no atendimento). Existe uma ação específica para cada problema? (diagnóstico/intervenção). Existem ações de educação permanente para os enfermeiros? (o que é oferecido pela instituição) (Apêndice A). O roteiro da entrevista foi validado por especialistas antes do início da coleta de dados.

As entrevistas tiveram duração média de 20 a 30 minutos, foram gravadas mediante consentimento do participante e, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora.

5.5 Análise de dados

A análise dos dados deste estudo foi composta pelo material transcrito das gravações das entrevistas combinado com roteiro semiestruturado. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática indutiva dos dados, um método que identifica, analisa e relata os padrões (temas) dentro dos dados; organiza e descreve seu conjunto de dados em detalhes. Por meio da sua liberdade teórica, a análise indutiva proporciona uma ferramenta de pesquisa útil e flexível, que tem a potencialidade de fornecer um relato rico, detalhado e complexo (BRAUN; CLARKE, 2006).

Em continuidade a esta linha de pensamento, consideraram-se as fases estabelecidas por Braun e Clarke (2006) na interpretação e na descrição dos dados deste estudo, como apresentado no quadro 3:

Quadro 3 – Descrição das fases da análise temática indutiva.

Fase	Descrição do Processo
Familiarizar-se com os seus dados.	Transcrever dados (se necessário), a leitura dos dados, anotando ideias iniciais. Gerar códigos iniciais.
Gerar códigos iniciais.	Codificação de características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados; recolhimento de dados relevantes para cada código.
Busca por temas.	Códigos de agrupamento em potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
Revisão de temas.	Verificar se os temas respondem aos extratos codificados (Nível 1) e de todo o conjunto de dados (Nível 2), gerando um "mapa" da temática de análise.
Definir e nomear temas.	Análise em curso para aperfeiçoar as especificidades de cada tema e o que a história geral da análise diz, gerando definições claras e nomes para cada tema.
Produzindo o relatório da análise.	A última fase da análise. Seleção de exemplos vivos, convincentes. Análise final dos trechos selecionados, relacionados às questões norteadoras da pesquisa e à literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: Adaptado de Braun e Clarke (2006).

Assim, a análise temática indutiva possibilitou, a partir das falas, extrair categorias que respondessem aos objetivos propostos neste estudo.

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi inicialmente aprovado pela Secretaria de Saúde do município onde se situam as unidades de saúde, cenário do nosso estudo. Após, respeitando os princípios éticos que regem a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição

proponente sob o protocolo OFÍCIO nº 002/2019, CAAE 02316818.5.0000.5393, tendo obtido a respectiva aprovação (ANEXO 1).

Os sujeitos do estudo foram convidados a participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), conforme Resolução 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013e). Para isso, os participantes foram identificados por números, preservando seu sigilo, seguindo a ordem de realização das entrevistas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise do material, os resultados estão apresentados em subcapítulos, sendo: Caracterização dos participantes, Ações básicas do enfermeiro para o cuidado às gestantes; O atendimento à gestante: conhecimento da CIPE; Problemas/queixas comuns das gestantes e intervenções de enfermagem; Ações de educação permanente organizacional; e Folheto para orientação do enfermeiro no atendimento à gestante: sistematizando a consulta de enfermagem pré-natal.

6.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa sete enfermeiros vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de um município do interior do Estado de São Paulo, sendo quatro de Unidade de Atenção Básica de Saúde e três da Estratégia de Saúde da Família.

Na tabela 1, apresentam-se a caracterização dos participantes segundo gênero, idade, formação profissional, tempo de formação e tempo de atuação.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros da atenção básica, segundo gênero, idade, tempo de formação na enfermagem e tempo de atuação. Ribeirão Preto, 2019

Caracterização dos Profissionais	Enfermeiros N° 07	Porcentagem %
Gênero		
Feminino	05	71,42%
Masculino	02	28,57%
Idade		
20 a 30 anos	03	42,85%
31 a 40 anos	02	28,57%
50 a 57 anos	02	28,57%
Tempo de formação na Enfermagem		
01 a 03 anos	03	42,85%
04 a 10 anos	01	14,28%
11 a 15 anos	02	28,57%
16 a 20 anos	01	14,28%
Tempo de atuação nesta Instituição		
Menos de 01 ano	03	42,85%
02 a 05 anos	03	42,85%
06 a 20 anos	01	14,28%

Fonte: elaborado pela autora (2019).

A tabela 1 confirma a predominância da mulher na área da enfermagem. Sabe-se que a hegemonia de mulheres na Enfermagem é uma realidade desde os primórdios da profissão, pois sua essência vem do cuidar, atividade que, na sociedade, era papel fundamental da mulher (ARAÚJO; PENAFORTE, 2016).

Em consonância a esse fato, pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com parceria do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) mostra que as mulheres representam 84,6% da força de trabalho desta categoria, sendo que os homens são apenas cerca de 15% (COFEN, 2015).

No que diz respeito à faixa etária, observa-se que 42,85% dos profissionais são jovens (até 30 anos), o que pode conotar certa falta de maturidade emocional para enfrentar situações diversas que podem ocorrer durante o atendimento das gestantes nas unidades, como falta de recursos individuais para gerenciar o cuidado prestado, principalmente em se tratando desse tipo de usuária que necessita, muitas vezes, de cuidados especiais, individuais próprios de seu estado de saúde.

Em relação ao tempo de atuação no referido cenário, os resultados mostraram pouco tempo do enfermeiro naquele contexto, o que pode representar rotatividade desses trabalhadores. A rotatividade pode ser definida como o número de empregados desligados da empresa em um determinado período comparativamente ao quadro médio de efetivos (MARRAS, 2011). É um efeito de variáveis internas e externas, sendo que as externas estão relacionadas à procura e à oferta no mercado de RH e às oportunidades de emprego (CHIAVENATO, 2010). Nas unidades pesquisadas, sabe-se que a cada troca de gestão há uma nova estratégia de trabalho implantada pela gerência, o que pode favorecer a rotatividade dos funcionários, principalmente entre os enfermeiros.

Em se tratando do atendimento das gestantes, a rotatividade impede a criação de vínculo com as usuárias e promove dificuldades na implementação de instrumentos/protocolos de atendimento que possam auxiliar a sistematização do cuidado prestado que responda às necessidades de saúde da população assistida. Em contrapartida, sabe-se que um maior tempo de atuação pode propiciar relação estreita e contínua com a equipe e a comunidade, facilitando o processo de acolhimento, com consequências positivas para o cuidado em saúde.

O tempo de formação profissional revelou predominância de enfermeiros com até de 10 anos de formados, o que pode representar que estes profissionais apresentam saberes específicos da profissão que contribuem para o atendimento às gestantes. No que concerne ainda à formação e à capacitação desses profissionais, os dados mostraram a busca por cursos de pós-graduação a nível lato sensu.

Observou-se que 05 (71,42%) dos profissionais têm pós-graduação em nível lato sensu e nenhum possuía pós-graduação em nível stricto sensu. As áreas de especializações variaram entre Saúde da família – 2 (28,57%), Saúde do trabalhador – 2 (28,57%), Saúde Mental – 1 (14,28%), Pediatria e Neonatologia – 1 (14,28%), Oncologia – 1 (14,28%) e Auditoria em Saúde – 2 (28,57%). Vale ressaltar que foram encontrados profissionais com mais de um título de especialização, o que reforça um perfil de enfermeiro que busca pelo seu constante aprimoramento. Entretanto, é interessante refletir que não há profissionais com especialização em Saúde da Mulher ou Obstetrícia, especificamente, o que revela falta de procura por esta área de conhecimento, alertando para possíveis limitações no cuidado às gestantes.

Acredita-se que o enfermeiro com especialização, ou seja, formação complementar, pode ter maior destreza em exercer as atividades de enfermagem. Porém, no caso da usuária gestante, alguns cuidados são muito específicos, e a assistência tende a ficar limitada caso o enfermeiro não seja habilitado para tal ou tenha conhecimento aprofundado com este tipo de atendimento, o que pode trazer consequências para as gestantes, até mesmo após o parto.

Segundo Gomes e Brito (2012), é de grande importância que os profissionais de saúde procurem se especializar, pois se sabe que a sua formação tem história marcada por problemas, como a falta de habilidade para lidar com o processo saúde-doença e ausência de articulação entre teoria e prática.

A sociedade vem passando por diversas transformações, e ser competente não significa ficar limitado aos conhecimentos já adquiridos, mas buscar constantemente novos saberes no intuito de se obter um conjunto de competências necessárias para um agir ético, responsável e eficiente (SALUM; PRADO, 2014).

6.2 Ações básicas do enfermeiro para o cuidado às gestantes

Na atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde, bem com as Unidades de Estratégia Saúde da Família, são responsáveis por todo o cuidado prestado à população de sua área de abrangência. Em se tratando do atendimento às gestantes, as Unidades, cenário deste estudo, realizam suas atividades de acordo com a demanda espontânea e necessidades de cada usuária. Os enfermeiros dessas unidades são profissionais que respondem tecnicamente por sua equipe e, para tal, são orientados a seguir protocolos/documentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, muitas vezes desconhecidos pelos próprios profissionais.

Assim, este estudo revelou ações básicas do enfermeiro no atendimento às gestantes, tais como: acolhimento, consulta de enfermagem no pré-natal, orientação nutricional e visitas domiciliares.

Durante o atendimento às gestantes, os enfermeiros revelaram que suas atividades se iniciam logo na recepção desta usuária, ou seja, no seu primeiro contato, e destacaram o acolhimento como ação crucial para o cuidado integral de qualidade.

“Olha, a partir do momento que a gestante chega à unidade, ela tem que ser acolhida tanto pela enfermeira, quanto pela técnica de enfermagem [...]” (E E 4).

“[...] na minha vivência de enfermeira eu, normalmente, dentro das minhas ações para com as gestantes, fazia primeiramente o acolhimento à essa gestante [...]” (E E 1).

O acolhimento é um conceito utilizado para especificar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Portanto, trata-se de uma ação humanizada e de escuta qualificada durante a prestação de serviço (BRASIL, 2010). Assim, é um método direcionado para facilitar a qualificação dos sistemas de saúde, possibilitando ao usuário o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade, uma ferramenta com capacidade de possibilitar e facilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Em se tratando do usuário dos serviços de atenção primária, existem maneiras de acolhê-lo, como chamar pelo nome, cumprimentá-lo, olhar para o indivíduo a ser ajudado, entre outros. Na Unidade Básica de Saúde, o acolhimento às gestantes pode ser um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada, garantir o acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal, facilitando a redução de complicações gestacionais e da taxa de mortalidade, diminuindo a ansiedade das gestantes e conflitos por atendimento, de modo a melhorar, assim, a qualidade da assistência (BRASIL, 2012a).

Os discursos revelaram que o acolhimento às gestantes deve ter características próprias, com uma visão ampla, considerando que cada gestante pode ter um tipo de necessidade e, assim, requerer um cuidado específico.

“Um acolhimento diferenciado, o enfermeiro saber ouvir as queixas dessa gestante porque às vezes ela fica um pouco sem ter como falar com o médico ou com outro profissional e pela formação do vínculo, às vezes fica mais fácil falar com esse enfermeiro [...]” (E E 6).

“[...] minhas ações eram em cima dos sintomas que elas apresentavam.” (E E 1).

Assim, no acolhimento, os saberes dos profissionais irão refletir diretamente na qualidade do atendimento prestado. É preciso que o profissional tenha

habilidades interpessoais, disponibilidade interna para ajudar o outro; deve transmitir receptividade e interesse, de modo que o usuário se sinta valorizado.

Não se pode deixar de falar da expectativa do usuário para o atendimento nesse contexto, da gestante, que, muitas vezes, espera que se possa estabelecer uma relação positiva, harmoniosa entre ela e o trabalhador de saúde, que seja capaz de gerar um acolhimento de fato e que permita uma atuação efetiva sobre a sua necessidade, trazendo-lhe benefícios. Nessa perspectiva, em continuidade ao atendimento à gestante, outras atividades podem ser realizadas no contexto das unidades básicas de saúde, e os discursos revelaram a consulta de enfermagem pré-natal como responsabilidade do enfermeiro.

“[...] a consulta de enfermagem com o enfermeiro, não só com o profissional médico, para que gestante conheça essa visão, para saber como é uma consulta de enfermagem, porque hoje em dia em muitas unidades, como na minha também, isso não é realizado, mas a gente pode sim colocar isso em prática e para a gestante seria um grande ganho” (E E 6).

“[...] precisa fazer a consulta com a gestante, consulta do enfermeiro, é necessário também que o enfermeiro acompanhe o pré-natal, faça a discussão de caso com o médico caso necessário [...]” (EE5).

Nesse sentido, os dados revelaram a importância da consulta de enfermagem no pré-natal para garantia de atendimento a todas as necessidades da usuária. Segundo a resolução COFEN 159/93, a consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, que utiliza elementos do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas que auxiliam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, pois ela se baseia com os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população (COFEN, 1993).

A consulta de enfermagem consiste no desenvolvimento de ações deliberadas e sistematizadas, relacionadas entre si, buscando fomentar ações de cuidado, permitindo que o enfermeiro atue diretamente e de maneira independente aos usuários dos serviços de saúde. Assim, essa ação contribui para o fortalecimento da autonomia do profissional (MOREIRA; SANTOS; LIMA, 2012)

A consulta de enfermagem às gestantes consiste em procedimentos técnicos, porém estão presentes os diálogos com o profissional acerca da gestação, das orientações e do aconselhamento, que integram o atendimento dos profissionais, de como ajudá-las a direcionar melhor a gestação (RODRIGUES et al., 2016). Assim, a consulta de enfermagem na gestação está direcionada tanto a procedimentos e técnicas como a atividades educativas, tais como: pedido de exames de rotina do pré-natal; orientação para início da tomada das medicações ácido fólico e sulfato ferroso; orientações na prevenção de acidentes; alimentação saudável; cuidados gerais e o preenchimento do cartão da gestante; orientação quanto ao comparecimento nas consultas, dentre outras (RODRIGUES et al., 2016).

Durante a consulta, o enfermeiro tem a oportunidade de conversar sobre diversos aspectos, destacando, aqui, orientações nutricionais à gestante.

“E a gente pode entrar na questão até de outros profissionais ou profissões, mas que o enfermeiro pode também entrar, na questão de alimentação, em cuidados gerais mesmo.” (E E 7).

“A gente orienta também quanto à alimentação, a gente faz acompanhamento mensal, em relação a palestras, então o enfermeiro foca mesmo na parte de educação.” (E E 3).

Sabe-se que na gestação acontece aumento das necessidades energéticas nos primeiros meses. Devido a enjoos causados por fatores hormonais, a gestante pode apresentar dificuldade para atingir o valor calórico estimado para esse período e, como resultado perda de peso. A duração dessa deficiência pode levar a gestante e o feto a risco nutricional, principalmente pela carência de micronutrientes essenciais para a mãe e para a formação fetal. Nesse sentido, são de grande importância o acompanhamento nutricional e a monitorização do peso das gestantes em todas as consultas de pré-natal, para melhor controle do estado materno e desenvolvimento fetal, e a monitorização dos programas de suplementação vitamínica e mineral, para evitar danos fetais e a anemia gestacional (CUNHA et al., 2016).

É essencial que as gestantes tenham acompanhamento nutricional adequado, o qual deve levar em consideração não só o estado clínico e nutricional, como também o comportamento sociocultural, o consumo adequado de nutrientes em termos de qualidade e quantidade, os quais são prioritários para a saúde de mães e filho. Ademais, destaca-se ser fundamental o acompanhamento médico do

desenvolvimento da mãe e do bebê do ponto de vista fisiológico (SOUSA et al., 2017).

Vale destacar que na consulta de enfermagem os enfermeiros devem realizar todas as orientações necessárias às gestantes para o bem-estar materno e fetal. Ademais, ao longo das consultas do pré-natal, há um fortalecimento do vínculo entre gestante e os profissionais de enfermagem. Evidências apontam fragilidades no que se refere às competências específicas na obstetrícia pela atuação da enfermagem, acarretando em fatores negativos para a qualidade da assistência, pois leva esse profissional a utilizar intervenções desnecessárias em detrimento de práticas baseadas em evidências científicas (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2008; NARCHI, 2011).

No que diz respeito ainda às ações do enfermeiro às gestantes, visitas domiciliares também foram citadas, principalmente dentro da área de abrangência da Unidade, quando avaliadas como necessárias, conforme discurso a seguir.

“De rotina não. Como é Unidade Básica de Saúde a gente não faz esse trabalho domiciliar porque não sou PSF. Só quando tem algum pedido do médico ou assistente social ou conselho tutelar.” (E E 2).

“Cadastradas dentro da micro área, né, que a gente tem uma área aqui do PSF. Como é uma área muito grande aqui e a gente não consegue abordar toda a região, então a gente faz visita às gestantes que são cadastradas no PSF.” (E E 1).

“Sim, à medida de quando a gente faz o acolhimento que eu converso, que eu sinto a necessidade também de não só na unidade mas também acolher a gestante no domicílio, às vezes avaliar como que tá sendo a sua estrutura familiar, eu também faço sim a visita domiciliar” (E E 4).

No conjunto da produção de serviços de saúde, a visita domiciliar (VD) é um instrumento privilegiado para o conhecimento do contexto em que vivem o indivíduo e sua família, das condições socioeconômicas, dos hábitos, da forma de cuidar da saúde; aspectos que, muitas vezes, não é possível de serem observados durante o atendimento realizado na Unidade básica. A VD proporciona ao profissional de saúde conhecer os modos de vida, prestar um atendimento de acordo com a necessidade de cada pessoa, aprimorar a sua capacidade em comunicar, acolher e criar vínculo com o usuário e a família (SILVA, 2012).

As visitas domiciliares, segundo Mendes e Oliveira (2007), assumem papel fundamental na organização do trabalho das equipes, pela possibilidade de entrar e conhecer melhor o ambiente familiar e sua realidade. A literatura mostra outras ações essenciais às gestantes, como exame clínico obstétrico, exame das mamas, ausculta do batimento cardíaco fetal e palpação obstétrica. Trata-se de ações que não foram verbalizadas pelos participantes deste estudo como procedimentos de rotina, o que pode caracterizar como não lembradas ou não realizadas pelo enfermeiro. Este fato corrobora estudo realizado com 134 gestantes, em que se verificou que nas UBS estas ações não acontecem (GARCIA et al., 2018).

6.3 O atendimento à gestante: conhecimento da CIPE, problemas/queixas comuns das gestantes e intervenções de enfermagem

Para que o enfermeiro tenha um bom desempenho no seu trabalho e realize um cuidado sistematizado, a utilização de instrumentos/ferramentas pode facilitar o atendimento à gestante. Os enfermeiros participantes deste estudo foram questionados quanto ao conhecimento e ao uso de ferramentas/instrumentos que pudessem nortear a assistência à gestante.

Sabe-se que na APS existe a possibilidade do uso da CIPE, que tem como objetivo unificar a linguagem de enfermagem em sua prática, representar os conceitos usados e descrever os cuidados prestados (GARCIA, 2017). Nessa direção, questionou-se aos enfermeiros o seu conhecimento sobre a CIPE, o que foi demonstrado nas falas a seguir.

“Conheço assim, de ouvir falar.” (E E 2).

“Sim. Eu uso o CIPESC, inclusive ele foi fornecido para mim através de uma fiscal do COREN, então eu utilizei o CIPESC.” (E E 4).

“Olha eu não conheço a fundo, já ouvi falar desse instrumento, inclusive procurei algumas coisas na internet, mas não é um instrumento que eu tenha base para poder falar sobre ele.” (E E 5).

Os discursos revelaram pouco conhecimento sobre a CIPE e, conseqüentemente, como a sua utilização poderia guiar o atendimento dos

profissionais de enfermagem. A CIPE prevê identificação dos problemas comuns para realização dos diagnósticos de enfermagem e planejamentos das ações a serem realizadas. Esses dados corroboram outras pesquisas em que há lacunas e dificuldades no conhecimento e na aplicação dessa ferramenta para o diagnóstico por esses profissionais, necessitando de investimento e capacitações para preparação efetiva desses profissionais na prática (CAVALCANTI; LAROCCA; AMARAL, 2017).

Embora os profissionais não reconheçam como um atendimento sistematizado à gestante, com base na CIPE, observou-se, pelas falas, que existe preocupação dos profissionais em identificar as queixas/problemas e, a partir desse diagnóstico, planejar as ações de enfermagem a serem realizadas, o que vai ao encontro das etapas da CIPE.

Existem queixas comuns de gestantes durante o atendimento de enfermagem. Dentre os problemas/queixas apresentados por elas, os discursos revelaram a presença de ansiedade, fato que pôde ser identificado pelos enfermeiros durante o atendimento a essas mulheres.

“[...] é ansiedade mesmo pelo fato que elas apresentam bastante por não saber qual médico elas vão ganhar o bebê...” (E E 2).

“[...] a maioria delas a ansiedade é correspondente àquela mãezinha que vai ter o primeiro filho, é muita informação é muita coisa [...]” (E E 1).

Sabe-se que na gestação e no puerpério são reconhecidos como fatores de risco o desenvolvimento e a exacerbação de problemas na saúde mental, com prevalências semelhantes de transtornos mentais tanto na gravidez quanto no pós-parto (BUSSEL;SPITZ; DEMYTTENAERE, 2006). Entretanto, acredita-se que o diagnóstico nesse período é negligenciado e há poucas pesquisas que procuram identificar alterações psicológicas durante a gravidez e os desfechos obstétricos (FAISAL-CURY et al., 2009).

Em pesquisas internacionais, a prevalência de sintomas psiquiátricos, particularmente ansiedade e depressão, varia de 11,8% a 34,9%, dependendo não só de aspectos socioeconômicos, do período de tempo investigado, mas também do instrumento utilizado na detecção (NASREEN et al., 2011; CHANG et al., 2014).

Estudo revelou que a ansiedade é um transtorno mental constante entre as gestantes estudadas, sendo mais frequente no terceiro trimestre da gestação. Essa situação está associada à ocupação da gestante, ao histórico de abortamento, à presença de complicações em gestações anteriores, ao desejo materno em relação à gravidez, à quantidade de cigarros consumidos por dia e ao uso de drogas ilícitas (SILVA et al., 2017).

A gravidez é um período em que alterações fisiológicas, psíquicas, hormonais e sociais fazem-se presentes (DIN et al., 2016). Assim, outros problemas/queixas comuns ou doenças podem ser identificados durante a gravidez.

A esse respeito, estudo revelou que as cinco principais queixas de primíparas e multíparas num atendimento de urgência foram, respectivamente: contração uterina, perda do tampão mucoso ou de conteúdo vaginal, perda de líquido amniótico, sangramento vaginal e dor no baixo ventre. Para as primíparas, estas queixas representaram 90,4% do total; para as multíparas, 80,9%.

Outras queixas mostradas no estudo foram: feto expelido, queda da própria altura, parto no domicílio, febre, diarreia, dispareunia, constipação intestinal, acidente automobilístico/motociclístico e agressão física sofrida (MICHILIN et al., 2016).

No presente estudo, as participantes revelaram queixas especialmente na primeira consulta de enfermagem:

“[...] as gestantes sempre chegam na primeira consulta queixando de vômitos e náuseas...” (E E 4).

“[...] e como tinha dito da alimentação, o que comer nesse período, o porquê comer, quando comer e a dificuldade de comer por terem vômitos e náuseas...” (E E 6).

“[...] percebo que elas não gostam de beber água, eu sempre oriento sobre a importância...” (E E 7).

Os fatores biológicos são as principais causas da nutrição desequilibrada em grande parte das gestantes que consomem uma pequena porção diária do que é recomendado. Sabe-se que as “exigências metabólicas estão aumentadas no período da gestação” (CARPENITO, 2011, p. 524), assim o consumo de alimentos deve ser aumentado neste período de forma equilibrada, seguindo um

acompanhamento com profissionais que avaliarão a necessidade de maior ganho de peso (BRASIL, 2006b).

Outros fatores que se relacionam à capacidade de ingerir alimentos é a presença de alguns sintomas comuns na gestação, como sialorreia, aversão ao cheiro de comida, falta de interesse em se alimentar, náuseas e vômitos que podem levar à redução do consumo de alimentos e, conseqüentemente, à perda de peso (GUELBER et al., 2014).

Sendo assim, o peso do recém-nascido tem relação direta com o estado nutricional materno pré-gestacional e gestacional, posto que o feto supre suas necessidades nutricionais através das reservas da mãe (PAULA et al., 2010). Seguindo o percurso das entrevistas, outras queixas foram relatadas, como dores pelo corpo e sinais de edema, conforme falas a seguir.

“[...] o que acontece aqui é que algumas gestantes... a gente percebe que tem algum risco, como edema [...]” (E E 1).

“[...] durante a pré e pós consulta elas falam que sentem dores nas costas nas pernas e também do inchaço [...]” (E E 7).

“[...] dor de cabeça é o que mais ouço [...]” (E E 3).

O edema gestacional origina-se devido à maior flexibilidade e extensibilidade do estrogênio, da progesterona, do cortisol e da relaxina, além de outras alterações (WOLF; THEISS, 2011). Edemas gestacionais podem causar, além de desconforto, pressão nos nervos, e o edema nas mãos e braços pode vir a causar parestesia e fraqueza muscular, dissimulando as distribuições nervosas (POLDEN, 2005).

Com finalidade de intervir diante dessas alterações, algumas técnicas são escolhidas para amenizar o edema e seus sintomas (EMRICH, 2013). Uma técnica que vem sendo utilizada é a drenagem linfática manual (DLM), técnica de massoterapia realizada com o intuito de mobilizar a linfa removendo o acúmulo de líquido de um determinado segmento corporal (SCHWUCHOW, 2008). Segundo Galino, Silva e Santos (2016), a drenagem produz um aumento da absorção, do transporte e do fluxo linfático superficial da linfa mais rapidamente. Estimula também pequenos capilares que se encontram inativos e aumenta a motricidade da unidade linfática (CAMPIGOTTO, 2012).

Conforme os discursos anteriores, as gestantes apresentam queixas de dores por todo o corpo. Durante a gestação as mudanças hormonais promovem maior flexibilidade e extensibilidade das articulações e aumento de retenção hídrica, o que afeta o sistema musculoesquelético. Devido às alterações esperadas no equilíbrio, são comuns o desconforto musculoesquelético na região do tronco e nos membros inferiores, provocando a posição imperfeita dos pés das gestantes, algia na coluna e nos membros inferiores, além de levar a alterações na marcha e, até mesmo, impotência funcional para alguns movimentos (FABRIN et al., 2010; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

As lombalgias são muito comuns, atingindo mais de 1/3 das gestantes (WU et al., 2004), e as dores aumentam principalmente se a mulher apresenta esta queixa antes de engravidar. Além disso, esse sintoma pode perdurar no período pós-parto (NOREN et al., 2002).

A inatividade física está direta ou indiretamente relacionada a dores na coluna. O sedentarismo, aliado à deficiência no sistema musculoesquelético e sobrecargas na coluna, torna os indivíduos propensos a ter dor lombar ou pélvica (JESUS; MARINHO, 2006). Ademais, as participantes deste estudo identificaram alguns agravos importantes, como nos discursos a seguir.

“[...] no caso uma hipertensão e diabetes é que a gente vai controlar se já era hipertensa e ou diabética ou se adquiriu durante a gravidez e se realmente é grave a gente vai referenciar para outro serviço.” (E E 2).

“[...] se ela tem um problema de hipertensão ou diabete essa gestante precisa de uma atenção mais prioritária, passando o acompanhamento do pré- natal para especialidade no ambulatório de saúde da mulher...” (E E 4).

“[...] por exemplo se ela tem um problema de hipertensão ela precisa de uma atenção mais prioritária... a gente fala com o médico e encaminha ela para atendimento no ambulatório de saúde da mulher.” (E E 3).

Assim, entre as doenças ou intercorrências que agravam a saúde de gestantes e puérperas estão infecções, hipertensão arterial prévia ou atual, hemorragias, cardiopatias, asma aguda grave e distúrbios tromboembólicos, entre outras. A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) é uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal, possuindo uma elevada taxa de

incidência e de prevalência no nosso país, ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal e a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instala em uma de suas formas graves, como a eclampsia e a síndrome HELLP. Pode interferir de forma significativa nas gestações de mulheres primíparas e múltiparas (GONÇALVES; FERNANDES; SOBRAL, 2005; NEME, 2005).

Portanto, a assistência de enfermagem individualizada a esse tipo de paciente é fundamental para que se estabeleça precocemente o diagnóstico com as suas devidas intervenções, proporcionando uma gestação com menos riscos para o binômio mãe-filho (AGUIAR et al., 2010). As síndromes hipertensivas podem gerar complicações, como encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, grave comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com pré-eclampsia. O feto da mesma forma fica em situação de risco e sujeito a restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso e prematuridade (TEDESCO et al., 2004).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, desde a rede de atenção básica até o nível mais complexo de atendimento, devem estar preparados para identificar riscos e socorrer o mais rapidamente possível essas mulheres (BRASIL, 2000a). Sabe-se que para cada problema/diagnóstico de enfermagem identificado, como a dor aguda, ansiedade, edema, náuseas, vômitos, sangramento, febre, incontinência urinária, constipação ou diarreia, insônia, medo, fadiga, câimbras, os enfermeiros devem realizar intervenções específicas, tais como: oferecer métodos alternativos de alívio da dor, como as massagens com óleos nos ombros e na região sacral, deambular, exercícios pélvicos, o banho morno de chuveiro ou banheira, técnicas respiratórias, entre outras medidas de conforto.

Uma Intervenção de Enfermagem é conceituada como “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente” (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010, p. 39) A intervenção de enfermagem adequada oferecida durante o período gestacional possibilita melhora do bem-estar e da qualidade de vida dessas mulheres.

Este estudo identificou nos discursos intervenções de enfermagem específicas à gestante, de acordo com o problema identificado. Em relação a

náuseas e vômitos, os profissionais aproveitavam o momento da consulta de enfermagem para realizar esclarecimentos quanto à alimentação diária.

“Oriento a gestante se alimentar a cada 3 horas com alimentos saudáveis [...]” (E E 1).

“[...] frutas, verduras é importante durante esta fase e evitar alimentos gordurosos [...]” (E E 6).

“[...] é importante a ingestão de líquidos, tipo 2 litros por dia.” (E E 4).

Em relação aos sintomas específicos, as intervenções de enfermagem podem ser para: explicar que esses problemas são comuns no início da gestação; orientar a mulher para alimentação fracionada, evitar frituras, gorduras e alimentos condimentados; evitar líquidos durante as refeições, dando prioridade à ingestão nos intervalos; agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos ou referenciar ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes; orientar a mulher a comer uma bolacha de água e sal antes de se levantar (OLIVEIRA et al., 2010).

Em relação às queixas de dores nos membros inferiores e edema nas gestantes, cuidados são orientados a fim de aliviar o problema identificado.

“O repouso sempre que possível, elevar os MMII e cuidar da postura durante o repouso usar almofadas, deitar do lado esquerdo [...]” (E E 5).

“[...] a gente orientava para deitar em decúbito lateral esquerdo, e ingerir mais líquidos [...]” (E E 1).

Considera-se que as gestantes podem manifestar um acentuado inchaço nas pernas e o surgimento de varizes, resultantes da dificuldade do retorno venoso ao coração. Devido à compressão da veia cava pelo útero gravídico, o sangue encontra resistência para retornar aos membros superiores, o que leva ao aumento do extravasamento de líquidos nos interstícios celulares, normalmente nos membros inferiores. Além disso, o volume sanguíneo aumenta aproximadamente 1500 ml (RICCI, 2008).

As varizes surgem da fraqueza congênita das paredes musculares das veias, do aumento da pressão venosa nos membros inferiores, da inatividade e de mau tônus muscular. As varicosidades podem apresentar dor, edema, ulceração e graves

complicações, como a tromboflebite – inflamação da veia com presença de coágulo na zona afetada (REZENDE, 2007).

Algumas intervenções de enfermagem específicas para varizes e edema são: não permanecer muito tempo em pé ou sentada; repousar (20 minutos) algumas vezes ao dia, com as pernas elevadas ao nível do coração; não usar roupas justas e utilizar meia-calça elástica; fazer com o pé movimentos circulares para melhorar a circulação; orientar a gestante que ao deitar prefira o decúbito lateral esquerdo para descompressão da veia cava inferior, de forma a proporcionar um melhor retorno venoso ao coração (OLIVEIRA et al., 2010).

Ainda a respeito de outras intervenções do enfermeiro consideradas essenciais, pode-se considerar o encaminhamento das gestantes para sala de imunização, apoio psicológico para controlar a ansiedade e, finalmente, orientação quanto ao trabalho de parto, cuidados com as mamas e amamentação, conforme revelam os discursos a seguir:

“[...] avaliação dessa gestante a parte da vacina [...]” (E E 4).

“[...] oriento ela trazer a carteirinha para avaliar imunológico e agendo DTPA [...]” (E E 3).

A respeito da imunização na gestação, as mulheres grávidas têm risco extremamente elevado de morbidade e mortalidade relacionadas à influenza, incluindo resultados adversos da gravidez, como restrição do crescimento fetal, parto prematuro e morte fetal (LEAL et al., 2017). As infecções por rubéola e varicela durante a gravidez podem levar a anomalias congênitas complexas.

Embora a hepatite B congênita não cause malformações, a transmissão vertical está associada à doença ao longo da vida e sequelas a longo prazo. Assim, a imunização antes da concepção seria ideal para a prevenção de doenças evitáveis por vacinação associadas à doença congênita (KADER et al., 2017).

Dessa forma, a imunização durante a gravidez proporciona não apenas benefício materno, mas pode ter o benefício adicional de proteção direta ao bebê. Imunidade passiva – ou seja, transferência de anticorpo transplacentário para imunoglobulina (Ig) G da mãe vacinada para o feto – fornece proteção infantil até os seis meses de vida (KACHIKIS; ENGLUND, 2016).

Ainda, as gestantes podem apresentar ansiedade por vários motivos, até mesmo pelo próprio quadro da gravidez, o que gera a necessidade de intervenções do enfermeiro para resolução rápida do quadro, conforme discursos a seguir.

“[...] devido ansiedade por não saberem qual médico vão ganhar o bebê, encaminhado para psicóloga para uma conversa [...]” (E E 2).

“[...] sempre após o atendimento com a psicóloga elas ficam mais tranquilas [...]” (E E 5).

Os discursos mostram que os enfermeiros encaminham as gestantes para outros profissionais de saúde. Em caso de ansiedade, estudo identificou intervenções que podem auxiliar para diminuir os níveis de ansiedade em gestantes, como a intervenção Enfermagem-Relaxamento (ARAÚJO, 2013). No referido estudo, o grupo experimental foi orientado com a técnica de relaxamento de Benson, que usa quatro elementos: ambiente tranquilo, dispositivo mental, atitude passiva e posição confortável. A partir de inúmeros estudos já descritos, utilizando a técnica de Benson (1993), optou-se, neste estudo, pela forma adaptada, ou seja, entre os passos 5 e 6, inclui a seguinte instrução: “Agora procure fazer uma viagem através da sua mente para algum lugar em que já esteve e gostaria de retornar ou para algum lugar que nunca esteve e gostaria de conhecer”. Essa técnica foi orientada a cada gestante durante cinco dias, para que pudesse aprender e realizá-la duas vezes ao dia, uma ao acordar e outra antes de dormir (ARAÚJO, 2013).

Há evidências que o suporte social seja considerado como um aspecto para redução de impacto de eventos estressantes e diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como a depressão, transtornos ansiosos e esquizofrenia, e podem da mesma forma estar associados ao desenvolvimento e ao tratamento e ao prognóstico desses problemas (LANGFORD et al., 1997; LOVISI et al., 1996). O suporte familiar é importante para o controle da saúde mental e o enfrentamento de situações desgastantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos (DESSEN; BRAZ, 2000).

Considerando ainda aspectos que envolvem uma gestação de qualidade, o enfermeiro deve ficar atento a questões relativas à amamentação, realizando orientações e esclarecendo dúvidas.

“Amamentação é falado no curso de gestante que a Santa Casa promove... eu falo algo, mas não tão específico como no curso [...]” (E E 7).

“[...] durante as consultas de pré-natal eu sempre estou por perto orientando quando vejo que há necessidade maior, falo do banho de sol nas mamas, não usar hidratante [...]” (E E 1).

A amamentação tem função importante para o lactente na proteção contra infecções, diarreia, doenças respiratórias, autoimunes, celíaca e de Crohn, linfomas, diabetes mellitus, entre outras. Ainda permite seu crescimento e desenvolvimento saudável, fortalecendo o vínculo afetivo entre mãe e filho, inclusive reduz o índice de mortalidade infantil e aumento dos benefícios não só para as crianças, mas também para a nutriz. Essa ação gera benefícios econômicos, diminui a frequência de alguns tipos de fraturas ósseas e morte por artrite reumatoide, além de câncer de ovários e mamas (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Os profissionais de saúde têm necessidade de se apoderar de conhecimentos e habilidades, tanto na prática clínica da lactação como nas habilidades clínicas no aconselhamento (COSTA; ALTAREZ, 2009). As orientações sobre Amamentação Materna (AM) não se acabam à assistência no pré-natal, mas se ampliam para a área hospitalar, pré-parto, parto e puerpério. Nesse sentido, destaca-se a importância de que a equipe de saúde conheça a rotina materna e o contexto sociocultural a que elas pertencem, suas dúvidas, medos e expectativas, bem como mitos e crenças referentes ao AM, para que possam banalizar as práticas consolidadas pelo "senso comum" que influenciam de forma negativa na lactação (BRANDÃO et al., 2012).

Ainda no contexto das intervenções, o enfermeiro deve conversar sobre o parto em si, tipos, cuidados e benefícios do parto normal.

“[...] de rotina falamos da importância do parto normal (E E 5).

“Durante o tempo do pré-natal busco falar sobre o parto e esclarecer os benefícios que o parto normal pode fazer após o nascimento do bebê” (E E 7).

“Oriento as gestantes sobre os benefícios do parto normal, o quanto influencia na amamentação na recuperação durante o pós-parto [...]” (E E 1).

“[...] incentivo o parto normal e, muitas vezes, uso exemplos de mulheres que passaram por pela experiência do parto normal e cesariana [...]” (E E 2).

Em se tratando de parto normal, a humanização do parto é um conjunto de condutas, posturas, desde o acolhimento da gestante até a forma como é abordada durante o trabalho de parto e pós-parto. Esse processo implica em atitudes transformadoras por meio de uma assistência que garanta o respeito e a sensibilidade com o trinômio mulher-criança-família, envolvendo a valorização dos sujeitos e o respeito às suas singularidades.

Ressalta-se que todo conjunto envolve o direito da gestante de escolher a melhor forma de ter seu filho, de maneira mais confortável, com abandono de técnicas desnecessárias e invasivas, como a episiotomia, o enema, a tricotomia; e deve envolver a constante atualização profissional desenvolvida nas reuniões de equipe, ancorada em evidências científicas atuais e estimulada pelos gestores da instituição. Dessa forma, tem o objetivo de fazer com que esse período não seja tão traumático, mas de felicidade (POSSATI et al., 2017).

A quantidade de mulheres que estão mudando a visão em relação à hora do parto tem crescido bastante, compreendendo que esse pode ser sim um momento menos doloroso, sendo possível vivenciar o momento inexplicável que é o parto. Ressalta-se que na gestação e no puerpério a mulher tem sentimentos diferentes, ficando com o emocional abalado. E esse sentimento está inteiramente ligado às mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher durante e após a gestação, fazendo com que seu psicológico fique mais sensível. Porém, sabe-se que essas mudanças são comuns em todas as mulheres no momento da gestação e do puerpério (LEAS; CIFUENTES, 2016).

O conceito de humanização do parto pode ser bastante diversificado, entretanto há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas (BRASIL, 2015). Ainda no âmbito do atendimento à gestante, se o enfermeiro consegue identificar problema socioeconômico, deve acionar/encaminhar ao serviço de assistência social mais próximo de sua residência para que possam ser assistidas as necessidades apresentadas.

Na Enfermagem Obstétrica, as tecnologias de cuidado envolvem técnicas, procedimentos e conhecimentos aplicados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado utilizados nas diferentes fases do parir e nascer. São tecnologias que se fundamentam na concepção de que a gestação, o parto e o nascimento são eventos naturais da vida humana, e sua prática busca não intervir nesse processo fisiológico. Assim, as tecnologias, quando aplicadas, geram o conforto e o relaxamento, reduzem os riscos e define cuidados eficazes, benéficos e específicos às necessidades da clientela (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

O cuidado de enfermagem é trabalho profissional específico com ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização; acarreta a adoção de determinado modo de fazer, fundamentado no processo de enfermagem. A padronização da linguagem dos problemas e tratamentos de enfermagem tem sido criada para mostrar e comunicar algumas regras essenciais na implementação dos cuidados. Apesar desse esforço, ainda existem vários problemas e tratamentos de enfermagem ainda não padronizados (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; AGNOLO et al., 2014).

Por essa razão, a qualidade da assistência prestada à mulher está relacionada à competência, ao compromisso e à responsabilidade dos profissionais de saúde, inclusive dos enfermeiros. E isso pode ser demonstrado na forma de atenção qualificada alcançada pela implementação da SAE no cuidado à mulher (AGUIAR et al., 2010).

6.4 Ações de educação permanente organizacional

As constantes transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho requerem incorporação de processos de educação permanente, que podem ser vinculados a um programa de treinamento e desenvolvimento das pessoas em determinada realidade de trabalho. Assim, compreende-se que a educação passa a ser uma estratégia para que o indivíduo obtenha capacitação e maior possibilidade de se aprimorar para o seu contexto de trabalho, em um movimento dinâmico mediado por valores políticos, culturais e éticos.

O conceito de educação permanente é adotado como encontro entre saúde e educação, constituindo o quadrilátero da formação que agrega ensino, atenção à gestão e controle social. No ensino, incorpora a educação formal, educação em serviço, educação continuada; no trabalho, envolve a gestão em serviço setorial, prática profissional e serviço (CECCIM; FERLA, 2008).

A educação permanente, voltada para o mundo do trabalho, baseia-se na aprendizagem significativa e no desenvolvimento a partir dos problemas diários, levando em consideração os conhecimentos e experiências pré-existentes (LOPES et al., 2007). Na aprendizagem significativa, os trabalhos devem ter conteúdos relevantes para a prática profissional (BRASIL, 2005).

Em 2007, foi publicada a Portaria nº 1.996, que reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, considerando as características de cada região e, principalmente, as necessidades de formação e de desenvolvimento para o trabalho em saúde (BRASIL, 2007). Nesse percurso, pressupõe-se que as concepções que norteiam a educação permanente no setor da saúde sofreram modificações no que se refere às definições e à sua aplicação nos serviços (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). Sabe-se que é essencial a renovação das metodologias de aprendizagem, tanto na academia como no cotidiano do trabalho das equipes ou na comunidade (DUARTE, 2011).

A educação para profissionais de saúde apresenta um grande avanço ao longo do tempo em suas concepções e conceitos, advindas das transformações sócio-econômico-políticas do país a fim de garantir qualidade da assistência prestada à população. O trabalho demanda cada vez mais dos profissionais o desenvolvimento de uma postura crítico-reflexivo, e, para isso, é necessária aprendizagem de competências técnicas e relacionais, de forma a gerar o desenvolvimento profissional e pessoal dos sujeitos (SILVA et al., 2015).

Na Atenção Primária à Saúde, a complexidade da realidade sanitária requer a incorporação constante de saberes por parte dos profissionais, o que pode ocorrer por meio de ações de educação permanente. Uma assistência pré-natal de qualidade dá-se por meio do seguimento de normas e protocolos e de um profissional qualificado.

Nessa direção, os discursos revelaram que a instituição, cenário do estudo, tem preocupação em capacitar seus profissionais e tem proporcionado o

aprimoramento por meio de cursos e capacitações, sendo realizados basicamente pela Diretoria Regional de Saúde (DRS) e pelo Núcleo de Educação Permanente – NEPH existente no município, em parcerias com Universidades públicas.

“A gente tem alguns cursos, mas assim são cursos em uma vez ao mês eu gosto muito de fazer curso pelo nossos para eu falar as minhas dificuldades pessoais por ser o primeiro emprego de enfermeira [...]” (E E 2).

“Existe sim, a gente tem o núcleo, né, pequeno núcleo de educação permanente e humanização, e aí ...oferece palestras... cursos, capacita também os funcionários, como também teve uma reunião inclusive uma professora de Escola de Enfermagem que ela veio no final do ano de 2018 [...]” (E E 1).

A estratégia de educação permanente nas unidades de saúde deve buscar refletir sobre as práticas cotidianas dos enfermeiros no atendimento às gestantes, com o objetivo de realizar ações que qualifiquem a atenção à saúde, de modo que tragam atualizações importantes para os profissionais aplicarem no seu trabalho.

“[...] sim porque eu comecei há dois meses, pouco tempo, converso com os profissionais que já estão há mais tempo e converso com outros profissionais e sei que encaminham tanto para Ribeirão, então tem palestras tem curso, o município incentiva muito essa questão.” (E E 4).

“Existe sim, a gente tem o núcleo, né, pequeno núcleo de educação permanente e humanização, e a gente faz palestras, faz cursos, capacita também os funcionários, como também teve uma reunião inclusive uma professora de Escola de Enfermagem que veio no final do ano de 2018...” (E E 7).

É função dos gestores municipais disponibilizarem a atividade de educação permanente no campo de trabalho visando ao melhor atendimento no cotidiano (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009). Assim, um Núcleo de Educação Permanente tem como objetivo implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que está voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, deve oferecer palestras, oficinas, cursos, treinamentos para melhoria no atendimento aos pacientes da Atenção Primária e Secundária envolvendo saberes de diversas categorias profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, nutricionistas, educador físico, agentes

comunitários, médicos, recepcionistas, escriturárias, assistente social, equipe da limpeza, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, agente de vetores). Ainda, em caso de conflitos entre equipe e/ou usuários, o Núcleo pode intervir com trabalho de humanização até mesmo dentro do local e horário de trabalho, por meio de dinâmicas, rodas de conversas, levando à reflexão dos trabalhadores envolvidos.

O enfermeiro, por ter relação direta com o contexto social dos indivíduos e famílias, é considerado um dos principais agentes de promoção da saúde e do cuidado integral à pessoa, e à comunidade, tendo a potencialidade de compreender as questões biopsicossociais (MINAYO, 2012; SANTOS et al., 2012). Nesse contexto, um estudo realizado com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família reafirma que, para o desenvolvimento de suas atribuições, o profissional deve conhecer-se e apropriar-se da realidade e do contexto social, planejando suas ações a fim de atender às necessidades aplicadas (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

O enfermeiro, como protagonista no atendimento de enfermagem no pré-natal, também desempenha papel de agente educador em saúde e, para tal, necessita adquirir novos saberes constantemente. A formação pedagógica, pautada em uma abordagem crítico-social, concorre para o enfermeiro-educador desenvolver sensibilidade para refletir sobre a realidade social e propor ações transformadoras, em uma perspectiva de trabalho (SILVA et al., 2018).

Ao se buscar uma prática educativa transformadora, o enfermeiro transforma-se, também, como trabalhador, pela ampliação de sua consciência crítica sobre seu próprio processo de trabalho, e como educador, sendo que esta subjetivação do trabalho permite-lhe uma ressignificação de sua prática para além das normas e das rotinas impostas pelo trabalho prescrito (DAVID; ACIOLI, 2010).

Assim, percebe-se a educação permanente como relevante no que concerne à atualização desse profissional para desenvolver a consulta de pré-natal com qualidade, além de promover atitudes em busca de uma assistência eficaz e segura. Ainda, gestores devem refletir sobre a qualificação do serviço de atenção primária, com o aumento quantitativo de profissionais habilitados na área de atenção à saúde da mulher, para que se ofereçam intervenções apropriadas no período do pré-natal, reduzindo ou eliminando possíveis complicações para a mulher ou concepto/recém-nascido.

6.5 Folheto para orientação do enfermeiro no atendimento à gestante: sistematizando a consulta de enfermagem pré-natal

Assim, pensando em uma forma de conduzir de forma sistematizada a assistência pré-natal na APS, a partir dos dados coletados e da literatura consultada, foi elaborado um folheto explicativo (Figuras 1 e 2) que tem o objetivo de nortear o enfermeiro no atendimento à gestante, apresentando atividades básicas, como acolhimento, consulta pré-natal, visitas domiciliares e outras orientações; além disso, problemas/diagnósticos de enfermagem comuns às gestantes e intervenções que podem ser realizadas diante dos problemas identificados (APÊNDICE C).

Figura 1 – Guia de orientação para o enfermeiro no atendimento à gestante na Unidade Básica de Saúde. Ribeirão Preto, 2019 (frente/parte externa)

- Encaminhar para avaliação nutricional se agravar quadro de fraqueza;
- Administrar medicações, conforme prescrição médica se náuseas, dor lombar ou ansiedade.
- Orientar a aplicação de calor local 3x ao dia, se dor lombar;
- Orientar quanto ao uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Orientar quanto ao revezamento de posições: sentado x permanecer em pé;
- Orientar ao parceiro que realize massagens com hidratantes na região lombar, se dor;
- Encaminhar ao fisioterapeuta, se agravar o quadro de dor lombar;
- Identificar os fatores que trazem ansiedade;
- Orientar a realização de caminhadas respirando fundo e devagar se ansiedade;
- Orientar ao parceiro quanto às alterações fisiológicas da gravidez e sua participação para amenizar o quadro;
- Orientações na prevenção de acidentes;
- Orientar quanto ao uso de meia calça para gestante se possível para evitar varizes;
- Atentar para identificação precoce de rompimento (trombose venosa) dos vasos: calor, rubor e dor;
- Orientar repouso com as pernas elevadas de pelo menos 20 minutos;
- Orientar quanto à exposição direta ao sol para evitar cloasma e uso de protetor solar;
- Orientar a não utilizar cremes abrasivos, sabonetes esfoliantes;
- Orientações de imunização (antitetânica, influenza e outras);
- Orientações quanto ao planejamento familiar;
- Cuidados gerais, preenchimento do cartão da gestante e orientação quanto o comparecimento nas consultas.

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À GESTANTE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

REFERÊNCIAS

- Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5)
- Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA AO CUIDADO FAMILIAR. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2009;14(4):667-674. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/483648977012>
- Garcia ESGF, Bonelli MCP, Oliveira AN, et al. As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. *Rev Fund Care Online*. 2018 jul./set.; 10(3):863-870. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.863-870>.
- GUELBER, F.A.C.P. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 40, n. 1 e 2, p. 61-66, jan./jun. 2014
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2009-2011. Tradução de Jane Liliane M. Michel. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 393.
- Reis RS, Rached CDA. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. *International Journal of healthmanagement review*. 2017; 3(2).

Programa de Pós-graduação
MESTRADO PROFISSIONAL
em Tecnologia e Inovação
em Enfermagem
EERP/USP

Figura 2 – Guia de orientação para o enfermeiro no atendimento à gestante na unidade básica de saúde. Ribeirão Preto, 2019(verso/parte interna)

ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO À GESTANTE	
AÇÕES BÁSICAS	SIGNIFICADO
ACOLHIMENTO	Relação que se estabelece entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Se trata de uma ação humanizada e de escuta qualificada durante a prestação de serviço.
CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ NATAL	Atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.
VISITA DOMICILIAR	Instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações. É o comparecimento de um integrante da equipe de saúde no domicílio, para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade.
ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA	Têm como objetivo determinar se a gestante necessita de encaminhamento para níveis específicos de complexidade e especialidade, de acordo com a prioridade definida do atendimento. Encaminhamento ao médico, à nutricionista, à assistente social, ao odontólogo e, outros profissionais ou serviços.
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA PRÉ-NATAL	
A consulta de enfermagem às gestantes consiste, em procedimentos técnicos, porém, estão presentes os diálogos com o profissional acerca da gestação, as orientações e o aconselhamento, que integram o atendimento dos profissionais, de como ajudá-las a direcionar melhor a gestação.	
ATIVIDADES BÁSICAS	
<ul style="list-style-type: none"> Entrevista: identificação da gestante; antecedentes pessoal e familiar; condições sócio-econômicas e culturais; situações relacionadas com o estado gestacional; condições de saúde atual. Exame Físico: verificação do peso e altura; TRP e PA; inspeção da mama; condições dos dentes; existência de edema e varizes. Exame Obstétrico: medida da circunferência abdominal; fundo do útero; apresentação; situação; posição; batimentos cardiofetal - BCF. Orientação: orientações estão voltadas para os problemas identificados, destacando-se também, as informações sobre puerpério, cuidados com a criança e medidas gerais de proteção à saúde. 	
Principais Diagnósticos de Enfermagem no atendimento à gestante	
<ul style="list-style-type: none"> Ansiedade sentimento de desconforto ou temor acompanhado por resposta autonômica caracterizada por preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida Câimbras relacionadas a déficit de eletrólitos, levando a contração deficiente. Cloasma relacionada a mudanças hormonais caracterizada por manchas escuras na face Constipação relacionada com motilidade diminuída do trato gastrointestinal secundária a gravidez e atividade física insuficiente evidenciado por verbalização de mudanças no padrão intestinal, dor na passagem das fezes e frequência diminuída. Dor aguda (membros inferiores, pelve, região inguinal e lombar) relacionada a agentes biológicos e psicológicos evidenciada por verbalização, gestos protetores, distúrbios do sono, comportamento expressivo. Edema relacionado a retenção de líquido devido aumento da produção do hormônio antidiurético. Fraqueza e desmaio relacionada a ingestão diminuída de alimentos, levando ao déficit de nutrientes para o organismo. Incontinência urinária por pressão relacionada com pressão intra-abdominal alta devido ao útero gravídico evidenciada por relato de urgência urinária e frequência urinária a intervalos menores do que uma hora. Medo relacionado ao parto, a ter relação sexual. Manifestado por relato verbal. Náusea relacionada com irritação do trato gastrointestinal devido à gravidez evidenciada por verbalização de enjôo. Padrão do sono perturbado evidenciado por queixas verbais de não se sentir descansada. Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionado à ingestão de alimentos sólidos no final do dia e peso acima da linha de base no início da gestação e disfunção dos padrões alimentares. Varizes Alteração da elasticidade dos vasos devido ao aumento de peso 	
Cuidados/Intervenções de enfermagem à gestante	
<ul style="list-style-type: none"> Atividades educativas (Cuidados com a gestação, atividade física e sexual, aleitamento materno, medidas de conforto, e cuidados com o RN); Pedido de exames de rotina do pré-natal (citopatológico, laboratoriais); Exame clínico (Inspeção pele e mucosas, Palpação da tireoide, pesquisa de edema em MMII, Exame obstétrico - mamas, ausculta do batimento cardio-fetal e palpação obstétrica-); Aferir sinais vitais, atentando para valores pressóricos; Manter MI elevados durante os episódios de desmaios/fraqueza; Orientar deitar em decúbito lateral, respirando profundamente e pausadamente em caso de desmaio/fraqueza; Orientar quanto à ingestão nutricional, de complexos vitamínicos e seus horários ideais; Orientações quanto ao início da tomada das medicações ácido fólico e sulfato ferroso; Orientar quanto aos intervalos de uma refeição e outra, não ultrapassando três horas sem ingestão de alimentos; Orientar a ingestão de 2000ml de líquido nas 24h; Orientar dieta rica em fibras e cereais integrais; Orientar quanto ao consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio; 	

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar dos aspectos importantes demonstrados neste estudo, algumas limitações devem ser lembradas. O tamanho da amostra pode ter influenciado nos resultados encontrados quanto à identificação dos problemas e das intervenções realizadas pelo enfermeiro no atendimento à gestante. Dessa forma, a realização de estudos com amostras maiores, incluindo as gestantes como ouvintes, além dos profissionais, podem revelar resultados e aspectos diferentes dos deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento da gestante na APS é fundamental, pois o cuidado pré-natal pode ser o único contato que a mulher em idade reprodutiva tenha com os serviços de saúde, tornando-se, assim, essencial para intervenções direcionadas à promoção da sua saúde. A gravidez constitui-se em um fenômeno fisiológico que se caracteriza por modificações e adaptações biológicas e psicossociais e geralmente evolui de forma saudável.

Durante a gestação, o atendimento multiprofissional é importante, pois a maioria das gestantes necessita de um mínimo de ações. Em algumas situações, podem ocorrer, inclusive, complicações, necessitando de atenção e intervenções de emergência. Nesse contexto, o enfermeiro vem se destacando como profissional apto para efetivar as ações propostas pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à atenção integral, humanizada e de qualidade na assistência a gestantes, parturientes e puérperas.

Diante disso, este estudo apresenta atividades básicas do enfermeiro no atendimento às gestantes na APS, tais como: acolhimento, consulta pré-natal, visita domiciliar, orientação nutricional e encaminhamentos e transferências quando necessários. A esse respeito, sabe-se que, durante a consulta pré-natal, atividades essenciais devem ser desenvolvidas, sendo sintetizadas em 4 etapas: Entrevista com identificação da gestante, antecedentes pessoais e familiar, condições socioeconômicas e culturais, situações relacionadas com o estado gestacional e condições de saúde atual; Exame Físico, com verificação do peso e da altura, sinais vitais, inspeção da mama, condições dos dentes, existência de edema e varizes; Exame Obstétrico, com medida da circunferência abdominal, fundo do útero, apresentação, situação, posição, batimentos cardíacos (BCF) e orientações voltadas para os problemas identificados, bem como informações relacionadas a alimentação, atividade física e outras diversas.

Durante a consulta pré-natal, é possível identificar queixas problemas comuns que podem gerar diagnósticos de enfermagem e nortear a implementação dos cuidados a serem prestados. Assim, o enfermeiro estabelece vínculo com as gestantes, aumenta a confiança, contribuindo ainda para minimizar os problemas e desenvolver a corresponsabilidade do cuidado.

A importância da utilização dos diagnósticos de enfermagem durante a consulta de pré-natal está em prestar cuidados conforme as necessidades de cada gestante, melhor planejamento da assistência e prescrição de cuidados. A prática da consulta de enfermagem deve ser valorizada, principalmente nas unidades básicas de saúde, as quais são a porta de entrada para grande parte das gestantes. A esse respeito, este estudo identificou problemas/diagnósticos verbalizados pelas gestantes, como: náuseas, vômitos, edema, hipertensão arterial, dor aguda, além de transtornos mentais, como ansiedade.

A identificação de possíveis transtornos na gestação e fatores associados pode colaborar para melhor compreensão da dinâmica do binômio mãe-filho e permite a elaboração de medidas preventivas na assistência pré-natal na APS, a qual se caracteriza por ser um momento oportuno para o desenvolvimento de intervenções que visem à promoção da saúde mental das gestantes.

Apesar de os enfermeiros possuírem a liderança na equipe de enfermagem para a execução e a avaliação do atendimento às gestantes, cabendo-lhes privativamente o diagnóstico de enfermagem dessas usuárias, esses profissionais ainda detêm pouco conhecimento sobre ferramentas/métodos que possam contribuir para organizar a assistência. A relevância em identificar diagnósticos de enfermagem durante a consulta de pré-natal está em prestar cuidados de acordo com as necessidades de cada usuária e, a partir deles, planejar a assistência e prescrever as intervenções a serem realizadas.

As intervenções de enfermagem surgem, nesse contexto, para efetivar a sistematização da assistência e melhorar a qualidade de vida, já que durante esse período a mulher passa por alterações em todos os âmbitos que, por vezes, traduzem-se em sinais e sintomas desagradáveis, podendo afetar seu bem-estar.

Nessa direção, apresentou-se neste estudo um guia ou roteiro que pode orientar o enfermeiro no atendimento às gestantes, mostrando atividades básicas, além de principais diagnósticos de enfermagem e intervenções, contribuindo para colocar em prática a Sistematização da Assistência de Enfermagem. O enfermeiro, como protagonista no atendimento de enfermagem no pré-natal, desempenhando papel importante no tocante à prevenção e à promoção como agente educador em saúde, necessita adquirir novos saberes constantemente. Nessa direção, a educação permanente aparece como uma maneira de aprimorar o conhecimento dos profissionais e precisa ser incorporada como dispositivo que proporcione

mudanças no cotidiano dos serviços de saúde, com reflexo positivo para a população assistida. Ações de educação permanente podem ser oferecidas, tanto pela organização, trazendo atualizações importantes para os profissionais aplicarem no trabalho, como também podem ser iniciativa de cada profissional, ao considerar a corresponsabilidade por sua aprendizagem contínua.

REFERÊNCIAS

ADREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

AGNOLO, C. M. D; GRAVENA, A. A. F; LOPES, T. C. R; BRISCHILIARI, S. C. R; CARVALHO, M. D. B; PELLOSO, S. M. Mulheres em idade fértil: causas de internação em unidade de terapia intensiva e resultados. **ABCS Health Sci.**, 2014 n. 39, v. 2, p. 77-82. Disponível em: <http://www.portalnepas.org.br/abcs/hs/article/view/626/641> Acesso em: 20 mar. 2019.

AGUIAR, M. I. F; FREIRE, P. B. G.; CRUZ, I. M. P.; LINARD, A. G.; CHAVES, E. S.; ROLIM, I. L. T. P. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Rev Rene.**, 2010, n. 11, v. 4, p. 66-75. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

ALVARADO, R.; PERUCCA, E.; NEVES, E.; ROJAS, M.; MONARDES, J.; OLEA, E. E.; VERA, A. Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. **Revista Chilena de Obstetrícia e Ginecologia**, n. 58, v. 2, p. 135-141, 1993.

ARAÚJO, C. L. F.; GOMES, S. R. C. Práticas e políticas de saúde como determinantes do papel social da mulher. **Revista de enfermagem da Escola Anna Nery**, ano 1, n.1, set. 1997.

ARAÚJO, N. M; SALIM, N. R; GUALDA, D. M. R; SILVA, L. C. F. P. Body and sexuality during pregnancy. **Rev Esc Enferm USP**, n. 46, v. 3, p. 552-8, 2012.

ARAÚJO, S. T.; PENAFORTE, K. L. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on-line**, n. 11, v. 10, p. 3831-9, 2016.

ARAÚJO, W. S. **Efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento nos níveis de ansiedade e de depressão em gestantes de alto risco**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. **A Contracepção no Brasil 1980-1990**. Recife: SOS Corpo, 1991.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **PHYSIS**, n. 22, v. 4, p. 1333-56, 2012.

BAPTISTA, A. S.; FURQUIM, P. M. Enfermaria de Obstetrícia. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. (p. 11-13). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

BENSON, H. The relaxation response. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. **Mind/body medicine: how to use your Mind for better health**. Boston: Consumers Reports Books, 1993. p. 233-257

BRANDÃO, E. C.; SILVA, G. R. F.; GOUVEIA, M. T. O.; SOARES, L. S.; Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n. 2, v. 14, p. 355-365, 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/pdf/v14n2a16.pdf Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I** Ministério da Saúde. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei 7498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 02 abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013e.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996/GM de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/341197/> Acesso em: 13 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – 2004 a 2007. Resumo das atividades realizadas em 2003. Brasília – DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p. il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il. – (Série E. Legislação em Saúde) (2012a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13) (2013a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).(2013b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher**. PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as mulheres 2013-2015 (PNPM) 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf> Acesso em: 02 jun. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Plano de Ação 2004 – 2007**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas– Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology qual. **Res. Psychol.**, London, n. 2, v. 3, p. 77-101, 2006.

BULECHEK, G. M; BUTCHER, H. K; DOCHTERMAN, M. J. C. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

BUSSEL, J. C.; SPITZ, B.; DEMYTTENAERE, K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. **Birth**, n. 33, v. 4, p. 297-302, 2006.

CAMPIGOTTO, M. **A importância da utilização da drenagem linfática manual no período gestacional e da eletroestimulação (corrente russa) no puerpério**. Artigo científico (pós-graduação em Estética Corporal e Facial) – Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camboriú, 2012.

CAMPOS, K. F. C; SENA, R. R; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc Anna Nery**, n. 21, v. 4, 2017.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: Uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Soc.**, n.18, v.1, p. 48–51, 2009.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M.; DALRI, M. C. B.; JESUS, C. A. C. Obstáculos para a implementação do processo de Enfermagem no Brasil. **Rev Enferm UFPE On-line**. n. 1, v. 1, p. 95-9, 2007.

CAVALCANTE, M. D. M.; LAROCCA, L. M.; AMARAL, J. R. M. Uso da terminologia no processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva: uma revisão integrativa. **Revista Biosalus**, n. 2, v. 1, p. 1-19, 2017. Disponível em: <http://revista.famma.br/unifamma/index.php/bios/article/view/370/189> Acesso em: 22 fev. 2019.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab Educ Saúde**, n. 6, v. 3, p. 443-56, 2008

CHANG, H. Y.; KEYES, K. M.; LEE, K. S.; CHOI, I. A.; KIM, S. J.; KIM, K. W.; SHIN, Y. H.; AHNH, K. M.; HONG, S. J.; SHIN, Y. J. Prenatal maternal depression is associated with low birth weight through shorter gestational age in term infants in Korea. **Early Human Development**, n. 90, p. 15-20, 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem.** Diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html Acesso em: 20 mar. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privado, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: 2009 Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009> 4384 Acesso em: 18 mar. 2018.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE® versão 2:** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Argol Editora, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). **Resolução COFEN nº 159, de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **CIPE® Versão 1:** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Argol, 2007.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (CIE). **ICN Framework of Competencies for the generalist nurse.** Geneva: Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Ordem dos enfermeiros. **Programa de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, junho 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA.

Consolidação da legislação e ética profissional. PIRES, E. P. et al. (orgs.) 2. ed. - Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem – SC: Quorum Comunicação, 2013.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002:** aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil.** Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999.

COSTA, M. A.; ALTAREZ, C. A. Incentivo ao aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde do município de Farol, Paraná. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 4, n. 2, p. 6-13, 2009.

COUTINHO, L. R. P; BARBIERI, A. R; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 514-524, jun. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019

CUNHA, L. R; PRETTO, A. D. B.; BAMPI, S. R.; SILVA, J. M. G. C.; MOREIRA, Â. N. M. Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde de Pelotas-RS. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 10. n. 57. p. 123-132. Mai./Jun. 2016.

DAVID, H. M. S. L; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev Bras Enferm.**, n. 63, v. 1, p. 127-31, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a21.pdf>
Acesso em: 17 abr. 2018.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2019.

DIN, Z.U; AMBREEN, S; IQBAL, Z; IQBAL, M; AHMAD, S. Determinants of antenatal psychological distress in Pakistani women. **Noro Psikiyatrs Ars** [Internet], v. 53, n. 2, p. 152-7, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353020/> Acesso em: 03 fev. 2019.

DINIZ, I. A.; CAVALCANTE, R. B.; OTONI, A.; MATA, L. R .F. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, 2015.

DOTTO, L. M; MAMEDE, M. V; MAMEDE, F. V. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. **Esc Anna Nery**, n. 12, p. 717-25, 2008.

DUARTE, L. R. Ensino em serviço para o desenvolvimento de práticas educativas no SUS pelos agentes comunitários de saúde. In: MIALHE, F. L. (org.). **O agente comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas: Editora da UNICAMP; 2011.

EMRICH, M. L. **Drenagem Linfática Manual Em Gestantes: Uma Revisão Da Literatura**. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Centro De Estudos Avançados e Formação Integrada. Especialização em Fisioterapia Dermatofuncional. Goiânia: Biblioteca Virtual de Fisioterapia em Dermatofuncional. 2013.

ESPIRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/ fazer. **Esc Anna Nery**, n. 10, v. 3, p. 539-46, 2006.

FABRIN, E. D. et al. Influência das técnicas de fisioterapia nas algias posturais gestacionais. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Valinhos, v. 14, n. 2, p. 155-162, 2010.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.; ARAYA, R.; ZUGAIB, M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. **Arch Womens Ment Health**, v. 12, n. 5, p. 335-343, 2009.

FERREIRA, C. C. M. O perfil da equipe de enfermagem no atendimento em urgências e emergências obstétricas. **Revista Fafibe on-line**, Bebedoura – SP, v. 8, n. 1, p. 332-345, 2015.

FERREIRA, S. L. **Mulheres e serviços de saúde: processo de trabalho em distritos sanitários**. Salvador: Ultragraf. 1996.

FRAGA, T. F.; MATOS, E.; COSTA, R.; SALUM, N. C.; MALISKA, I. C. A. Processo de Enfermagem em Centro Obstétrico: Perspectiva dos Enfermeiros. **Texto contexto- enferm.**, Florianópolis-SC, v. .27, n. 3, 2018.

FREITAS, F.; COSTA, S. H. M.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2001.

GALINO, L. G.; SILVA, M. M.; SANTOS, J. M. Efeitos da drenagem linfática manual na gestante: revisão sistemática de ensaios aleatórios. **Interfisio**, 2016. Disponível em: <http://interfisio.com.br/?artigo&ID434&url=Efeitosda-Drenagem-Linfatica-manual-na-Gestante--Revisao-Sistematica-de-Ensaio-Clinicos-Aleatorios>. Acesso em: 23 mai. 2016

GARCIA, E. S. G. F.; BONELLI, M. C. P.; OLIVEIRA, A. N.; CLÁPIS, M. J.; LEITE, E. R. P. C. The Nursing Care Actions Toward the Pregnant women: Challenging the Primary Health Care. **J. res. Fundam. care online**, v. 10, n. 3, p. 863-87, 2018; Disponível em: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.863-870ue Acesso em: 22 mar. 2018.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 2004 Disponível em: <http://eee.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm> Acesso em: 18 mar. 2017.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S. (orgs.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. 1º ed. São Paulo: Atheneu; 2004. v. 2.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, L. A.; BRITO, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, 2012.

GONÇALVES, R; FERNANDES, R. A. Q; SOBRAL, D. H. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 1, p. 61-4, 2005.

GOOSSEN, W. Cross-mapping between three terminologies with the international standard nursing reference terminology model. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 17, n. 4, p. 153-64, 2006;

GRAMACHO, R. C. C. V; SILVA, R. C. V. Enfermagem na cena do parto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e nascimento**. v. 4. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

GUELBER, F. A. C. P.; ROCHA, P. A.; PAIVA, A. C. P. C.; SALIMENA, A. M. O.; DUQUE, K. C. D. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. **HU revista**. v. 40, n. 1-2, p. 61-66, 2014.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 12 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Competencies**. New York: ICM, 2002. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>. Acesso em: 17 abr. 2018.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **About ICNP®: definitions & elements** [Internet]. Geneva; 2010. Disponível em: http://www.icn.ch/icnp_def.htm Acesso em: 17 abr. 2018.

JESUS, G.T.; MARINHO, I. S. F. Causas de lombalgia em grupos de pessoas sedentárias e praticantes de atividades físicas. **Rev Dig EF Deportes**, v. 10, n. 92, p. 1-11, 2006. Disponível em: URL: www.efdeportes.com Acesso em: 22 mai. 2017.

KACHIKIS, A.; ENGLUND, J. A. Maternal immunization: optimizing protection for the mother and infant. **Journal of Infection**, v. 72, p. S83-S90, 2016.

KADER, C.; KARA, M.; GÖÇMEN, A. Y.; ERBAY, A.; POLAT, M. F. Antibodies against vaccine preventable diseases in pregnant women measles, mumps, rubella, varicella and tetanus in Yozgat, Turkey. **Konuralp Tıp Dergisi**, Turkey, v. 9, n. 2, p. 106-111, 2017.

KEELING, D. I.; PRICE, P. E.; JONES, E.; HARDING, K. G. Social support: some pragmatic implications for health care professionals. **Journal of Advanced Nursing**, v. 23, p. 76-81, 1996.

LANA, A. P. B. Ansiedade. In: LANA, A. P. B. **A amamentação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LANGFORD, C. P. H.; BOWSHER, J.; MALONEY, J. P.; LILLIS, P. P. Social support: a conceptual analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 25, p. 95-100, 1997.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N.; SANTOS, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017.

LEAS, E. R.; CIFUENTES, D. J. Parto humanizado: contribuições do enfermeiro obstetra. **Rev. Ciência Cidadania**. Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE. V. 2, n. 1, p. 74-90, 2016.

LOPES, S. R. S; PIOVESA, E. T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M. F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciênc Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-55, 2007.

LOVISI, G. M.; MILANIL, I.; CAETANO, G.; ABELHA, L.; MORGADO, A. F. Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? **Inform. Psiq**, v. 15, n. 2, p. 65-68, 1996.

MANDÚ, E. N. T. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v. 10, n. 1/2, p. 57-70, abr./out. 1997.

MARINELLI, N. P; SILVA, A. R. A; SILVA, D. N. O. Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios para implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 254-263, jul./dez. 2015

MARQUES, E.; S.; COTTA, R.; M.; M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência e. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2018.

MARRAS, Jean Pierre. **Administração de recursos humanos**: do operacional ao estratégico. 14ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

MATA, L. R. F. et al. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.

46, n. 6, p. 1512-1518, 2012. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600031&lng=en&nrm=iso)

62342012000600031&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 out. 2019.

MCGUIRE, A. D. The genesis and nature of nursing diagnosis. In: CARLSON, J. H.; CRAFT, C. A.; MCGUIRE, A. D.; POPKESS-VAWTER, S. **Nursing diagnosis: a case study approach**. Philadelphia (USA): W. B. Sauunders; 1991, p. 3-19.

MENDES, A. O.; OLIVEIRA, F. A. de. Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de janeiro, v. 2, n. 8, jan-mar. 2007.

MICHILIN, N. S. et al. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n. 4, p. 669-75, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 621-6, 2012.

MOREIRA, M. S; SANTOS, S. M. C; LIMA, M. K. C. Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: a percepção dos usuários. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 52-7, 2012.

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery**, v. 7, p. 23-9, 2011.

NASREEN, H. E.; KABIR, Z. N.; FORSELL, Y.; EDHBORG, M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. **BMC Women's Health**, n. 11, p. 22, 2011.

NATH, P. S.; BORKOWSKI, J. G.; WHITMAN, T. L.; SCHELLENBACH, C. J.
Understanding adolescent parenting: the dimensions and functions of social support.
Family Relations, v. 40, n. 4, p. 411-420, 1991.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3ªed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev. Bras Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 227-30, 2005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-71672005000200020&lng=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62. n. 5, p. 758-6, set./out. 2009.

NOREN, L; OSTGAARD, S; JOHANSSON, G; OSTGAARD, H.C. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. **Eur Spine J.**, v. 11, n. 3, p. 267-271, 2002.

OLIVEIRA, G.K.S.; FRANÇA, B. F.; FREIRE, K. R. B.; OLIVEIRA, E. R. Intervenções de Enfermagem nas Adaptações Fisiológicas da Gestação. **VEREDAS FAVIP – Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

OPAS BRASIL. Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Folha informativa – Mortalidade materna**. Atualizada em agosto de 2018. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 13 nov. 2019.

PAULA, C. G. et al. Baixo peso ao nascer: fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional – uma revisão. **Revista Científica Augustus**, v. 14, p. 86-98, 2009.

PESUT, D. J.; HERMAN J. A. **Clinical reasoning**: the art and science of critical and creative thinking. Albany (NY): Delmar;1999.

PIVOTO, F. L; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. L; SILVA, P. A; BUSANELLO, J. Produção de subjetividade do enfermeiro: relação com a implementação do processo de enfermagem. **Rev. Enferma. UFPE on-line**, v.11, n. 4, p. 1650-7, 2017. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15261/18057>
 Acesso em: 22 mar. 2018.

POLDEN, M. M. J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. 7ª Ed. São Paulo: Ed. Santos, 2005.

POMPEO, D. A; ROSSI, L. A; GALVÃO, C. M. Integrative literature review: the initial step in the validation process of nursing. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en_a14v22n4.pdf Acesso em: 24 mar. 2018.

POSSATI, A. B.; PRATES, L. A.; CREMONESE, L.; SCARTON, J.; ALVES, C. N.; RESSEL, L. B. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, v.;21, n. 4, 2017

REZENDE, M. F. **Obstetrícia fundamental**. 11ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, I. R.; RODRIGUES, D. P.; FERREIRA, M. A.; PEREIRA, M. L. D.; BARBOSA, E. M. G. Constituent elements of the nursing consultation in the pre-natal

care in the view of the pregnant women. **Rev rene.**, v. 17, n. 6, p. 774-81, 2016.

Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6492/4728> Acesso em: 06 jul. 2018.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-8, 2014.

SANTOS, A. A. G; SILVA, R. M; MACHADO, M. F. A. S; VIEIRA, L. J. E. S; CATRIB, A. M. F; JORGE, H. M. F. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1275-84, 2012.

SANTOS, S. R. Computers in nursing: development of free software application with care and management. **Rev Esc Enferm USP**; v. 44, n. 2, p. 295-301, 2010.
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_08.pdf Acesso em 08 jan. 2018.

SCHWUCHOW, L. S; SOUZA, V. P.; PELLINI, E.; CALOY, L. RESENDE, T. L.
Estudo do uso da drenagem linfática manual no pós-operatório da lipoaspiração de tronco em mulheres. **Revista de Graduação, Publicações de TCC – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**, v. 1, n.1, 2008.

SILVA, A. N. et al. Limites e possibilidades do ensino a distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-1107, abr. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401099&lng=en&nrm=iso Acesso em: 01 nov. 2019.

SILVA, F. A. G. **A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia em um Centro Universitário do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Ciências em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SILVA, J. P.; GONÇALVES, M. F. C.; ANDRADE, L. S. Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018.

SILVA, M. M. J.; NOGUEIRA, D.; CLÁPIS, M. J.; LEITE, E. P. R. C. Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, 2017.

SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S.; CAMELO, S. H. H. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Rev. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

SOUSA, V. P. S.; NUNES, R.S.; SILVA, D. M. L.; VIANA, E. L. R. Percepção das participantes de um curso para gestantes sobre a abordagem multidisciplinar em saúde. **Rev pesq fisioterapia.**, v. 7, n. 1, p. 79-86, 2017. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1261/799>. Acesso em: 04 mai. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2ª ed. Barueri: Manole; 2004.

TEDESCO, R. P.; PARPINELLI, M. A; AMARAL, E.; SURITA, F. G. C; CECATTI, J. G. Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 13, p. 161-71, 2004.

TORRES, J. T.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-64, out./dez. 2008
Disponível em: <http://scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf> Acesso em: 26 fev. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques. - São Luís, 2016.

WOLF, E. R.; THEISS, T. **Importância da realização de drenagem linfática em gestantes.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Cosmetologia e Estética) – Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camboriú, 2011.

WU, W. H.; MEIJER, O. G.; UEGAKI, K.; MENS, J. M.; VAN DIEËN, J. H.; WUISMAN, P. I. et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. **Eur Spine J.**,n. 13, v. 7, p. 575-89, 2004;

YURA, H. WALSH, M. B. **The nursing process:** assessment, planning, implementation and evaluation. New York (USA): Appleton-Century-Crofts, 1967.

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº: _____ Data: _____: _____

Parte A – Dados de Identificação

1. Idade: _____ 2. Sexo _____
3. Ano em que concluiu a graduação em enfermagem: _____
4. Tempo de trabalho na instituição _____anos _____meses
5. Tempo de trabalho no local de estudo _____
6. Você tem pós-graduação? () sim () não
Se sim, qual? () especialização () mestrado () doutorado
7. Especifique: _____

Parte B – Roteiro de entrevista

- Q.1 – O atendimento às gestantes necessita de ações específicas do enfermeiro? (Quais?)
- Q.2 – Qual o seu conhecimento sobre a utilização de uma terminologia para diagnosticar problemas de enfermagem nas gestantes? (Por exemplo, a CIPE, é uma classificação utilizada para diagnosticar na APS).
- Q.3 – Que problemas/queixas de enfermagem são comuns no atendimento às gestantes na unidade? (Problemas/diagnóstico que são o “foco” no atendimento) Existem ações específicas para cada problema?(diagnóstico/intervenção).
- Q.4 – Ações de educação permanente são desenvolvidas para os enfermeiros? (O que é oferecido pela instituição).

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) profissional,

Gostaria de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) de uma investigação científica intitulada “O trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes: ações básicas, problemas comuns e a sistematização da assistência na consulta pré-natal”, que tem como objetivo geral analisar o trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes na Atenção Primária à Saúde.

A referida pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Talita Menossi Cotrim, mestrande do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Silvia Helena Henriques.

Para a coleta de dados, utilizaremos dois instrumentos: o primeiro, um questionário de caracterização dos enfermeiros quanto a dados demográficos, de formação e atuação profissional; e o segundo utilizará a entrevista semiestruturada, com questões abertas relacionadas ao objetivo.

A sua participação é muito importante e ela consiste em responder um instrumento que, em média, consome entre 10-20 minutos, em data, local e horário agendado previamente e que sejam satisfatórios a você. O material respondido ficará sob a guarda rigorosa da pesquisadora responsável.

Este tipo de estudo pode implicar risco leve de desconforto ao responder o instrumento e ao participar da Entrevista Semiestruturada, podendo suscitar questões pessoais e/ou gerar reflexões de ordem pessoal/profissional. A pesquisadora se compromete a assisti-lo(a) emocionalmente, bem como interromper a coleta de dados se houver necessidade, minimizando os possíveis riscos. É notório enfatizar que os resultados deste estudo podem contribuir sobremaneira para a Enfermagem, nas dimensões da prática, ensino e pesquisa.

Assim, ressaltamos que as informações coletadas terão exclusivamente fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o sigilo de identidade dos participantes em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvidas, poderá chamar a pesquisadora responsável pelo telefone ou endereço abaixo. Os resultados desta investigação serão divulgados em revistas e eventos científicos.

Aos participantes, há a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, respeitando a liberdade de recusa em participar ou retirar o consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização ou prejuízo algum, e todo sigilo com as informações será resguardado.

Cabe ainda esclarecer que as garantias e os direitos a seguir relacionados serão assegurados:

- a garantia de oferecer resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
- o compromisso de lhe proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando;

- que, se existirem custos, eles serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não haverá qualquer tipo de gratificação pela sua participação;
- que terá direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa.

Declaro que concordo em participar deste estudo e que recebi duas vias assinadas, impressas em frente e verso deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____ portador do RG n. _____, declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima, concordo que os resultados possam ser divulgados em eventos ou periódicos científicos e concordo livremente em participar da referida pesquisa.

Estando de acordo e ciente, sinalizo abaixo a aceitação do presente.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) enfermeiro(a)

Enf.^a Talita Menossi Cotrim
Pesquisadora- RG: SP 41609507-0

Prof.^a Dr.^a Silvia Helena Henriques
Orientadora- RG: 19355803-8

Contato da pesquisadora:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

Av. Bandeirantes, 3900; CEP 14040-902

Ribeirão Preto – SP

E-mail: talitamc@usp.br

Fone: (16) 99741 4447

- *Este estudo será avaliado pelo CEP da EERP-USP.*

Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CEP/EERP/USP), que tem como função defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e preservar seus direitos. Você poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone: (16) 3315 9197, e-mail: cep@eerp.usp.br ou pelo endereço: Av. Bandeirantes, 3900; Vila Monte Alegre, CEP: 14040-902; Ribeirão Preto – SP, período de funcionamento: dias úteis - das 8 às 17 horas.

APÊNDICE C

- Encaminhar para avaliação nutricional se agravar quadro de fraqueza;
- Administrar medicações, conforme prescrição médica se náuseas, dor lombar ou ansiedade.
- Orientar a aplicação de calor local 3x ao dia, se dor lombar;
- Orientar quanto ao uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Orientar quanto ao revezamento de posições: sentado x permanecer em pé;
- Orientar ao parceiro que realize massagens com hidratantes na região lombar, se dor;
- Encaminhar ao fisioterapeuta, se agravar o quadro de dor lombar;
- Identificar os fatores que trazem ansiedade;
- Orientar a realização de caminhadas respirando fundo e devagar se ansiedade;
- Orientar ao parceiro quanto às alterações fisiológicas da gravidez e sua participação para amenizar o quadro;
- Orientações na prevenção de acidentes;
- Orientar quanto ao uso de meia calça para gestante se possível para evitar varizes;
- Atentar para identificação precoce de rompimento (trombose venosa) dos vasos: calor, rubor e dor;
- Orientar repouso com as pernas elevadas de pelo menos 20 minutos;
- Orientar quanto à exposição direta ao sol para evitar cloasma e uso de protetor solar;
- Orientar a não utilizar cremes abrasivos, sabonetes esfoliantes;
- Orientações de imunização (antitetânica, influenza e outras);
- Orientações quanto ao planejamento familiar;
- Cuidados gerais, preenchimento do cartão da gestante e orientação quanto ao comparecimento nas consultas.

REFERÊNCIAS

- Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno 5)
- Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FJ, Mazza VA. A VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA AO CUIDADO FAMILIAR. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2009;14(4):667-674. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/483648977012>
- Garcia ESGF, Bonelli MCP, Oliveira AN, et al. As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):863-870. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.863-870>.
- GUELBER, F.A.C. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. HU Revista, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 61-66, jan./jun. 2014
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2009-2011. Tradução de Jane Lilliane M. Michel. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 393.
- Reis RS, Rached CDA. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. International Journal of healthmanagement review. 2017; 3(2).

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À GESTANTE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO À GESTANTE	
AÇÕES BÁSICAS	SIGNIFICADO
ACOLHIMENTO	Relação que se estabelece entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Se trata de uma ação humanizada e de escuta qualificada durante a prestação de serviço.
CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ NATAL	Atividade privativa do enfermeiro para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.
VISITA DOMICILIAR	Instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações. É o comparecimento de um integrante da equipe de saúde no domicílio, para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade.
ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA	Têm como objetivo determinar se a gestante necessita de encaminhamento para níveis específicos de complexidade e especialidade, de acordo com a prioridade definida do atendimento. Encaminhamento ao médico, à nutricionista, à assistente social, ao odontólogo e, outros profissionais ou serviços.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA PRÉ-NATAL

A consulta de enfermagem às gestantes consiste, em procedimentos técnicos, porém, estão presentes os diálogos com o profissional acerca da gestação, as orientações e o aconselhamento, que integram o atendimento dos profissionais, de como ajudá-las a direcionar melhor a gestação.

ATIVIDADES BÁSICAS

- Entrevista: identificação da gestante; antecedentes pessoal e familiar; condições sócio-econômicas e culturais; situações relacionadas com o estado gestacional; condições de saúde atual.
- Exame Físico: verificação do peso e altura; TRP e PA; inspeção da mama; condições dos dentes; existência de edema e varizes.
- Exame Obstétrico: medida da circunferência abdominal; fundo do útero; apresentação; situação; posição; batimentos cardiorritmiais - BCF.
- Orientação: orientações estão voltadas para os problemas identificados, destacando-se também, as informações sobre puerpério, cuidados com a criança e medidas gerais de proteção à saúde.

Principais Diagnósticos de Enfermagem no atendimento à gestante

- **Ansiedade** sentimento de desconforto ou temor acompanhado por resposta autonômica caracterizada por preocupações expressas devido a mudanças em eventos da vida
- **Câimbras** relacionadas a déficit de eletrólitos, levando a contração deficiente.
- **Cloasma** relacionada a mudanças hormonais caracterizada por manchas escuras na face
- **Constipação** relacionada com motilidade diminuída do trato gastrointestinal secundária a gravidez e atividade física insuficiente evidenciado por verbalização de mudanças no padrão intestinal, dor na passagem das fezes e frequência diminuída.
- **Dor aguda (membros inferiores, pelve, região inguinal e lombar)** relacionada a agentes biológicos e psicológicos evidenciada por verbalização, gestos protetores, distúrbios do sono, comportamento expressivo.
- **Edema** relacionado a retenção de líquido devido aumento da produção do hormônio anti-diurético.
- **Náusea e desmaio** relacionada a ingestão diminuída de alimentos, levando ao déficit de nutrientes para o organismo.
- **Incontinência urinária por pressão** relacionada com pressão intra-abdominal alta devido ao útero gravídico evidenciada por relato de urgência urinária e frequência urinária a intervalos menores do que uma hora.
- **Medo** relacionado ao parto, a ter relação sexual. Manifestado por relato verbal.
- **Náusea** relacionada com irritação do trato gastrointestinal devido à gravidez evidenciada por verbalização de enjôo.
- **Padrão do sono perturbado** evidenciado por queixas verbais de não se sentir descansada.
- **Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais** relacionado à ingestão de alimentos sólidos no final do dia e peso acima da linha de base no início da gestação e disfunção dos padrões alimentares.
- **Varizes** Alteração da elasticidade dos vasos devido ao aumento de peso

Cuidados/Intervenções de enfermagem à gestante

- Atividades educativas (Cuidados com a gestação, atividade física e sexual, aleitamento materno, medidas de conforto, e cuidados com o RN);
- Pedido de exames de rotina do pré-natal (citopatológico, laboratoriais);
- Exame clínico (Inspeção pele e mucosas, Palpação da tireoide, pesquisa de edema em MMII, Exame obstétrico -mamas, ausculta do batimento cardio-fetal e palpação obstétrica-);
- Aferir sinais vitais, atentando para valores pressóricos;
- Manter MI elevados durante os episódios de desmaios/fraqueza;
- Orientar deitar em decúbito lateral, respirando profundamente e pausadamente em caso de desmaio/fraqueza;
- Orientar quanto à ingestão nutricional, de complexos vitamínicos e seus horários ideais;
- Orientações quanto ao início da tomada das medicações ácido fólico e sulfato ferroso;
- Orientar quanto aos intervalos de uma refeição e outra, não ultrapassando três horas sem ingestão de alimentos;
- Orientar a ingestão de 2000ml de líquido nas 24h;
- Orientar dieta rica em fibras e cereais integrais;
- Orientar quanto ao consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio;

ANEXO A

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 / 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 002/2019, de 01/02/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 23 de janeiro de 2019.

Protocolo CAAE: 02316818.5.0000.5393

Projeto: O trabalho do enfermeiro no atendimento às gestantes e o uso de ferramentas para sistematizar a assistência de enfermagem na atenção básica

Pesquisadores: Talita Menossi Cotrim

Silvia Helena Henriques (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Silvia Helena Henriques

Departamento de Enfermagem Geral e Especializado

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP