

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

LUCAS SOUSA DE MATOS

CONSULTA DE ENFERMAGEM: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

**CRICIÚMA
2021**

LUCAS SOUSA DE MATOS

CONSULTA DE ENFERMAGEM: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel no curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof. ^a Msc. Cecília Marly Spiazzi dos Santos

CRICIÚMA

2021

Dedico a todos meus familiares e amigos que sempre incentivaram esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha família e amigos que sempre apoiaram muita minha formação acadêmica.

Agradeço a minha orientadora Cecília Marly que não mediu esforços para que pudesse ser realizado este estudo.

Agradeço a todos professores que tive durante a graduação com quem pude aprender diariamente.

Meus sinceros agradecimentos a todos.

LUCAS SOUSA DE MATOS

CONSULTA DE ENFERMAGEM: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL


Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em obstetrícia.

Criciúma, 22 de outubro de 2021

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Cecília Marly Spiazzy dos Santos - Mestre - (UNESC) - Orientador


Prof. Rozilda Lopes de Souza Rodolfo - Mestre - (UNESC)


Prof. Ioná Vieira Bez Birolo - Mestre - (UNESC)

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Gustav Jung

RESUMO

Durante a consulta de pré-natal o Enfermeiro tem como objetivo o bem-estar materno infantil, a detecção e avaliação de fatores fisiológicos importantes referentes à gestação. Este estudo teve como objetivo conhecer o acompanhamento do enfermeiro no período do pré-natal na atenção básica. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e de campo, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com 10 perguntas. Participaram do estudo 11 enfermeiros da rede pública de saúde que atuam nas Unidades de Saúde pertencentes ao território Paulo Freire e que estavam dentro dos critérios de inclusão. Após a coleta dos dados, foi realizada a análise e a categorização dos dados. A análise foi realizada a partir das entrevistas, as quais foram transcritas por tratar-se de uma pesquisa descritiva, respeitando os aspectos éticos descritos nos termos de consentimento e de sigilo bem como assegurar aos participantes toda a confidencialidade, a privacidade, o anonimato e a proteção de imagem de acordo com a Resolução 510/2016 e 466/2012. Ademais, foram criados quadros para melhor apresentação de informações, identificando as fragilidades e as potencialidades da consulta de enfermagem no pré-natal, direcionamento de políticas e estratégias de promoção e prevenção de doenças baseadas em possíveis fatores de risco para complicações no período do pré-natal. Os resultados apontam para um número satisfatório de consultas às quais as gestantes comparecem, com um bom índice de captação precoce, enquanto as enfermeiras entrevistadas cumpriram, com qualidade o atendimento às pacientes que frequentaram as Unidades de Saúde analisadas.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem, Cuidado Pré-Natal, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Materno-infantil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CE	Consulta de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RC	Rede Cegonha
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPF	Território Paulo Freire
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA	12
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 Objetivo geral	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
1.4 PRESSUPOSTOS	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.2 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA	15
2.2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER .	15
2.2.2 DAS ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO	15
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
2.3 REDE CEGONHA	18
2.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM	18
2.5 PROFISSIONAL ENFERMEIRO E CONSULTA PRÉ-NATAL	19
3 METODOLOGIA	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO	21
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	21
3.3.1 Critério de inclusão	22
3.4 COLETA DE DADOS	22
3.5 ANÁLISE DE DADOS	22
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	23
3.6.1 Riscos	23
3.6.2 Benefícios	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
4.1 CATEGORIA 1: PERFIL DO PROFISSIONAL	24
4.2 CATEGORIA 2: REALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AS GESTANTES.....	25
4.3 CATEGORIA 3: DIFICULDADES E POTENCIALIDADES NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	31
4.3.1 Dificuldades	31
4.3.2 Potencialidades	32

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE(S).....	41
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	41
ANEXO(S).....	44
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE....	44

1 INTRODUÇÃO

Dada a relevância do tema em questão e a importância de incentivar o cuidado preventivo no ciclo de gestação de mulheres que utilizam os serviços da rede pública de saúde, este trabalho abrangerá aspectos da assistência a gestantes durante o acompanhamento pré-natal prestado por enfermeiros. Mais especificamente, será analisado a assistência de profissionais que atuam em um determinado território no município de Criciúma.

Para tanto, foi necessário conhecer o perfil de formação do enfermeiro e atentar-se a outras questões referentes à assistência na própria Unidade Básica de Saúde, como identificar o fluxo de atendimento e de gestantes que fazem o acompanhamento pré-natal, além do número de consultas realizadas para tal fim; observar se as enfermeiras entrevistadas possuem à disposição os equipamentos necessários para assistir às gestantes, bem como quais os exames que são solicitados durante as consultas e quais são as queixas mais comuns das gestantes durante a consulta. Por fim, as entrevistadas foram questionadas quanto às orientações que eram transmitidas às pacientes durante o atendimento.

Quanto aos trabalhos antecedentes que abordam o mesmo assunto, pode-se citar a pesquisa de Campos (2019), em que a autora entrevista puérperas do mesmo território onde foi realizada a presente pesquisa e também os estudos de Klering, Storniolo e Araújo (2019) sobre a adequabilidade da assistência pré-natal no município.

1.1 JUSTIFICATIVA

Sabe-se ainda que o profissional enfermeiro tem autonomia para assistir ao pré-natal de risco habitual, visto que ele tem papel fundamental nesse processo através da consulta de enfermagem. A atenção ao pré-natal tem como finalidade oferecer referências para a organização da rede assistencial, com capacitação profissional e normatização das práticas de saúde. Conhecer e colocar em prática, avaliar a aplicação da assistência, visando à melhoria da qualidade do pré-natal. Melhorar a assistência à saúde, depende também da atenção que cada profissional dedica à sua paciente. A realização deste estudo procurou conhecer o acompanhamento do enfermeiro no período do pré-natal na atenção básica em um território do município de Criciúma, pela necessidade de buscar mais conhecimento

sobre um pré-natal de qualidade com acolhimento, educação em saúde e atenção integral à mulher.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Como está a assistência do enfermeiro durante o pré-natal na atenção básica?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Conhecer o acompanhamento do enfermeiro no período do pré-natal na atenção básica.

1.3.2 Objetivos específicos

- Verificar o perfil profissional dos participantes.
- Identificar de que forma é realizado o atendimento as gestantes.
- Conhecer as dificuldades e potencialidades na assistência ao pré-natal.

1.4 PRESSUPOSTOS

- A) O profissional enfermeiro possui especialização na área.
- B) É realizado uma assistência qualificada.
- C) Há fragilidades no desenvolvimento no atendimento a gestante.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O presente referencial teórico tem como função embasar a discussão acerca do período pré-natal da mulher e das estruturas públicas que devem prestar assistência nesse momento primordial do cuidado prestado à gestante e ao bebê.

A gravidez é uma fase comum na vida da reprodutiva da mulher, com mudanças de fácil reconhecimento. Pode-se comprová-la através de exames clínicos, laboratoriais ou ultrassonográficos (LARA, 2017).

Dentre os sinais de presunção estão a amenorreia superior a quatro semanas, náuseas (em torno de 50% das gestantes), congestão mamária e polaciúria (aumento da frequência de urina), enquanto os sinais de probabilidade são: amenorreia, aumento do volume uterino, aumento do volume abdominal, alteração de consistência e formato uterina. Por conseguinte, os sinais de certeza são caracterizados pelos batimentos cardíofetais (BCF) e movimentação uterina (MONTENEGRO, 2017).

O intuito do pré-natal é garantir que esse processo resulte em um parto sem prejuízos de saúde tanto para mãe quanto para o recém-nascido, reduzindo o máximo de danos possíveis. Fazendo-se através de prevenção, tratamento e classificação de risco para possíveis complicações (ZUGAIB, 2020).

Para que esses cuidados ocorram, é necessário entender como funcionam todos os níveis envolvidos nesse sistema de atenção à gestante.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Todos os temas abordados neste trabalho só existem por conta do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado como alternativa à ausência de saneamento básico e de políticas públicas de atenção à saúde no País.

A Lei 8.080/90, que institui a saúde como dever do Estado e direito do ser humano, estabelece os seguintes campos de atuação que cabem ao então instituído Sistema Único de Saúde: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

A proposta de um sistema único e universal de saúde surgiu tendo como fundamentos

a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (MENICUCCI, 2014, p. 81). Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001). (*apud* Barboza, 2020, p. 10)

Além disso, a referida lei cita os princípios e diretrizes do sistema que devem ser seguidos por todos aqueles que estão inseridos nas entidades pertencentes ao SUS. Dentre elas, são eles:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Diante do exposto, o restante do referencial teórico abordará outros quesitos inseridos no Sistema Único de Saúde que são de extrema relevância para discussão dos resultados deste trabalho.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica (AB) é a porta de entrada do indivíduo no Sistema Único de Saúde (SUS), também o primeiro grau de complexidade do sistema. Possui como ferramentas ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Faz-se através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, voltadas as populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2017).

2.2.1 Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher

No que tange à atenção básica referente à Saúde da Mulher, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, com vistas a humanizar o atendimento, melhorar a qualidade de vida e auxiliar mulheres no planejamento reprodutivo, bem como servir como apoio e tomar as medidas necessárias no que tange à saúde em casos de violência doméstica.

Dentre os serviços ofertados por essa política, está a promoção de “atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada” (BRASIL, 2011b, p. 69), ponto esse que será abordado durante todo o presente trabalho.

2.2.2 Das atribuições específicas do enfermeiro

Quanto às funções atribuídas especificamente ao profissional de enfermagem na atenção básica, pode-se citar que o enfermeiro deve:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017).

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2011):

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Para Soratto *et al.* (2015), a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde. O novo modelo prevê uma responsabilização integral para a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população, assim prescreve uma reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro ancorada em princípios como universalidade, equidade e integralidade da atenção. Essa nova proposta gera um resultado assistencial diferenciado ao incorporar um novo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, para caracterização de ESF é necessário atender os seguintes itens:

- I - Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários

de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, con-forme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo

estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe (BRASIL, 2011).

2.3 REDE CEGONHA

Instituído em 24 de junho de 2011, o programa Rede Cegonha (RC) vem como uma estratégia para garantir saúde a mulheres durante o processo de gestação, parto, puerpério e desenvolvimento da criança até 2 anos de idade. O programa possui como diretrizes: acolhimento e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro; boas práticas na atenção ao parto e nascimento segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS); atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolubilidade; e acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

De acordo com Oliveira *et al.* (2016) por meio do MS está previsto o custeio de 100% dos exames pré-natais além do fornecimento de kits de materiais de consumo, como cadeiras, mesas de exame, balanças para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Também transporte das gestantes e recém-nascidos em situação de risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Cegonha mediante ambulâncias de suporte avançado devidamente equipadas.

2.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro integrante da equipe no ambiente da Atenção Básica tem atribuições específicas como realização da Consulta de Enfermagem (CE), solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicações, conforme protocolos estabelecidos nas disposições legais da profissão (COLARES, 2012).

A CE é uma ferramenta eficiente para a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, cujo foco é o bem-estar das pessoas, favorecendo o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente, facilitando a identificação de adversidades e tomadas de decisão (OLIVEIRA, 2012).

Para Araújo *et al.* (2015), o processo de enfermagem de forma sistemática, planejada e organizada possibilita identificar, descrever e compreender o processo saúde-doença dos clientes, bem como aplicar os cuidados de enfermagem

específicos, para enfim alcançar os resultados esperados dos quais o enfermeiro é responsável.

Segundo Alfaro-Lefreve (2005 *apud* LEITE, NÓBREGA, NÓBREGA 2009):

Embora comporte variações entre os diversos autores, o processo de enfermagem é constituído por cinco fases: levantamento de dados (assessment), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação do cuidado e avaliação da assistência. O levantamento de dados ou coleta de dados é a primeira fase do processo de enfermagem em que são registrados os dados do cliente, família ou comunidade. Após esta fase, os dados coletados são analisados, interpretados, agrupados e nomeados os diagnósticos de enfermagem identificados. O planejamento do cuidado visa a traçar um programa de ações objetivas ao paciente de acordo com as respostas humanas identificadas. A implementação do cuidado é a execução do plano de cuidado para suprir as necessidades do paciente. E por fim, a avaliação da assistência que consiste na análise das ações implementadas com suas devidas correções ou adaptações.

Que vai em concordância com método OTDPIA desenvolvido por LEOPARDI e FARIA (2004) e implementado pelo Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (CERETTA *et al.*, 2011).

2.5 PROFISSIONAL ENFERMEIRO E CONSULTA PRÉ-NATAL

Em conformidade com a Lei nº 7.498 de 25 junho de 1986, conhecida como a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, regulamentada pelo decreto nº 94.406 de 1987, o pré-natal de baixo risco pode ser assistido pelo(a) enfermeiro(a). Também é garantido respaldo para solicitação de exames de rotina (BRASIL, 1987).

De acordo com Durand *et al.* (2013), a consulta pré-natal é um momento de importante interação entre a mulher e o profissional de saúde, onde há troca de conhecimentos, vivências e orientações.

Também é de reconhecido espaço para o acolhimento, esclarecimento de dúvidas, angústias, anseios, e criação de vínculo entre ambos (CAMPOS, 2016).

Conforme Dias *et al.* (2015):

A garantia de um pré-natal de qualidade em que prevaleçam os direitos da gestante e da criança é um dos grandes desafios relacionados à atenção à saúde da mulher tanto no âmbito gerencial quanto assistencial. Neste sentido, o acompanhamento pré-natal torna-se relevante desde as primeiras semanas de gestação, uma vez que além de proporcionar a identificação precoce de agravos que possam intervir no desenvolvimento fetal, diminui a ocorrência de óbitos materno e fetal apresentando assim efeito positivo a saúde da mãe e do feto.

Para que isso ocorra é necessário que haja educação em saúde. E não há profissional melhor para a função senão o enfermeiro, pois ele possui pleno conhecimento para atender pré-natais de baixo risco (DIAS, 2015).

Em 2003, a Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais lançou o protocolo de procedimentos técnicos do Programa Viva Vida para o pré-natal e puerpério na tentativa de reduzir a mortalidade materno-infantil e melhorar a assistência à gestante, recém-nascido e criança no seu primeiro ano de vida (ANDRADE, 2014).

Já na cidade de Criciúma (SC), o protocolo utilizado para atendimento das gestantes é o intitulado Programa Mãe Coruja, instituído pela própria Secretaria de Saúde do município a fim de reforçar a importância da assistência humanizada e qualificada às gestantes.

O protocolo instaurado na cidade catarinense busca, ainda, reinstaurar o fluxo de encaminhamentos aos especialistas e ampliar os atendimentos de enfermagem, cuidado essencial no controle do pré-natal das mulheres atendidas no território Paulo Freire.

Conforme o MS, é preconizado como condições básicas para a assistência pré-natal um número mínimo de 6 (seis) consultas, cobertura de toda população de gestantes, continuidade e avaliação do resultado nos indivíduos (BRASIL, 2013).

É estabelecido que cada ESF será responsável pelo acolhimento e acompanhamento da gestante de sua microárea. Por meio de Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou procura direta da mulher com suspeita de gravidez que se deve ser feito a captação até o quarto mês de gestação (ANDRADE, 2014).

Segundo o MS (BRASIL, 2013, p. 15):

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado por meio de entrevista semiestruturada com 10 perguntas relacionadas ao acompanhamento pré-natal (Apêndice A). Primeiramente, foram mapeadas as Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao território Paulo

Freire, passo esse que incluiu a solicitação para realização da pesquisa por meio da Secretaria de Saúde do município. Em seguida, foram agendadas, previamente, as entrevistas com os enfermeiros(as). Por fim, o questionário foi aplicado considerando variáveis como: cronograma de atendimento pré-natal da unidade, estrutura para realizar a consulta, especialização, encaminhamentos ao alto risco, autonomia do profissional, pontos positivos e negativos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Conforme Minayo (2009), “a pesquisa qualitativa trabalha com motivos, crenças valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis”.

O estudo tem abordagem qualitativa, descritiva e de campo, se caracteriza por não ter como foco a representatividade numérica, mas sim o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc. (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Na pesquisa qualitativa, o intuito é compreender o contexto em que o indivíduo está inserido por meio dos dados coletados, com observação de comportamentos e ações (SIMÕES, 2003).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo é o Território Paulo Freire (TPF), que se trata de um programa desenvolvido pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Ele foi criado em 2013 a fim de elaborar projetos socioeducacionais para a população da região. Localizado na Grande Santa Luzia, comporta 9 Unidades Básicas de Saúde sendo elas: Mina União, Mineira Nova, Mineira Velha, Nova Esperança, Santa Luzia, São Defende, São Sebastião, Vila Belmiro e Vila Manaus (GUINZANI, 2017).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra é composta por 11 profissionais enfermeiros(as) da rede pública de saúde que atuam nas Unidades de Saúde pertencentes ao território Paulo Freire.

3.3.1 Critério de inclusão

Dentre os critérios escolhidos para que os profissionais estivessem aptos a responder o questionário, estão os seguintes requisitos: ser enfermeiro(a); pertencer a alguma das Estratégias de Saúde da Família do Território Paulo Freire (TPF); realizar acompanhamento pré-natal; e aceitar participar da pesquisa segundo a Resolução 510/2016 e 466/2012.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com 10 perguntas relacionadas ao acompanhamento no pré-natal (apêndice A) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo A).

No primeiro momento, foi feito o levantamento das unidades que fazem parte do território, solicitada à secretaria da saúde a permissão para realizar a pesquisa. Em seguida, foi realizado o contato para agendar as visitas e por fim a visita propriamente dita para aplicação do questionário.

No formulário são questionadas questões como: fluxo de atendimento, encaminhamentos ao pré-natal de alto risco, se são fornecidos os insumos necessários, se os profissionais possuem especialização em obstetrícia, se solicitam exames durante as consultas e quais as dificuldades e potencialidades na assistência.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a realização da entrevista, foi analisado o discurso captado e, posteriormente, categorizado de acordo com as variáveis. Nestas se incluem: perfil do profissional, realização do atendimento as gestantes e dificuldades e potencialidades na assistência pré-natal

De acordo com Bogdan e Binken (1994) deve-se percorrer e agrupar os códigos em categorias abrangentes e que estas consigam descrever os elementos que ali estão. Cada lista de códigos será etiquetada em categorias. Caso exista uma quantidade considerável de unidades de códigos dentro de uma categoria, pode ser útil criar subcategorias de análises.

As categorias se referem às inquietações do pesquisador, à problemática do estudo e às peculiaridades das mensagens que foram transcritas (BENITES et al., 2016).

As entrevistas foram transcritas por se tratar de uma pesquisa descritiva, respeitando os aspectos éticos descritos nos termos de consentimento e de sigilo bem como assegurar aos participantes toda confidencialidade, a privacidade, o anonimato e proteção de imagem de acordo com a Resolução 510/2016 e 466/2012, criando-se quadros para melhor apresentação de informações, identificando as fragilidades e de potencialidades da consulta de enfermagem no pré-natal para promoção e prevenção de saúde baseadas em possíveis fatores de risco para complicações no período do pré-natal.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os dados que foram obtidos a partir dos participantes da pesquisa não poderão ser usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido (RESOLUÇÃO 466/2012). O projeto para realização das entrevistas foi aprovado pelo Comitê de Ética Pesquisa sob o parecer número 4.941.062.

Desta forma, a pesquisa com profissionais resguarda os princípios éticos elencados pela resolução 510/2016 e 466/2012; tratando-os com dignidade, respeito e defendendo-as em sua vulnerabilidade. Na pesquisa, foi utilizado um TCLE, informando aos participantes da pesquisa sobre os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à entrevista (Anexo A).

3.6.1 Riscos

Existem alguns riscos que poderiam ocorrer, tais como a perda da confidencialidade dos dados e desconforto dos participantes durante a entrevista, porém, tudo foi amenizado através da privacidade mantida, sendo garantido o sigilo e anonimato, pois seguem-se exigências formais e éticas de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que assegura a privacidade, a proteção da identidade do entrevistado e a confidencialidade das informações.

No decorrer da entrevista, esclareceram-se todos os objetivos da pesquisa e a metodologia que foi aplicada e é assegurado o direito de recusa e/ou desistência em qualquer período da aplicação, sem prejuízo ao participante da pesquisa.

A coleta de dados presencial exigiu cuidados de biossegurança na prevenção à Covid-19 por parte do pesquisador, visando à proteção do participante da pesquisa e a sua própria.

O pesquisador teve que esclarecer, com linguagem acessível ao participante da pesquisa, os riscos envolvendo a coleta de dados e as respectivas medidas preventivas. O pesquisador atendeu aos protocolos do Covid-19 para realização da pesquisa.

3.6.2 Benefícios

Acredita-se que o presente estudo trouxe contribuições positivas e visibilidade sobre a assistência prestada pelo enfermeiro à gestante, apresentando a sistematização da assistência de enfermagem e a importância da consulta do enfermeiro diante de aspectos relacionados ao período gestacional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os quadros representam características dos participantes e, para preservar o sigilo da identidade deles, foi utilizada a letra “P” e os respondentes foram numerados de 1 a 11 para melhor distinção.

Para a apresentação dos dados, foi realizada a categorização de acordo com as variáveis: 1) perfil do profissional; 2) realização do atendimento as gestantes; 3) dificuldades e potencialidades na assistência ao pré-natal. Para cada categoria, foram elencadas algumas respostas, que serão explicitados nos próximos tópicos.

4.1 CATEGORIA 1: PERFIL DO PROFISSIONAL

O enfermeiro generalista possui capacidade de realizar um bom atendimento ao pré-natal, porém a especialização agrega qualidade e de certa forma passa maior segurança a quem está sendo assistido.

Dentre os entrevistados para a realização deste estudo, todos eram do sexo feminino, sendo que 5 (45,45%) já possuíam ou estavam cursando pós-graduação em obstetrícia e 6 (54,54%) não possuíam ou não estavam cursando.

Em estudo de Lemos e Madeira (2019), os entrevistados são unânimes ao apontar características do enfermeiro especialista durante o pré-natal, qualificando sua assistência. Relatam seu acolhimento, apoio psicológico, cuidado com olhar universal e equidade.

4.2 CATEGORIA 2: REALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AS GESTANTES

Conforme relatado pelas participantes do estudo, as gestantes, no que diz respeito ao início do pré-natal e acompanhamento, começaram o acompanhamento pré-natal entre a primeira e décima-segunda semanas de gestação.

As enfermeiras forneceram respostas bem variadas conforme a realidade da respectiva microárea em que atendem as gestantes. Em uma das Unidades Básicas de Saúde, a participante relatou que recebia gestantes desde a primeira semana de gravidez. No entanto, a afirmação parece contraditória, visto que é incomum a descoberta de uma gravidez em um período tão curto de tempo. Uma sugestão para desdobramento deste estudo poderia incluir entrevistas com as gestantes de modo a entender melhor por parte das próprias pacientes a partir de que momento elas próprias iniciam o acompanhamento pré-natal.

Quanto ao número de consultas, todas as participantes relataram que as pacientes comparecem a, no mínimo, seis consultas de acompanhamento, número esse preconizado pelo MS, que recomenda que seja iniciado o acompanhamento até a 12ª semana de gestação, com o mínimo de 6 consultas pré-natais até o final do ciclo gravítico (BRASIL, 2013). Esse fator é, ainda, de extrema importância, visto que, quanto mais cedo elas forem captadas, os riscos de complicações são reduzidos, e deve-se estimular que as pacientes compareçam a todas as consultas.

Quadro 1 – Início do pré-natal e número de consultas.

Participantes	Início	Consultas
P1	3 a 8 semanas	8 a 9
P2	Até a 10ª semana	No mínimo 6
P3	8 a 9 semanas	8
P4	Assim que apresentar o Beta-HCG positivo	No mínimo 6
P5	8 a 12 semanas	No mínimo 6
P6	6 a 10 semanas	No mínimo 7
P7	1ª semana	No mínimo 6
P8	6 a 8 semanas	7 a 8
P9	Até a 3ª semana	8 a 12
P10	6 a 8 semanas	6 a 8

P11	6 semanas	8 a 10
-----	-----------	--------

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Em relação ao fluxo de atendimento, todas as participantes informaram que existe um dia específico para atendimento pré-natal. 36,36% das entrevistadas afirmaram que realizam apenas a primeira consulta e o restante é feito com o profissional médico da unidade e 45,45% informaram que fazem o atendimento de forma intercalada.

Como mostra o quadro a seguir, boa parte das participantes não seguem o preconizado, o que é preocupante, visto que o profissional enfermeiro possui o direito de assistir ao período gestacional por completo e é prontamente capacitado para tal função.

Quadro 2 – Fluxo de atendimento da unidade.

Acompanhamento	Apenas 1 ^a consulta	Atendimento intercalado	Não informou
Participantes	4 (P1, P6, P9, P11)	5 (P2, P3, P5, P7, P8, P10)	1 (P4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Conforme protocolo do Ministério da Saúde quanto à “Atenção ao pré-natal de baixo risco”, o acompanhamento deve ser realizado de forma intercalada entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2013).

Para Araújo (2015), a “assistência pré-natal constitui-se em um momento relevante para prestar informações às mulheres e pesquisar manifestações clínicas importantes na gestação”.

Pereira e Bachion (2005) apontam que a habilidade de raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais consiste no Diagnóstico de enfermagem. A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é a taxonomia de diagnósticos de enfermagem reconhecida oficialmente no mundo que é mais difundida no Brasil.

De acordo com os dados obtidos, muitas das demandas apresentadas e intervenções realizadas são recorrentes nas unidades do território:

P2 - “Náuseas, êmese, sonolência, cólica. É orientado que é normal e o que não é normal, como sangramento, perda de líquido, orientações em relação a alimentação, tabagismo, importância de vir as consultas, uso das medicações. É seguido protocolo “mãe coruja”.”

P5 - “Náuseas, dor abdominal, cólica, insônia. Orientações gerais, sobre alimentação, elevação de membro, ingesta hídrica, alimentos não tão ácidos.”

P11 - “Dor em baixo ventre, náuseas, vômito, sono, pirose. Oriento sobre a alimentação, hidratação, repouso, não usar medicamento sem indicação. Oriento o uso correto das vitaminas, caso necessário vir a unidade ou HMISC.”

P8 - “Náuseas, dor em baixo ventre, azia, cansaço, dor nas pernas. Oriento sobre alimentação fracionada e saudável, ingesta hídrica, atividade física.”

Observando as falas, percebe-se que as gestantes do território apresentam, muitas vezes, as mesmas queixas que são características da gestação e são compreendidas na taxonomia do NANDA, e as profissionais entrevistadas realizam essas intervenções por meio das orientações dadas, a exemplo das respostas descritas acima pelas próprias profissionais.

A gestação de alto risco pode ser definida como aquela que tem maior probabilidade de evolução desfavorável. Para que a gestante seja encaminhada ao acompanhamento de alto risco, primeiramente deve ser feita a classificação. Ao classificar o risco, deverão ser considerados os fatores: cardiopatias, pneumopatias graves, nefropatias graves, endocrinopatias, doenças hematológicas, hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG), doenças neurológicas (como epilepsia), diabetes gestacional, entre outros (BRASIL, 2013).

O encaminhamento é primordial pois, quanto mais cedo for diagnosticada a gravidez de alto risco, maiores são as chances de reverter quadros críticos e reduzir os riscos de desvios de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê.

Quando questionado sobre o número de gestantes em atendimento e encaminhamentos ao alto risco houve respostas variadas. Algumas profissionais informaram que as gestantes, mesmo que façam acompanhamento no alto risco, sempre que necessário também são atendidas na unidade. Ou seja, o acompanhamento é compartilhado entre a referência de alto risco e a atenção básica de saúde, fator esse extremamente importante para que não se perca o vínculo da gestante com a unidade, de modo que ela seja assistida na unidade de saúde da própria comunidade quando necessário, mesmo que encaminhada à referência de alto risco.

Quadro 3 – Encaminhamentos ao alto risco.

Participantes	Gestantes	Alto risco
P1	33 (100%)	3 (9,09%)
P2	37 (100%)	2 (5,40%)
P3	12 (100%)	4 (33,33%)
P4	45 (100%)	10 (22,22%)
P5	21 (100%)	4 (19,04%)
P6	22 (100%)	3 (13,63%)
P7	40 (100%)	Não soube informar
P8	40 (100%)	Não soube informar
P9	13 (100%)	1 (7,69%)
P10	67 (100%)	20 (29,85%)
P11	10 (100%)	0 (0%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Em relação aos insumos para realizar o acompanhamento pré-natal, todos afirmaram que possuem o necessário, porém, conforme falas a seguir, as próprias entrevistadas se contradizem. Observa-se a necessidade de se ter os materiais, sejam eles estruturais ou insumos para fazê-lo, e seu impacto na assistência.

P3 - “Sim, exceto a fita que precisei comprar.”

P8 - “Sim. Falta estrutura às vezes.”

P10 - “Sim, poderia ser melhor.”

O estudo de Oliveira *et al.* (2012) aponta que a estrutura física deve ser organizada para atender as necessidades e isso influencia na assistência do profissional.

Já no estudo de Jansen, Fonseca e Alexandre (2016), foi observada a extrema importância da adequação dos insumos necessários para o diagnóstico e tratamento oportuno das doenças, bem como a estrutura física da unidade.

Dessa forma, mostra-se o impacto que pode causar na assistência, visto que para realização do atendimento é necessário que haja meios para que se faça.

A solicitação de exames durante o acompanhamento pré-natal é parte fundamental na assistência e dá ao profissional mais autonomia no cuidado. Através da ferramenta, pode-se identificar desvios de saúde desde o início do ciclo gestacional.

Quanto à realização de exames complementares, o Ministério da Saúde preconiza, para que haja um bom acompanhamento, deve ser feito a solicitação dos seguintes exames complementares na primeira consulta:

Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica) (BRASIL, 2013).

Referente à solicitação de exames durante as consultas pré-natais, todas as profissionais informaram que solicitam, algumas foram mais específicas ao informar quais exames, outras menos.

P1 - “Sim. Ultrassom transvaginal, urocultura, teste rápido e demais de primeiro trimestre.”

P2 - “Sim. Todos de primeiro trimestre, segundo e terceiro. Só não posso solicitar o ultrassom após o primeiro trimestre.”

P3 – “Sim, todos de primeiro trimestre, segundo e terceiro. Apenas o ultrassom que só pode ser pedido no primeiro.”

P8 – “Sim. Testes rápidos todos laboratoriais de primeiro trimestre, ultrassom e preventivo, mãe catarinense (eletroforese).”

P9 - “Sim, todos de primeiro trimestre mais ultrassom conforme protocolo.”

Algumas participantes mencionam também o protocolo municipal chamado Programa Mãe Coruja. Os protocolos constituem como ferramenta para normatização e ampliação nos diferentes pontos da rede de atenção, integra documentos e recomendações que auxiliam nas tomadas de decisões.

O exame físico é parte imprescindível na consulta de enfermagem, através dele é que é possível identificar demandas que só são possíveis através desse método, como possíveis desvios de saúde no binômio materno-fetal, sinais flogísticos, edemas e outras complicações.

Além disso, o diagnóstico do enfermeiro durante o exame físico obstétrico possibilita uma melhor comunicação entre a equipe de enfermagem e outras áreas que possam estar ligadas ao atendimento da gestante em questão, servindo como base para elaboração de um bom plano assistencial para a paciente.

Segundo Ataide *et al.* (2016):

O exame físico obstétrico inicia-se com a inspeção obstétrica, que será realizada na sequência cefalocaudal. Após a inspeção, deve haver a mensuração da altura uterina para averiguação do crescimento do útero para posterior comparação com a idade gestacional da gestante. A palpação obstétrica é então realizada a fim de se reconhecer a situação, posição, apresentação e insinuação fetal. Porém, pela palpação manual, apenas é possível avaliar a frequência e a duração das contrações. Caso haja desvios da contratilidade uterina normal, é necessária a intervenção a fim de corrigi-la.

Sobre o exame físico na consulta pré-natal, os relatos foram similares em relação ao que as entrevistadas avaliam:

P1 - “Verifico sinais vitais, edemas, integridade da pele, exame físico em geral”

P3 - “Altura uterina, BCF, movimentos fetais e edemas em MMII, sinais vitais”

P11 - “Sinais vitais, peso, altura, edema de MMII, altura uterina, BCF, perda líquida”

O exame físico é uma etapa importante para o planejamento do cuidado do enfermeiro, que busca avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença (SANTOS; VIEGA; ANDRADE, 2011).

No que diz respeito a visita domiciliar a gestantes no território analisado, os dados da pesquisa são preocupantes visto que dentre as profissionais apenas duas afirmaram que realizam. Considerando que é um direito da gestante, vale a pena investigar o motivo do restante das profissionais não realizarem a visita domiciliar

A visita domiciliar no período gestacional é uma estratégia conhecida para fortalecer o vínculo familiar e incentivar cuidados pré-natais e pós-parto (BRASIL, 2020).

O estudo de Castro *et al.* (2020) aponta relatos de gestantes em relação as visitas domiciliares e mostra por meio das falas das mesmas que se sentem melhor acolhidas através das visitas.

4.3 CATEGORIA 3: DIFICULDADES E POTENCIALIDADES NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

4.3.1 Dificuldades

Tratando-se das dificuldades da assistência, as profissionais trazem alguns pontos similares, como a busca ativa das gestantes:

P2 - “Fazer a busca ativa precoce, principalmente na microárea descoberta”

P4 - “Talvez de algumas ter que realizar busca ativa para seguir o pré-natal regular”

P5 - “A adesão, é preciso fazer busca ativa e incentivar a fazer o acompanhamento”

O estudo de Serrazina e Silva (2019) mostrou que, dentre as ferramentas a mais utilizada e com melhores resultados de captação precoce é a busca ativa, além de mensagens, comunicação por telefone e grupos terapêuticos.

A busca ativa se faz através do contato do Agente Comunitário de Saúde funcionando como mediador entre a comunidade e a atenção básica e é de fundamental importância, visto que um pré-natal precoce pode prevenir diversas intercorrências e tem maiores chances do desfecho esperado.

Também foi observado, nas falas a seguir, a indicação de falta de profissionais como empecilho na assistência ao pré-natal:

P8 - “[...] falta de Agentes Comunitários[...]”

P10 - “Acredito que a falta de profissional por conta do tamanho da população”

Na pesquisa de Narchi (2010) sobre a atenção ao pré-natal por enfermeiros na zona leste de São Paulo, a autora traz, no processo de trabalho, a falta de profissionais como um dos fatores da sobrecarga do enfermeiro, contribuindo com a desmotivação pessoal do profissional nesse sentido.

4.3.2 Potencialidades

Em contraponto, quando questionadas sobre as facilidades, algumas participantes indicaram o acesso aos exames e resultados, acessibilidade aos serviços e autonomia:

P6 – “O acesso aos serviços.”

P8 – “[...]os exames saem rápido, temos acesso aos resultados[...]”

P10 – “temos acesso aos exames e autonomia para assistir ao risco habitual.”

De acordo com Gomes e Oliveira (2005), a enfermagem é caracterizada como uma arte e uma ciência de cuidar do indivíduo num aspecto biopsicossocial, e o saber é considerado importante para que se estabeleça a autonomia profissional.

O estudo de Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) obteve relatos muito semelhantes, em que os participantes apontam a autonomia na solicitação de exames referentes à gravidez, exames de rotina e contar com serviço de referência.

Visto que o profissional enfermeiro é legalmente respaldado a assistir ao pré-natal de risco habitual, solicitar exames complementares e prescrever medicação, deve-se utilizar da autonomia no cuidado. E, por fim, tivemos falas de um ponto de vista pessoal dos participantes mostrando a dedicação e confiança no sistema:

P3 - *“eu amo o que faço e quando a gente gosta fica mais fácil e vai atrás de informações.”*

P7 - *“Todas, acho bem rico o atendimento do SUS, muito bom mesmo. Eu gostaria de ser atendida assim.”*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É através do pré-natal que se faz possível o acompanhamento da gestante, além da detecção previa de problemas associados à gravidez, bem como um momento em que a mulher tem a possibilidade de aprender sobre si e seu filho. Visto que o enfermeiro tem possibilidade de criar um vínculo com essa mulher através do diálogo e cuidado com olhar holístico.

Por meio da pesquisa realizada, foi possível atingir o objetivo de conhecer a assistência prestada pelo profissional enfermeiro no período gestacional do território Paulo Freire. Como também, identificar o perfil de formação profissional, a forma que realizam sua assistência e dificuldades e potencialidades do atendimento pré-natal.

Quanto aos resultados, o estudo aponta que a maior parte das participantes não possuem especialização em obstetrícia. Elas afirmaram ter acesso aos insumos e estrutura, embora tenham se contradito, relatando a falta de alguns recursos. Solicitam os exames complementares nas consultas conforme preconizado pelo MS. No que se refere as consultas de pré-natal intercalada com o profissional médico boa parte faz apenas a primeira consulta. As queixas das gestantes relatadas são relacionadas aos sintomas característicos da gestação e as profissionais fazem

orientações quanto a isto. Realizam encaminhamento ao alto risco quando necessário. As gestantes do território Paulo Freire realizam o número mínimo de consultas de pré-natal iniciando o pré-natal de forma precoce, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Em contraponto grande parte das profissionais não realizando visitas domiciliares a gestantes. Sobre as dificuldades e potencialidades, foram apontadas a busca ativa das gestantes como primeira dificuldade, visto que não há profissionais para fazer tal captação, como indica a segunda dificuldade mais relatada. E como potencialidade as entrevistadas relataram a autonomia, a acessibilidade dos serviços e o acesso aos exames e resultados como pontos positivos nas Unidades de Saúde em que trabalham.

Com esse estudo foi possível conhecer a assistência dos enfermeiros no pré-natal na região pesquisada, apresentaram pontos positivos e negativos que podem ser aprimorados para proporcionar um atendimento cada vez melhor através da consulta de enfermagem. Um futuro estudo seria de grande valia visando reavaliar a situação da assistência ao pré-natal de risco habitual, oportunizando aos enfermeiros a educação em saúde, para que esses profissionais desempenhem seu papel da melhor forma possível, uma vez que sua assistência às gestantes é fundamental para uma gravidez saudável e um desfecho favorável em todo ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. **PAPEL DA ENFERMAGEM DA ESF NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL**. Florianópolis, 2014.

ARAÚJO, K. R. S. *et al.* **Diagnósticos de enfermagem em consultas de pré-natal em uma unidade básica de saúde de Teresina-PI**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555824>>. Acesso em: 12 de out de 2021.

ATAIDE, M. M. *et al.* **EXAME OBSTÉTRICO REALIZADO PELA ENFERMEIRA: DA TEORIA À PRÁTICA**. Enferm. Foco 2016; 7 (2): 67-71 67

BARBOZA, Nilton; BARROS, Thayane; RÊGO, Tatiane. **A história do SUS no Brasil e a política de saúde**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 6, n. 11. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19348/15529>>. Acesso em: 23 out 2021.

BENITES, L. C. *et al.* **Análise de conteúdo na investigação pedagógica em Educação Física: estudo sobre o estágio curricular supervisionado**. Movimento, Porto Alegre, v.22, n 1, p. 35-50, jan/mar. 2016

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto:Porto Editora, 1994.

BRASIL. **ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**. Cadernos de Atenção Básica, nº32. Brasília-DF. 2013.

BRASIL. **Decreto n. 94.406, de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 08/12/1987. Seção I, p.8.853-5

BRASIL. **Gestão de Alto Risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2020 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>>. Acesso em: 19 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Manual de apoio – Visitas Domiciliares às Gestantes**. 1. ed. Brasília: Ministério da Cidadania, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> acesso em: 03 de out de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> acesso em: 03 de out de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2,436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 31 de ago de 2021.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** 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, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 23 de out de 2021.

CAMPOS, Mariana *et al.* **Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica.** Porto Alegre: Journal of Nursing and Health, 2016.

Castro LO, Souza BF de, Marski BSL, Lopes MEP, Santos PRM dos, Wernet M. **Visita domiciliar no pré-natal: expectativas de gestantes de alto risco.** Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e244258 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244258>

CERETTA, L. B. *et al.* **CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À UM GRUPO DE DIABÉTICOS: O MÉTODO (OUVIR), T (TOCAR), D(DIAGNOSTICAR), P(PLANEJAR), I (INTERVIR), A (AVALIAR) COMO POSSIBILIDADE.** Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. 2011

COLARES, F. **Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvida no município de Araçuaí/MG, conforme o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde.** 2012.

DIAS, E. *et al.* **Percepção das gestantes quanto a importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785, 2015.

Durand MK, Heidemann ITSB. **Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família.** Rev esc enferm. USP. 2013;47(2):288-95.

GUINZANI, F. **Limites e possibilidades da extensão universitária popular: uma análise a partir do Programa Território Paulo Freire.** Revista de Extensão, 2017.

JANSSEN, M; FONSECA, S. C; ALEXANDRE, G. C. **Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB.** Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 140-152, OUT-DEZ 2016.

KLERING, G. E.; Storniolo, L. M. A.; ARAUJO, D. **ADEQUABILIDADE DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC-BRASIL.** Arquivos Catarinenses de Medicina, 2019.

LARA, S. G.; CESAR M. B. N. **enfermagem em obstetrícia e ginecologia.** São Paulo Manole 2017 1 recurso online ISBN 9788520454756.

LEITE, M. C.A.; NÓBREGA, M.M. DA, NÓBREGA, M.M.L da. **Diagnósticos de enfermagem em gestantes atendidas em Unidade de Saúde da Família.** Rev. Enferm. UFPE online. v. 3,n. 2, ano 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/49594056_Nursing_diagnosis_in_pregnant_women_assisted_at_Familys_Health_Unit>. Acesso em: 12 de out de 2021.

LEMOS, Ana Paula da Silva; Madeira, Lelia Maria. **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL REALIZADA PELO ENFERMEIRO OBSTETRA: A PERCEPÇÃO DA PUÉRPERA.** **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro** 2019;9:e3281. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3281>>. Acesso em: 06 de out de 2021.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende obstetrícia fundamental.** 14. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2017 1 recurso online ISBN 9788527732802.

MOROSINI; FONSECA; LIMA. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo – Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):266-73

OLIVEIRA, *et al.* **REFLEXÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REDE CEGONHA.** *Revista de Enfermagem UFPE On Line.* ISSN: 1 ISSN: 1981-8963, 2016.

OLIVEIRA, S. *et al.* **Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 1, p. 155-161, 2012.

PEREIRA, S. V. M; BACHION, M. M. **Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal.** *Rev Bras Enferm* 2005 nov-dez; 58(6):659-64.

RODRIGUES, E. M; NASCIMENTO, R. C; ARAÚJO, A. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.** *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1041-1047

SANTOS, N; VIEGA, P; ANDRADE, R. **Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro.** *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): -abr; 64(2): 355-8.

Serrazina, MF; da Silva, GSV. **Captação da Gestante para Pré-natal precoce.** *Revista Pró-UniverSUS.* 2019 Jan./Jun.; 10 (1): 29- 34

SILVEIRA, D.; CÓRDOVA, F. Unidade 2–A pesquisa científica. **Métodos de pesquisa**, v. 1, 2009.

SIMÕES, V. *et al.* **Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão.** *Revista de Saúde Pública*, v. 37, p. 559-565, 2003.

SORATTO, J. *et al.* **Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde.** *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v.24, n. 2, p.584-592, jun., 2015.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. 4. São Paulo Manole 2020 1 recurso online
ISBN 9788520458105.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome: _____

Idade:

Gênero: () masculino () feminino

Unidade de Saúde: _____

1-Você possui ou está cursando especialização em obstetrícia?

**2-Com quantas semanas de gestação iniciam o acompanhamento pré-natal?
Em média quantas consultas realizam?**

3-Você realiza visita domiciliar?

4-Como você realiza o exame físico?

5-Quais as principais queixas das gestantes? Quais são suas orientações?

6-Qual o fluxo de atendimento da unidade?

7-Quantas gestantes você atende? Em média quantas gestantes são encaminhadas para o acompanhamento de alto risco?

8-Sua unidade disponibiliza todos os materiais necessários para o atendimento?

9-Você solicita exames durante as consultas? Quais?

10-Quais dificuldades e facilidades você encontra na assistência ao pré-natal?

ANEXO(S)**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Título da Pesquisa: Consulta de Enfermagem: Assistência pré-natal.

Objetivo: Conhecer o acompanhamento do enfermeiro no período do pré-natal na atenção básica

Período da coleta de dados: 01/10/2021 a 15/10/2021

Tempo estimado para cada coleta: 40 minutos

Local da coleta: Unidade Saúde /Território Paulo Freire.

Pesquisador/Orientador: Cecília Marly Spiazzi dos Santos **Telefone:** (48) 991068025

Pesquisador/Acadêmico²: Lucas Sousa de Matos **Telefone:** (48) 998002318

Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê a Resolução CNS 510/2016 e 466/2012; foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
<p>Inicialmente será solicitada autorização para a realização da pesquisa na Secretária de Saúde do Município de Criciúma e posteriormente o projeto será enviado ao comitê de ética. Primeiro Momento – Conhecimento do campo onde será realizado a pesquisa; Segundo Momento – Realização do convite aos profissionais seguindo os seguintes critérios: profissionais enfermeiros(as) que atuem em UBSs no TPF que realizam acompanhamento pré-natal a sua população. Terceiro Momento – Realizar coleta de dados realizando entrevista fechada aos participantes; Quarto Momento – Realizar análise dos dados.</p>

RISCOS
<p>Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, pois não se trata de procedimentos invasivos, o que poderá acontecer é um desconforto por parte dos participantes no momento de resposta da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 e 466/12 da CNS da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido as participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.</p> <p>No decorrer da entrevista será esclarecido todos os objetivos da pesquisa e a metodologia que será aplicada e será assegurado o direito de recusa e/ou desistência em qualquer período da aplicação, sem prejuízo ao participante da pesquisa.</p> <p>A coleta de dados primários presencial exige cuidados de biossegurança na prevenção à Covid-19, por parte do pesquisador, visando a proteção do participante</p>

da pesquisa e a sua própria.

O pesquisador deve esclarecer, com linguagem acessível ao participante da pesquisa, os riscos envolvendo a coleta de dados e as respectivas medidas preventivas.

O pesquisador deve atender aos seguintes procedimentos:

- Realizar a coleta de dados em ambiente ventilado;
- Durante a coleta de dados, o pesquisador deve usar obrigatoriamente máscara de tecido e face shield;
- Não realizar a coleta de dados quando o participante da pesquisa não estiver usando máscara de tecido;
- Manter distanciamento de 1,5 metros do participante da pesquisa;
- Sanitizar caneta, celular ou outros recursos físicos utilizados entre cada coleta de dados;
- Portar frasco com álcool 70% para sanitização das mãos e recursos físicos.

BENEFÍCIOS

A pesquisa levantará pontos a serem melhorados na assistência do Enfermeiro no pré-natal, assim beneficiando todas as famílias que passarem por este ciclo, trazendo resultados positivos para a implementação de uma assistência qualificada e resolutiva a demanda das gestantes. Acredita-se que o presente estudo trará contribuições positivas e visibilidade sobre a assistência prestada pelo enfermeiro à gestante, apresentando a sistematização da assistência de enfermagem e a importância da consulta do enfermeiro diante aspectos relacionados ao período gestacional.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as

minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Lucas Sousa de Matos pelo telefone (48) 998002318 Pesquisador responsável Cecília Marly Spiazzi dos Santos (48) 991068025 e-mail marly@unesc.net

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
_____	_____
Assinatura	Assinatura
Nome:	Nome:
_____	_____
CPF: _____. _____. ____ - ____	CPF: _____. _____. ____ - ____

Criciúma (SC), _____ de setembro de 2021.



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
Relatório de pareceres por processos

Página 1 / 1
Página 1
Data: 10/07/2021

Filtros aplicados ao relatório

Parecer: 1
Número do processo: 0613731
Número do processo: 613731 Situação: Em análise Em trâmite: Não
Requerente: 772905281 - LUCAS SOUSA DE MATOS
Beneficiário:
Solicitação: 82 - AUTORIZAÇÃO

Código do parecer: 1 Número do processo: 613731
Local do parecer: 002.001.008 - SAÚDE -PROTOCOLO CENTRAL

Data e hora: 10/07/2021 10:17:20

Conclusivo: Não

Parecer: Vimos por meio deste, DEFERIR a solicitação para realização da pesquisa intitulada: "CONSULTA DE ENFERMAGEM: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL". Mediante o deferimento, declara-se o aceite da proposta e concorda-se em disponibilizar o acesso aos profissionais de enfermagem das unidades referidas no projeto de pesquisa.
O estudo está sob responsabilidade da professora Cecília Marly Spiazzi dos Santos e do pesquisador Lucas Souza de Matos, do curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul catarinense - UNESC - durante o tempo de aplicação da pesquisa.
Os pesquisadores devem combinar antecipadamente com a Gerência imediata das unidades participantes do estudo. Cabe ressaltar que os pesquisadores devem realizar todas as medidas de segurança referente à pandemia do novo coronavírus. Além disso, devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética antes de iniciar a pesquisa.
Fica acordado que os pesquisadores podem ser convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde, em período oportuno bem como devem, ao final da pesquisa, encaminhar os resultados digitalizados à Secretaria.

Criciúma - SC, 10 de Julho de 2021.

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Eliano dos Santos
Médico
Gerente de Atenção Básica

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
Secretaria Municipal de Saúde
Alexsandro Ferreira Caitano
Gerente de Educação Permanente
Matr 56370 Psicólogo CRP 12/13405

Alexsandro Ferreira Caitano