

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PATRICIA SILVA SANTOS

**ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: VISÃO DA USUÁRIA**

ALFENAS/ MG

2020

PATRICIA SILVA SANTOS

**ASSISTÊNCIA NO PRÉ-NATAL PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: VISÃO DA USUÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, nível Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas

Coorientador: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

ALFENAS/MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas

Santos, Patricia Silva.
S237p Assistência no pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde:
visão da usuária /Patricia Silva Santos. – Alfenas/MG, 2020.
104f. : il. --

Orientadora: Patricia Scotini Freitas
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de
Alfenas, 2020.
Bibliografia.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermeiras e
Enfermeiros. 4. Enfermagem no consultório. I. Freitas, Patricia Scotini. II.
Titulo.

CDD-610.73

PATRICIA SILVA SANTOS

"Assistência no pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde: visão da usuária"

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 23 de abril de 2020

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Christianne Alves Pereira Calheiros
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Adriana Olimpia Barbosa Felipe
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Scotini Freitas, Presidente**, em 23/04/2020, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Olimpia Barbosa Felipe, Professor do Magistério Superior**, em 23/04/2020, às 10:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Christianne Alves Pereira Calheiros, Professor do Magistério Superior**, em 23/04/2020, às 10:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0277211** e o código CRC **3B2DDF4D**.

Aos meus pais, Roberto e Maria Helena, que contribuíram diretamente com esta conquista, sempre acreditando e apoiando minhas decisões, renunciando muitas vezes seus sonhos para realizar os meus, não bastaria dizer obrigado.

As minhas filhas Lara e Letícia, que são a razão de tudo, que me orgulham a cada dia e que participaram de cada momento desta conquista. Saiba que eu as amo mais do que tudo na minha vida.

Aos meus amigos e colegas de trabalho que tornaram possível a busca deste sonho, contribuindo em vários momentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que na sua infinita graça e misericórdia me protegeu, me iluminou, me concedeu forças, saúde e perseverança para alcançar meus objetivos.

Aos meus pais, Roberto e Maria Helena, que buscaram me educar com seus exemplos de fé, caráter e perseverança, ensinando-me o caminho correto. São por vocês todas as minhas conquistas.

As minhas filhas Lara e Letícia, pelas horas que passaram sem a minha presença, pelo amor e motivação, pelas horas de privação de lazer, que contribuíram para alcançar o término deste estudo.

A minha orientadora Dra. Patrícia Scotini Freitas, que me transmitiu seus conhecimentos, experiências profissionais e de vida, com dedicação e carinho. Houve momentos difíceis, mas você acreditou em mim e, com confiança e competência me orientou na condução deste estudo. Pelas orientações presenciais e a distância, pelos ensinamentos e parcerias meu agradecimento sincero, meu respeito e meu afeto.

Ao meu coorientador Dr. Fábio de Souza Terra, pelas contribuições sempre pertinentes, dividindo de forma solidária todo seu conhecimento e experiências. Agradeço de coração.

Aos professores e enfermeiros que participaram da validação do instrumento de coleta de dados, contribuindo para a melhoria do estudo.

Aos profissionais e participantes que contribuíram na realização do teste-piloto.

Aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, ao secretário do município onde foi realizado o estudo, que abriram as portas tornando possível a realização da coleta de dados.

Às 80 gestantes, hoje mães, pela participação voluntária nesta pesquisa e pelo seu tempo dedicado a responder o instrumento. Foram momentos especiais.

Às minhas colegas de trabalho, pelas contribuições, disponibilidade, amizade, atenção e motivação para realização desta pesquisa.

Às professoras Dra. Adriana Olimpia Barbosa Felipe e Christianne Alves Pereira Calheiros, pela participação nas bancas e pelas sugestões oferecidas.

Aos colegas e amigos do mestrado, que compartilham suas experiências e dificuldades, contribuindo diretamente com minha formação profissional.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pelos ensinamentos compartilhados nas disciplinas e nas sugestões, ideias e parcerias na pesquisa.

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, do meu mestrado e do meu crescimento profissional.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

O estudo objetiva avaliar a assistência prestada na consulta pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde na visão da usuária, em um município localizado no sul do Estado de Minas Gerais. Foi conduzida pesquisa de delineamento não experimental, do tipo descritiva, de abordagem quantitativa, com elaboração de instrumento de coleta de dados pelos pesquisadores, validado conforme a Técnica *Delphi*, e realizado teste-piloto. População composta por 80 gestantes que realizaram o pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde, chamadas para uma atividade educativa, orientadas em relação ao estudo e convidadas a participar. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e inferencial, utilizando-se o *software* R versão 3.6.3, os testes Qui-Quadrado, Teste G e Exato de Fisher considerado o nível de significância de 5%. Como resultados foi possível observar que a maior parte das gestantes estava na faixa etária entre 18 a 25 anos, brancas, casadas ou em uma união estável, ensino médio completo, do lar, renda familiar mensal entre 999,00 e 1.996,00 reais e católicas. Referente ao histórico gestacional, a maior parte estava na segunda ou terceira gestação, sem abortos anteriores, com parto anterior cesariano, negaram intercorrências nas gestações anteriores e antecedentes pessoais, afirmaram possuir antecedentes familiares. Com relação à assistência recebida, observou-se que as gestantes apresentaram predominantemente índice de massa corporal adequado e sobrepeso, gestação única, início do pré-natal até 12 semanas, realização de uma a três consultas pré-natal com, pelo menos, uma consulta com o enfermeiro. Apresentavam anotações na caderneta de pré-natal referentes à altura uterina, pressão arterial, batimentos cardíofetais, exames laboratoriais, ultrassonografia e orientação sobre vacinação. Informaram deficiência em relação ao exame clínico das mamas e realização de testes rápidos. Referente à prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso, a maior parte informou estar em uso, porém sem anotação. Quanto às queixas na gestação atual, todas informaram sentir pelo menos uma queixa, sendo as mais citadas lombalgia, dor na barriga e dor nas pernas. Quando questionadas sobre a opinião na assistência prestada pelo enfermeiro, todas afirmaram como facilitadores: acolhimento na unidade, sentiu-se bem na consulta e uso de linguagem esclarecedora; a maioria apontou como barreiras: recebimento de atividade educativa e visita domiciliar. Nos testes inferenciais, observou-se significância entre: intercorrências nas gestações anteriores com número de abortos, índice de massa corporal com inchaço nos pés, manchas na pele e náuseas com antecedentes pessoais; dor nas costas e nas pernas, vômitos, manchas na pele e náuseas com idade gestacional; sangramento na gengiva com faixa etária; situação de trabalho com fraqueza; fraqueza e vômito com exames laboratoriais; queixas emocionais com uso de sulfato ferroso. Embora na visão das gestantes a assistência realizada pelo enfermeiro tenha sido avaliada como facilitadora em vários aspectos, observa-se deficiência no atendimento de ações indispensáveis durante o pré-natal como realização de exame físico completo, testes rápidos, atividades educativas e visita domiciliar. Espera-se que as ações evidenciadas neste estudo contribuam na prática dos profissionais de saúde e de gestores, estimulando um processo reflexivo frente ao cuidado humanizado no pré-natal, buscando atender às reais necessidades das usuárias.

Descritores: Cuidado Pré-Natal. Atenção Primária à Saúde. Enfermeiras e Enfermeiros. Enfermagem no Consultório.

ABSTRACT

The study aims to evaluate the assistance provided in the prenatal appointments by the nurse in the primary health care in the view of the user, in a city located in the south of Minas Gerais State. It was conducted a research of non experimental design, of the descriptive type and the quantitative approach, with the elaboration of a data collection instrument by the researchers, validated according to the Delphi Technique, and a pilot test was carried out. A population of 80 pregnant women, who undertook the prenatal in the primary health care units, was called for an educational activity, guided about the study and invited to participate. The analysis of the data was carried out in a descriptive and inferential way by using the software R version 3.6.3., the Chi-square tests, the G Test and Fisher's exact test considering the significance level of 5%. As a result, it was possible to observe that most of the pregnant women were between 18 and 25 years old, white, married or in a stable relationship, with high school education, homemakers, family income between 999.00 and 1,996.00 reais and catholic. Regarding the gestational record, most of them were in the second or third pregnancy, with no previous miscarriages, with previous Csection, denied complications in the previous pregnancies and personal backgrounds, but claimed to have family backgrounds. Regarding the assistance received, it was observed that the pregnant women showed predominantly adequate body mass index and overweight, single pregnancy, beginning of prenatal by 12 weeks, attending from one to three prenatal appointments with at least one appointment with the nurse. They presented notes on a prenatal notebook regarding uterine height, blood pressure, fetal heartbeat, laboratory exams, ultrasound and guidance about vaccination. They reported deficiency about the clinical exam of the breasts and the performance of quick tests. With regard to the prescription of folic acid and ferrous sulphate, most of them reported to be using but not taking notes. Regarding the complaints in the current pregnancy, all of them reported having at least one, the most mentioned were low back pain, abdominal pain and pain in the legs. When asked about their opinion on the assistance provided by the nurse, all of them said they were facilitators: they were welcome in the unit, felt good in the appointment and there was use of enlightening language; most also pointed out the barriers: receiving of educational activity and home visits. In the inferential tests, it was observed significance between: complications in the previous pregnancies and number of miscarriages; body mass index and swollen feet; skin marks and nausea and personal background; pain in the back and in the legs, vomiting, skin marks and nausea and gestational age; gum bleeding and age group; work situation and weakness; weakness and vomiting and laboratory exams; emotional complaints and use of ferrous sulphate. Although in the view of the pregnant women the assistance given by the nurse has been seen as facilitating in many aspects, deficiencies were observed regarding the fulfillment of essential actions during prenatal care such as the performance of physical exams, quick tests, educational activities and home visits. It is hoped that the actions demonstrated in this study contribute to the practices of professionals in the healthcare area and managers, stimulating a reflexive process towards the human care during prenatal, seeking to meet the real needs of the users.

Descriptors: Prenatal care. Primary health care. Nurses. Nursing in the office.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das participantes segundo as variáveis sociodemográficas. Muzambinho, MG. 2019.....	37
Tabela 2 -	Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes ao histórico gestacional. Muzambinho, MG. 2019.....	39
Tabela 3 -	Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes à assistência recebida. Muzambinho, MG. 2019.....	41
Tabela 4 -	Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes às queixas na gestação atual. Muzambinho, MG. 2019.....	44
Tabela 5 -	Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes à opinião sobre a assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal. Muzambinho, MG. 2019.....	46
Tabela 6 -	Análise inferencial do número de abortos e intercorrências nas gestações anteriores. Muzambinho, MG. 2019.....	47
Tabela 7 -	Análise inferencial do IMC e inchaço nos pés. Muzambinho, MG. 2019.....	48
Tabela 8 -	Análise inferencial de manchas na pele e náuseas com antecedentes pessoais. Muzambinho, MG. 2019.....	48
Tabela 9 -	Análise inferencial de dor nas costas, dor nas pernas, vômitos, manchas na pele e náuseas com idade gestacional. Muzambinho, MG. 2019.....	49
Tabela 10 -	Análise inferencial de sangramento na gengiva e faixa etária. Muzambinho, MG. 2019.....	50
Tabela 11 -	Análise inferencial de situação de trabalho e fraqueza. Muzambinho, MG. 2019.....	50
Tabela 12 -	Análise inferencial de fraqueza e vômitos com realização de exames laboratoriais. Muzambinho, MG. 2019.....	52
Tabela 13 -	Análise inferencial de queixas emocionais e uso de sulfato ferroso. Muzambinho, MG. 2019.....	51
Tabela 14 -	Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Muzambinho, MG. 2019.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimentos Cardíofetais
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cm	Centímetro
COHAB	Conjunto Habitacional
DP	Desvio Padrão
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
Ed.	Edição
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Ilmo.	Ilustríssimo
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
Km	Quilômetro
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
N/n	Número
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização das Nações Unidas
p.	Página
PE	Processo de Enfermagem

PMAQ -AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
Prof.	Professor
Profa.	Professora
PSF	Programa Saúde da Família
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
v.	Volume

LISTA DE SÍMBOLOS

R\$	Reais
%	Porcentagem
*	Asterisco

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	17
2	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVOS	26
3.1	OBJETIVO GERAL.....	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4	MÉTODO	27
4.1	DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	27
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	28
4.4	COLETA DE DADOS.....	29
4.4.1	Instrumento de Coleta de Dados.....	29
4.4.2	Etapas da Coleta de Dados.....	31
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5	RESULTADOS	35
5.1	ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS.....	35
5.1.1	Caracterização das Gestantes: Dados Sociodemográficos.....	35
5.1.2	Caracterização das Gestantes: Histórico Gestacional	37
5.1.3	Assistência à Gestante Recebida.....	39
5.1.4	Queixas na Gestação Atual.....	42
5.1.5	Opinião das Gestantes sobre a Assistência Prestada pelo Enfermeiro no Pré-Natal.....	44
5.2	ANÁLISES INFERENCIAIS.....	46
6	DISCUSSÃO	56
6.1	DISCUSSÃO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS.....	56
6.1.1	Caracteriza�o das Gestantes: Dados Sociodemográficos.....	56
6.1.2	Caracteriza�o das Gestantes: Histórico Gestacional.....	57
6.1.3	Assistência � Gestante Recebida.....	60
6.1.4	Queixas na Gesta�o Atual	64

6.1.5	Opinião das Gestantes sobre a Assistência Prestada pelo Enfermeiro no Pré-Natal	65
6.2	DISCUSSÃO DAS ANÁLISES INFERENCIAIS.....	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	89
	ANEXO	10

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha graduação em Enfermagem no mês de fevereiro do ano de 1996 pela Universidade do Estado de Minas Gerais, *campus* Passos, me formando em dezembro de 1999.

Com relação a minha vida profissional, teve início na área hospitalar em janeiro de 2000, em um hospital particular, nesta mesma cidade. Seis meses após fui convidada para assumir o serviço de Enfermagem na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Muzambinho, Estado de Minas Gerais, minha cidade natal, em que havia realizado estágio extracurricular, durante o curso. Permaneci em Muzambinho por um ano. Após esse período fui convocada a assumir uma vaga em um concurso que havia realizado na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, onde atuei por dois anos em um serviço de Urgência e Emergência do próprio município.

No ano de 2003, com planos de me casar e constituir minha família retornei à minha cidade natal, assumindo novamente minha função na Irmandade Santa Casa. Nesse período iniciei também minha vida como docente no curso técnico em Enfermagem pelo Instituto Federal, *campus* Muzambinho, na área de Saúde da Mulher.

Tive duas filhas e, em 2007, por questões pessoais me afastei da docência. Fui convocada a assumir um cargo na Atenção Básica em Muzambinho, mas desta vez minha atuação foi em um Centro de Saúde assumindo, dentre outras, a função de ser a referência técnica municipal em Saúde da Mulher.

Particpei, em 2005, da implantação do Comitê Hospitalar e Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil, onde permaneço até esta data como membro efetivo, participando de todas as reuniões para análise dos óbitos e proposta de medidas de prevenção e melhora da assistência.

Em 2015, tive meu primeiro contato com a UNIFAL-MG, quando fui convidada a participar de um curso oferecido aos profissionais da Atenção Básica para incentivo ao aleitamento materno. Na ocasião, soube que a Universidade oferecia o Mestrado na área materno-infantil.

Junto com uma amiga e colega de trabalho iniciamos o curso, como aluna não regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), no ano de

2017. Nesse momento tive oportunidade de trazer todo este meu interesse e questionamento em relação à necessidade de melhoria da qualidade na assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde e buscar conhecer a partir das próprias gestantes quais seriam estas lacunas que ainda impedem a redução da morbidade e da mortalidade materna, infantil e fetal.

Com este projeto consegui ingressar em 2018 no Mestrado acadêmico em Enfermagem da UNIFAL-MG e junto à minha orientadora e coorientador desenvolver esta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento de importantes reestruturações, na vida da mulher e nos papéis que esta exerce. Podem ser vividas neste período mudanças de ordem biológica, psicológica e social, representando uma experiência única e intensa (PICCININI et al., 2008; SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013).

As alterações fisiológicas ocorridas, durante a gravidez, acometem a maioria dos sistemas do organismo da mulher e podem gerar sentimentos como medo, angústia e dúvidas em relação às transformações e, por isto, precisam ser acompanhadas por um profissional qualificado, desde o início. Durante o pré-natal as alterações do período gestacional são classificadas como fisiológicas ou patológicas, por meio da avaliação de risco da gestação (VALENTE et al., 2013).

A atenção à gestante faz-se necessária por meio do pré-natal que tem como objetivo assegurar o desenvolvimento de uma gestação segura, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando inclusive aspectos psicológicos e atividades educativas preventivas, o que contribui para a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013a). Uma atenção pré-natal qualificada depende de procedimentos simples, de condutas acolhedoras e de fácil acesso, podendo ser conduzida em sua plenitude na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2006). A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a).

Conforme a Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, são considerados equivalentes (BRASIL, 2017a). Neste estudo será utilizado o termo atenção primária à saúde.

O cuidado pré-natal compreende um conjunto de ações voltadas para a saúde durante a gravidez, a fim de identificar os riscos, prevenir as complicações, garantir uma melhor condição de saúde, prevenir e reduzir a morbimortalidade materna e fetal (PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO, 2013).

Um cuidado pré-natal qualificado e humanizado ocorre através da incorporação de medidas que contribuem para o fácil acesso aos serviços, sem

intervenções desnecessárias e que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e cuidados de saúde para as gestantes e recém-nascidos, desde o atendimento ambulatorial básico até o alto risco (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

O atendimento pré-natal humanizado exige a formação de profissionais atentos e receptivos às necessidades de saúde das mulheres e de suas famílias, além do uso de tecnologias em saúde que permitam o desenvolvimento e o acompanhamento de um atendimento abrangente e holístico (SILVA et al., 2016).

Acredita-se que o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal e os cuidados assistenciais no primeiro trimestre, como um indicador da qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2013a).

Para um pré-natal de qualidade, consideram-se os princípios e as recomendações do Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a saber: a) realização da primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gestação; b) realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal e uma consulta no puerpério; c) realização dos exames laboratoriais propostos; d) aplicação de vacinas conforme calendário da gestante; e) realização de atividades educativas; f) classificação de risco gestacional e encaminhamento ao serviço de referência se necessário (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013a).

Para o atendimento destes princípios os profissionais da APS devem realizar ações de atenção integral, promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos. Toda a equipe da APS tem um papel importante na busca da qualidade do pré-natal, sendo função do enfermeiro, enquanto membro da equipe, participar da busca para captação precoce, realizar o cadastro da gestante, acolhendo-a na unidade de saúde, realizar consulta pré-natal intercalada às consultas médicas, solicitar e avaliar exames de ultrassonográficos e laboratoriais, realizar testes rápidos, prescrever medicamentos conforme estabelecidos em protocolos do Ministério da Saúde (MS) e aprovados pela instituição, orientar a vacinação, realizar a coleta do citopatológico do colo do útero, avaliar as mamas, desenvolver atividades educativas individuais e coletivas, oferecer orientação e apoio, realizar a classificação de risco da gestante e encaminhá-la (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014a).

Nesse contexto, vale destacar que os serviços de saúde vêm passando por mudanças em relação à estrutura e organização com o objetivo de construir um modelo de atenção à saúde mais justo, equânime, democrático, participativo e que atenda às prerrogativas básicas e aos princípios da humanização da assistência, promoção e prevenção em saúde (VALENTE et al., 2013).

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o SUS passou a incorporar atividades mais coletivas e abrangentes com perspectivas de junto com os outros setores gerar impacto positivo na qualidade de saúde e de vida da população (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

A atenção materno-infantil tem sido considerada como prioridade nesse cenário, tendo como foco principal a gestante no pré-natal, parto e puerpério, para que o ciclo gravídico-puerperal aconteça com o menor risco possível para o binômio mãe e filho. Neste sentido, os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, devem estar sensibilizados para a humanização da assistência prestada, tal como proposto pelo Programa Humanização do Parto e do Nascimento. O enfermeiro como membro da equipe multiprofissional, com o advento da ESF, ganhou um amplo espaço de atuação na assistência pré-natal, desenvolvendo seu trabalho no serviço de atenção básica e na própria comunidade, contando com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem, profissionais submetidos a sua supervisão (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013).

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no SUS, junto à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e aos impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos, podem estar relacionadas com a redução das mortes por causas obstétricas diretas. As iniciativas propostas para o país foram: garantia do direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto, garantia do acolhimento nos serviços de urgência, propostas para a humanização da assistência, garantia dos direitos da gestante no ambiente de trabalho, expansão da atenção primária à saúde, expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal, redirecionamento de recursos para projetos, implementação de ações de concepção e contracepção, vigilância do óbito materno e infantil, redução da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis congênita, facilidade do acesso e adequação do serviço e capacitação das equipes. Porém, as taxas por causas diretas ainda são altas e

representam um grande desafio para o sistema de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; BRASIL, 2013a).

A meta proposta no quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) era de que o Brasil apresentasse a redução na mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990 (BRASIL, 2013a).

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna no Brasil caiu 58% entre 1990 e 2015, de 143 para 67,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Levando em consideração os dados anteriores, e até 2016, a proporção da mortalidade materna diminuiu 12%, saindo de 67,9 para 60 óbitos por 100 mil nascidos. Vale considerar que, no Brasil, os números são bastante heterogêneos e podem variar conforme a região do país, de 44 até 110 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Mesmo com a implantação de serviços de saúde, é necessária a melhora na assistência, para que ocorra a implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no país (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2013a).

Muitos esforços vêm sendo implementados mundialmente para proporcionar acesso universal e de qualidade da atenção à saúde reprodutiva. No Brasil, a cobertura pré-natal aumentou significativamente, após a adoção do Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e Nascimento a partir de 2002, cuja principal estratégia é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aos recém-nascidos. Apesar da melhoria na cobertura, ainda se verifica um percentual da população que não recebe esse serviço, devido ao nível de desenvolvimento do local onde as mulheres residem, do acesso aos serviços de saúde e da organização do sistema de saúde. A não realização do pré-natal tem sido associada a resultados adversos da gestação e parto entre mães e recém-nascidos. Problemas como sífilis congênita, morte neonatal e prematuridade foram identificados por vários estudos associados à não realização de pré-natal (BRASIL, 2002; BRASIL, 2013a; DARMONT et al., 2010; NUNES et al., 2016; ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

O estudo realizado por Rosa, Silveira e Costa (2014) aponta que a não realização do pré-natal se deve, principalmente, a fatores socioeconômicos como baixa escolaridade e baixo nível de renda familiar, de dificuldade de acesso às consultas como distância do serviço e custo para o deslocamento, da qualidade dos

cuidados em saúde e do suporte social. Outros fatores potencialmente relacionados são: extremos de idade materna, não convivência com companheiro, uso de álcool ou outras drogas, multiparidade, não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, contexto social adverso, experiências negativas de atendimentos anteriores e concepções de descrédito sobre o pré-natal.

Em relação à prática profissional no pré-natal, os enfermeiros têm apoio legal para realizar o acompanhamento pré-natal completo de gestantes de baixo risco. A Lei 7.498 de 25 de julho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e descreve que o enfermeiro é capaz de realizar consulta de enfermagem e prescrição de cuidados de enfermagem, enquanto parte da equipe de saúde (BRASIL, 1986; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013a; SILVA et al., 2016).

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e consiste na aplicação do Processo de Enfermagem (PE) ao indivíduo, à família e à comunidade, de forma direta e independente. Compõe-se de entrevista com a coleta de dados, exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, a implementação dos cuidados e orientação das ações relativas aos problemas detectados (MACIEL; ARAUJO, 2003).

A consulta de enfermagem proporciona a orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada das necessidades relativas a estas mulheres com quem os profissionais interagem em consultas no pré-natal, nas unidades de saúde da APS. A comunicação neste contexto é um recurso indispensável para a assistência em saúde, na criação de confiança e vinculação do usuário e profissional e, conseqüentemente, ao serviço de saúde, reconhecendo o contexto sociocultural da gestação e aproximando a gestante e o serviço da saúde (ALVES et al., 2015). Quando as necessidades da gestante não são atendidas, a relação de confiança entre ela e o profissional de saúde é significativamente prejudicada (RIOS; VIEIRA, 2007).

O trabalho do enfermeiro na APS tem uma dupla dimensão, assistencial e gerencial, que visa ao cuidado de enfermagem ao indivíduo através de ações de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, além da monitorização da situação de saúde da população, gerenciando a equipe para a produção do cuidado. O cotidiano do enfermeiro é marcado pelo conflito de responsabilizar-se pelo conjunto de atividades administrativas que compõem a dinâmica do

funcionamento do serviço de saúde e o trabalho específico preconizado. Esta sobrecarga de trabalho e o acúmulo de diversas funções podem levar ao afastamento do enfermeiro da assistência direta, da realidade e das necessidades da população (BONFIN et al., 2012; CAÇADOR et al., 2015).

Entre os fatores considerados determinantes da atuação do enfermeiro no cuidado à gestante está a garantia da qualidade da assistência pré-natal, e para isso é necessário embasar sua prática no conhecimento técnico e científico para o desenvolvimento de suas habilidades e nas relações estabelecidas com as gestantes. A instituição de protocolos assistenciais e de fluxos de atendimento orienta o desenvolvimento das suas atividades, proporcionando maior segurança nas suas atitudes, diante das situações de risco que as gestantes possam apresentar, dispendo de escuta ativa e atenção resolutiva para atender às necessidades dessa população (BORTOLI et al., 2017).

A gestação é considerada um fenômeno fisiológico que deve ser entendida como uma experiência de vida saudável, mas devido a fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de uma evolução desfavorável. A avaliação e classificação de risco para a tomada de decisões devem ser dinâmicas e contínuas, realizadas durante todo o acompanhamento pré-natal. Assim, somente pode ser confirmado o risco habitual ao final do processo gestacional (BRASIL, 2013a).

Mediante todo o contexto apresentado, a pesquisa envolvendo a opinião e a satisfação dos usuários nos serviços de saúde tem sido uma estratégia crescente para avaliação da qualidade do cuidado, na busca de informações adequadas e confiáveis, baseada em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. O setor de saúde adota políticas para o resgate da qualidade, possibilitando a renovação e reformulação dos modelos e práticas de atenção e cuidado à saúde, garantindo, assim, maior utilização e continuidade dos serviços, e podendo inclusive interferir no aumento da satisfação do usuário. A humanização em saúde é uma oportunidade de transformação na cultura e no cuidado desenvolvido nos serviços de saúde, adotando uma postura ética de respeito e acolhimento ao usuário, entendido como cidadão e não apenas consumidor do serviço de saúde (COTTA et al., 2006).

O protagonismo dos usuários neste processo torna-os avaliadores reais e amplia seus direitos como cidadão, envolvendo-os também na corresponsabilidade

da produção do cuidado, possibilitando maior qualidade e resolutividade e atendendo aos princípios de humanização e melhor interação entre usuário e equipe de saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

O enfermeiro ao prezar e respeitar os valores e crenças dos usuários através de uma relação dinâmica entre os atores do cuidado possibilita que a gestante passa a confiar naquele profissional que a atende. A consulta de enfermagem pré-natal realizada na APS é valorizada quando estabelece relação de comunicação, onde são privilegiados o acolhimento e a escuta, o que favorece o envolvimento da gestante nos cuidados com sua saúde. Cabe aos enfermeiros proporcionar momentos de escuta e interação que permitam tornar a mulher agente ativo de seu cuidado (ALVES et al., 2015).

2 JUSTIFICATIVA

As altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a ser vencido, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente para a redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação, incluindo os enfermeiros (CUNHA et al., 2009).

O pré-natal com qualidade na atenção primária à saúde não apenas reduz complicações durante a gestação, mas também facilita a atuação da equipe no momento do parto. Destaca-se como sendo a principal estratégia na busca da redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização dos programas exige atuação profissional competente e atualizada em modo contínuo (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

Repensar a atenção no pré-natal, envolvendo os profissionais, pressupõe um novo olhar sobre o processo de trabalho em saúde e organização do serviço, no qual, por meio da instituição de protocolos, se valorize a competência técnico-científica de cada membro da equipe, oferecendo uma assistência de qualidade e humanizada à gestante (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

Com isso, o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimento técnico-científico disponível para cada caso. A assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro é essencial no processo do pré-natal, já que ele é um profissional com permanência constante no serviço de saúde, na APS.

Diante do exposto, entende-se que a adequada qualidade da assistência ao pré-natal com a participação de um profissional qualificado possa contribuir significativamente para a redução da mortalidade materna, assim como, para a redução de complicações ao recém-nascido.

Assim, o presente estudo justifica-se pela busca de dados que poderão contribuir na produção de resultados que refletirão na ciência, assim como, no preenchimento de lacunas de conhecimento nesta área de pesquisa. Também poderá contribuir para a implementação de ações de enfermagem que satisfaçam as gestantes com relação à assistência recebida na APS e que alcancem o objetivo

principal do pré-natal na busca da redução de complicações maternas e fetais, trazendo informações que possam auxiliar para a elaboração de políticas públicas e de planos de cuidados que atendam, de forma integral, às gestantes que buscam a assistência ao pré-natal, nas unidades de APS. Além disso, pode propiciar o levantamento de parâmetros que coloquem a gestante como membro efetivo na construção de um serviço de qualidade onde sejam respeitados os critérios para humanização da assistência que realmente atenda a suas necessidades e, assim, propiciar melhor relacionamento profissional e cliente/paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a assistência prestada na consulta pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde na visão da usuária, em um município localizado no sul do Estado de Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos:

- a) Identificar o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas pelo enfermeiro, na atenção primária à saúde;
- b) Identificar os dados das gestantes atendidas pelo enfermeiro, na atenção primária à saúde;
- c) Conhecer as atividades realizadas na assistência prestada em consulta pré-natal, na atenção primária à saúde;
- d) Identificar as queixas das gestantes atendidas pelo enfermeiro, na atenção primária à saúde;
- e) Conhecer a opinião das gestantes atendidas, na atenção primária à saúde, sobre a assistência realizada pelo enfermeiro no pré-natal;
- f) Verificar existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e as do histórico gestacional e assistência recebida, intercorrências nas gestações anteriores com antecedentes pessoais, número de gestações com número de consultas e semana de início do pré-natal, número de gestações, número de consultas, número de abortos, IMC e tipo de gestação com intercorrências nas gestações anteriores, das queixas na gestação atual com as do histórico gestacional e assistência recebida e das queixas na gestação atual com as variáveis sociodemográficas.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO E TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa de delineamento não experimental, do tipo descritiva, de abordagem quantitativa.

O delineamento de pesquisa não experimental é utilizado em situação na qual o pesquisador deseja construir um retrato do fenômeno, explorar eventos, pessoas ou situações de uma maneira natural (observacional). Algumas questões só podem ser respondidas com o emprego do delineamento de pesquisa não experimental, pois neste tipo de delineamento inexistente intervenção por parte do pesquisador ou seria antiética a manipulação da intervenção (POLIT; BECK, 2018).

O propósito dos estudos descritivos consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. Os pesquisadores buscam descrever relações entre variáveis, sem inferir nas conexões causais (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2014; POLIT; BECK, 2018).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas oito Unidades de Saúde da Família (USF), no Posto de Saúde e no Centro de Saúde de um município localizado na região sul do Estado de Minas Gerais.

Tais unidades foram selecionadas pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo classificadas como Unidades Básicas de Saúde para atendimento ambulatorial. O CNES visa a ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informação da Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficiente do SUS (BRASIL, 2017b).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui, considerando o último censo realizado, em 2010, 20.430 habitantes. A área é de 414 km², e a densidade demográfica é de 53,6 habitantes/km². O município foi classificado com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,74, sendo classificado como alto (entre 0,700 e 0,799) (BRASIL, 2010b).

Possui um número de nascimentos de 253,2 nascidos vivos no período de 2014 a 2018, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). O índice de Mortalidade Infantil em 2015 foi de 4,21 por 1.000 nascidos vivos, baixo em relação a 13,82 no Brasil no mesmo ano, porém chegando a 18,79, em 2018, com diagnóstico classificado como evitáveis, reduzíveis com adequada assistência à mulher na gestação e adequada assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2019).

De acordo com o terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável proposto pelos chefes de estado junto a ONU, até 2030, objetiva-se acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, com todos os países reduzindo a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2017c).

Os partos são realizados no próprio município com média de 84,29% dos partos realizados pelo SUS. Em relação ao óbito materno, no período de 2014 a 2018, houve 33 óbitos de mulher em idade fértil, sendo um óbito em 2018 no puerpério imediato com diagnóstico de Transtornos da Placenta (BRASIL, 2019).

Este município conta com oito USFs, a saber: PSF COHAB, PSF Barra Funda, PSF Bela Vista, PSF Vila Lima, PSF Jardim Anápolis, PSF Vila Socialista, PSF Patrimônio, PSF Barra Bonita. Conta ainda com duas UBSs, Posto de Saúde do Alto do Anjo e Centro de Saúde Dona Itália Franco.

Cada Unidade de Saúde da Família possui um enfermeiro, e cada UBS possui dois enfermeiros, totalizando 12 enfermeiros.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Foram selecionadas as gestantes atendidas na consulta pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde do referido município, no período de março a junho de 2019. A população mensal atendida nos serviços mencionados, em média, é de 80 consultas pré-natal.

Foram adotados como critérios de seleção gestantes com 18 anos de idade ou mais, capazes de ler e escrever, atendidas no pré-natal classificadas como baixo

risco, nas unidades de saúde da família e nas unidades básicas de saúde do município supracitado, cadastradas na unidade de referência.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), construído pelos pesquisadores deste estudo, com base no referencial do Ministério da Saúde de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco e Humanização do Parto e do Nascimento (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a).

O instrumento proposto foi dividido em quatro partes, a saber: a parte I foi composta por Dados Sociodemográficos relacionados à identificação das gestantes, tais como: idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, situação de trabalho atual, renda familiar mensal e crença religiosa. A parte II foi relativa aos dados referentes ao Histórico Gestacional e Assistência Recebida, como: número de gestações e abortos, número e tipo de partos, intercorrências nas gestações anteriores, antecedentes pessoais e familiares, peso, estatura, altura uterina, pressão arterial, batimentos cardíacos, idade gestacional, tipo de gestação atual, semana de início do pré-natal, número de consultas e com o enfermeiro, realização de exames clínicos da mama, laboratoriais, testes rápidos e ultrassom; prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso e orientação sobre vacinação. A parte III foi relativa às Queixas na Gestação Atual, e a parte IV foi composta por informações referentes à Opinião das gestantes sobre a Assistência Prestada pelo Enfermeiro no Pré-Natal.

Cabe destacar que este instrumento foi submetido à validação, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo a técnica *Delphi*, por cinco juízes *expertises* na área de enfermagem na saúde da mulher e saúde coletiva, sendo três enfermeiros assistenciais e dois enfermeiros docentes. Esses profissionais analisaram o instrumento quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando o instrumento com a sua capacidade de atingir os objetivos propostos, na presente pesquisa.

A técnica *Delphi* consiste “em um método sistematizado de julgamento de informações úteis para obter consensos de especialistas sobre determinado tema

por meio de validações articuladas em fases ou ciclos” (CASTRO; REZENDE, 2009, p. 430).

Os autores sobrescritos explicam ainda que nesta técnica o pesquisador elabora um instrumento com base nos objetivos a serem alcançados e o envia aos especialistas. O questionário circula entre eles e é avaliado até que um consenso seja obtido. São informados os objetivos do estudo e as instruções para o preenchimento e devolução. No segundo ciclo, as questões são modificadas com base nas respostas obtidas e são novamente apresentadas aos especialistas. No terceiro ciclo, o pesquisador decidirá os pontos a serem mantidos ou corrigidos, buscando um consenso. O nível de consenso é reservado ao pesquisador e varia de 50% a 80%. A principal vantagem do uso desta técnica se dá por não haver interação entre os especialistas, evitando influências, além das vantagens econômicas por dispensar transporte, tempo e outros.

No presente estudo, foi adotado percentual de 80% de concordância entre os juízes.

O instrumento de coleta de dados a ser validado com uma instrução (APÊNDICE B) foi encaminhado para cada juiz, via e-mail, acompanhado do Termo de Compromisso (APÊNDICE C), e foi solicitado prazo de devolutiva de 15 dias, após o recebimento do mesmo (e-mail).

Após este prazo, o instrumento foi devolvido aos pesquisadores com as sugestões descritas por cada juiz. Cada instrumento foi avaliado com suas considerações, sendo que as alterações ocorreram conforme porcentagem de aprovação (80%), e algumas considerações, mesmo quando se tinha o consenso de 80% ou mais, foram acatadas pelos pesquisadores e encaminhadas na segunda rodada para os juízes. Após esta análise e correções, o instrumento foi novamente enviado para cada juiz com todas as considerações e alterações realizadas para nova avaliação, solicitando prazo de devolutiva de 15 dias, também via e-mail.

Nesta segunda rodada, quatro dos juízes aprovaram o instrumento na íntegra, e um juiz incluiu algumas sugestões que mesmo não atingindo porcentagem para alterações no instrumento foram acatadas, conforme consenso entre os pesquisadores.

Considera-se que, para averiguar a validade do instrumento elaborado, também se deve realizar o pré-teste, com uma pequena população da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, assegurando que a pesquisa alcance o

resultado proposto. Para a realização do teste-piloto, como regra geral, utiliza-se de 5 a 10% da população total (MARCONI, LAKATOS, 2003). Após a conclusão da validação pela técnica *Delphi*, o instrumento foi encaminhado para realização de teste-piloto, com oito gestantes de outro município, atendidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde em duas unidades de estratégia da família, o qual foi avaliado conforme entendimento e aplicabilidade.

Após realização do teste-piloto, foram realizadas alterações conforme consenso dos pesquisadores nos itens 5, parte I, incluído “profissão” como complemento do item ocupação; no item 6, também parte I, incluído “atual” na situação de trabalho; no item 11, parte II, subdividido em: tipos de parto e intercorrências nas gestações anteriores, para melhor entendimento das gestantes primíparas.

4.4.2 Etapas da coleta de dados

Para a coleta de dados, foi realizada reunião com o gestor municipal de saúde e o enfermeiro responsável pela atenção primária à saúde para explicação do objetivo do estudo e solicitação da anuência/autorização para o desenvolvimento do estudo (APÊNDICES D e E).

Após anuência, parecer favorável do CEP e realização da validação e teste-piloto do instrumento de coleta de dados, foram agendadas reuniões para esclarecer os objetivos da pesquisa aos enfermeiros que atuam nas unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde incluídas na presente pesquisa.

Posteriormente, foi agendado um encontro com as gestantes, para uma atividade educativa com o tema “As queixas mais comuns na gestação” e entregue um folder educativo (APÊNDICE F). As gestantes receberam um convite (APÊNDICE G), enviado através dos Agentes Comunitários de Saúde para as gestantes residentes nas áreas atendidas pela Estratégia Saúde da Família e agendadas por telefone para as gestantes não incluídas nestas áreas. No convite e na ligação telefônica, foi orientado para, no dia do encontro, levarem o cartão/caderneta de pré-natal da gestante. Foram realizados no total vinte e dois encontros, para que toda a população do estudo fosse convidada à participar. Cada unidade tinha um número de gestantes e algumas não compareceram aos encontros

mesmo após o agendamento. Alguns encontros foram realizados com apenas duas gestantes enquanto outros havia uma participação de até 12 mulheres.

O tempo previsto para duração de cada encontro foi de uma hora, sendo a atividade educativa (30 minutos) conduzida pela própria pesquisadora. Em cada encontro realizou-se na unidade de saúde onde as mulheres realizam o pré-natal. Após a atividade educativa, as gestantes foram orientadas em relação ao estudo e convidadas a participar do mesmo.

As gestantes que concordaram em participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H), e após assinarem este termo, receberam o instrumento de coleta de dados que foi preenchido na presença do pesquisador e, após, devolvido ao mesmo.

O período de coleta de dados foi de aproximadamente quatro meses, ou seja, 25 de março até 21 de julho de 2019.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme a característica deste estudo, a análise dos dados foi realizada na forma descritiva e inferencial, utilizando medidas de estatísticas.

A estatística é a ciência que apresenta processos próprios para coletar, apresentar e interpretar adequadamente um conjunto de dados, seja ele numérico ou não, podendo-se dizer que seu objetivo é o de apresentar informações sobre dados em análise, para que se tenha maior compreensão dos fatos que os mesmos representam. A estatística descritiva, como o próprio nome já diz, se preocupa em descrever os dados (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Excel* e utilizada a técnica de dupla digitação. Os dados coletados foram analisados por meio do *software R* versão 3.6.3 (2009).

Para verificar existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e as do histórico gestacional e assistência recebida (idade com IMC, renda familiar mensal com número de gestações e IMC, escolaridade com IMC), intercorrências nas gestações anteriores com antecedentes pessoais, número de gestações com número de consultas e semana de início do pré-natal, número de gestações, número de consultas, número de abortos, IMC, pressão arterial e tipo de gestação com

intercorrências nas gestações anteriores, das queixas na gestação atual com as do histórico gestacional e assistência recebida (IMC, pressão arterial, idade gestacional, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, intercorrências nas gestações anteriores, tipo de gestação, realização de exames laboratoriais e prescrição de sulfato ferroso) e das queixas na gestação atual com as variáveis sociodemográficas (idade, ocupação/profissão), foram utilizados os testes Qui-Quadrado, Teste G e Exato de Fisher.

Para essas análises, foi considerado o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para $p < 0,05$.

Posteriormente, os dados foram apresentados em tabelas com valores absolutos e percentuais, e as variáveis numéricas por meio da estatística descritiva.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada autorização prévia ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), sendo aprovado em 16 de outubro de 2018, protocolo CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética): 00447618.4.0000.5142 e com número de aprovação 2.963.558 (ANEXO A).

Após parecer favorável do CEP, o TCLE foi lido e assinado em duas vias, das quais uma foi entregue à participante e a outra ficou em posse do pesquisador. Destaca-se que foram garantidos o sigilo e o anonimato das participantes, as quais foram identificadas por números. E para os juízes que participaram da etapa de validação do instrumento de coleta de dados foi entregue o Termo de Compromisso, também sendo garantidos o sigilo e o anonimato.

As participantes foram informadas sobre os riscos de sua participação na pesquisa, ou seja, foram informadas que poderiam sentir algum tipo de desconforto e/ou constrangimento ao responder ao instrumento de coleta de dados, sendo que, a qualquer momento, poderiam retirar seu consentimento, sem prejuízos. Como medidas preventivas de tais riscos, previu-se: abordagem cautelosa à participante considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promoção de

privacidade em ambiente tranquilo e seguro, durante a coleta de dados. Como medidas minimizadoras dos riscos, pretendeu-se esclarecer novamente à participante que não haveria identificação do seu nome, a fim de garantir o anonimato; que haveria sigilo em relação às respostas, tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Se mesmo diante destas condutas preventivas e minimizadoras, as participantes apresentassem algum tipo de desconforto/constrangimento as mesmas seriam lembradas da possibilidade de retirar o consentimento prévio, sendo amparada pela equipe executora que poderia prestar suporte emocional e/ou avaliar a necessidade de encaminhamento das participantes aos serviços da rede municipal de saúde.

Não houve relato de constrangimento, necessidade de oferta de aporte emocional ou necessidade de encaminhamento.

Como benefícios as participantes contribuíram para a pesquisa, na melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal e na possibilidade de implementação de ações de enfermagem que satisfaçam às reais necessidades das gestantes.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS

5.1.1 Caracterização das Gestantes: Dados Sociodemográficos

Conforme já mencionado, participaram do estudo gestantes atendidas na consulta pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. Foram coletados os dados de 80 gestantes.

A média de idade destas gestantes foi de 26,3 anos (DP=6,5), com idade mínima de 18 e máxima de 40, com faixa etária de maior predomínio de 18 a 25 anos (48,7%) (Tabela 1).

Em relação à raça, 47 gestantes das 80 participantes se declararam brancas (58,7%) (Tabela 1).

No que se refere ao estado civil, 58 (72,5%) gestantes responderam ser casadas ou estão em uma união estável (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, 29 gestantes informaram possuir o Ensino Médio Completo (36,3%); 16, o Ensino Fundamental Incompleto (20,0%) e 13, o Ensino Médio Incompleto (16,2%) (Tabela 1).

Em relação à renda familiar mensal, a média foi de R\$1.689,19 por mês (DP=1009,9) com menor renda declarada de R\$ 400,00 e máxima de R\$ 6.750,00, sendo a renda mais prevalente de R\$ 999,00 a R\$ 1.996,00 reais, o que corresponde um a dois salários mínimos (33,7%) (Tabela 1).

Referente à situação de trabalho, 34 (42,3%) gestantes informaram como situação serem do lar e 24 (30,0%) informaram estar empregadas no mercado formal (Tabela 1).

Em relação à crença religiosa, 58 (72,4%) gestantes informaram seguir a crença católica (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo as variáveis sociodemográficas.
Muzambinho, MG

Variáveis	n=80	Porcentagem (%)
Faixa Etária: 18 a 25 anos	39	48,7
26 a 30 anos	21	26,2
31 a 35 anos	11	13,8
36 a 40 anos	9	11,3
Raça: Branca	47	58,7
Parda	24	30,0
Preta	8	10,0
Amarela	1	1,3
Estado Civil: Casada\União Estável	58	72,5
Solteira	22	27,5
Escolaridade: Ens. Fund. Incompleto	16	20,0
Ens. Fund. Completo	12	15,0
Ens. Médio Incompleto	13	16,2
Ens. Médio Completo	29	36,3
Ens. Sup. Incompleto	4	5,0
Ens. Sup. Completo	4	5,0
Pós-Graduação	2	2,5
Situação de Trabalho: Do Lar	34	42,3
Desempregada	9	11,3
Mercado Formal	24	30,0
Mercado Informal	9	11,3
Estudante	3	3,8
Não responderam	1	1,3
Renda Familiar Mensal: Até 998,00 reais	23	28,7
999,00 a 1.996,00	27	33,7
1.997,00 a 2.994,00	21	26,3
Mais que 2.995,00	8	10,0
Não respondeu	1	1,3
Crença Religiosa: Católica	58	72,4
Evangélica	19	23,8
Espírita	3	3,8

Fonte: Da Autora.

5.1.2 Caracterização das Gestantes: Histórico Gestacional

Quanto ao número de gestações, a média foi de 2,2 (DP=1,3) com o máximo de seis gestações e o mínimo de uma. Delas, 29 das participantes estavam na primeira gestação (36,3%), 39 na segunda ou terceira gestação (48,7%) e doze gestantes estavam na quarta gestação ou mais (15,0%) (Tabela 2).

Quanto ao número de abortos, a média foi de 0,3 (DP= 0,5) com máximo de dois e mínimo de zero sendo que 63 das gestantes não tiveram nenhum aborto (78,8%). E, em relação ao número de partos, a média foi de 1 (DP=1,2) com o máximo de cinco partos e mínimo de zero, sendo que 28 das participantes já tiveram um parto (35,0%) (Tabela 2).

Em relação ao tipo de parto anterior, 29 (36,3%) das participantes eram primigestas, 5 (6,3%) estavam na segunda ou terceira gestação porém com abortos anteriores. Das 46 (57,5%) restantes, 37 foram submetidas anteriormente a pelo menos uma cesariana (80,4%).

Quanto às intercorrências nas gestações anteriores, 29 das participantes eram primigestas, as demais (n=51) quando questionadas em relação às intercorrências nas gestações anteriores, 35 das gestantes responderam não terem tido (68,6%) e uma não respondeu (2,0%) (Tabela 2). Das 15 gestantes que responderam ter tido intercorrências, nove informaram ter tido aborto anteriormente (60,0%); três, hipertensão (20,2%), uma, prematuridade (6,6%); uma, infecção do trato urinário (6,6%); e uma, eclampsia (6,6%).

Em relação à frequência de antecedentes pessoais, 63 responderam não ter antecedentes pessoais (78,8%). Os antecedentes pessoais citados foram hipotireoidismo (17,6%) e hipertensão arterial (17,6%), seguido por convulsão (11,7%), gastrite (5,9%), litíase renal (5,9%), prolapso cardíaco (5,9%), diabetes mellitus e hipertensão arterial (5,9%), fibromialgia (5,9%), bronquite (5,9%), arritmia cardíaca (5,9%), hipoglicemia (5,9%) e rinite (5,9%).

A maioria das participantes informou ter antecedentes familiares, ou seja, 62 gestantes (77,5%). Como antecedente familiar mais frequente foram diabetes mellitus (29,0%); diabetes mellitus e hipertensão (29,0%); hipertensão arterial (27,6%); diabetes e câncer (1,6%); hipertensão e depressão (1,6%); diabetes e doença cardíaca (1,6%); diabetes, hipertensão e hipotireoidismo (1,6%); diabetes, hipertensão e Coreia de Huntington (1,6%); problemas mentais (1,6%); diabetes e

hipotireoidismo (1,6%); hipertensão e câncer (1,6%) e uma participante não respondeu (1,6%).

Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes ao histórico gestacional. Muzambinho, MG. 2019

Variáveis	n=80	Porcentagem (%)
Número Gestações: Primeira	29	36,3
Segunda ou Terceira	39	48,7
Quarta ou mais	12	15,0
Número de Abortos: 0	63	78,8
1	14	17,4
2 ou mais	3	3,8
Número de Partos: 0	34	42,5
1	28	35,0
2 e 3	15	18,7
4 ou mais	3	3,8
Tipo de Parto *: 1 cesariana/1 vaginal	1	2,2
1 cesariana /4 vaginal	1	2,2
2 cesariana /1 vaginal	1	2,2
3 cesariana /1 vaginal	1	2,2
Cesariana	33	71,6
Vaginal	8	17,4
Não Respondeu	1	2,2
Intercorrências em gestações anteriores: **Sim	15	29,4
Não	35	68,6
Não respondeu	1	2,0
Antecedentes Pessoais: Sim	17	21,2
Não	63	78,8
Antecedentes Familiares: Sim	62	77,5
Não	17	21,2
Não respondeu	1	1,3

Fonte: Da autora.

* Somente as gestantes que já tiveram gestações anteriores (n=51) exceto as com aborto anterior (n=5).

** Somente as gestantes que já tiveram gestações anteriores (n=51).

5.1.3 Assistência à Gestante Recebida

Em relação ao peso, descrito na caderneta da gestante, a média foi de 73,9 (DP= 14,5), com peso mínimo de 47 e máximo de 110 quilos. Referente à estatura, a média foi de 161,2 (DP= 7,0), com estatura mínima de 145 cm e máxima de 175 cm. Com isto, a média do IMC foi de 28,6 (DP= 5,3), sendo o IMC mínimo de 19,2 e o máximo de 40,6 e com maior frequência de gestantes classificadas com IMC adequado (31,3%) e sobrepeso (31,3%), porém quando somadas as frequências das que apresentaram sobrepeso (n=25) e obesidade (n=19), tem-se a maioria da população (54,9%) (Tabela 3).

Quanto à anotação na caderneta da gestante referente à altura uterina, 45 das gestantes responderam que estava anotado o valor referente (56,2%). Sobre a anotação da aferição da pressão arterial, 76 gestantes responderam que estava anotada (95,0%), sendo que 75 participantes apresentaram a pressão arterial dentro dos valores de normalidade conforme o Ministério da Saúde (93,7%), uma apresentou hipertensão (1,3%) e quatro não estavam anotadas (5,0%). Quanto ao registro dos batimentos cardíacos, 54 gestantes informaram estar anotado este dado (67,4%) (Tabela 3).

Em relação à idade gestacional, conforme as anotações na caderneta da gestante, a média foi de 20,3 (DP= 9,3), com idade gestacional mínima de quatro e máxima de 37 semanas, sendo a maior parte na faixa de 14 a 26 semanas (n=33, 41,1%). Quanto ao tipo de gestação, 77 gestantes informaram que a gestação era única (96,2%) (Tabela 3).

Ao que se refere à semana de início do pré-natal, a média foi de 8,6 (DP=3,9), com semana de início mínima de quatro e máxima de 24, sendo até 12 semanas (n=71, 88,7%) a de maior ocorrência (Tabela 3).

Quanto ao número de consultas até o momento, a média foi de 4,1 (DP= 2,3), com número mínimo de uma e máximo de 11 consultas, predominando o intervalo de 1 a 3 consultas (n=33, 48,8%). Todas as participantes passaram anteriormente a pelo menos uma consulta com o enfermeiro, sendo no mínimo uma e no máximo sete consultas (Tabela 3).

Em relação à realização do exame clínico das mamas nas gestantes, 75 das participantes informaram não ter sido realizado (93,7%) (Tabela 3).

Quanto à realização de exames laboratoriais, 61 das participantes informaram estar anotado na caderneta da gestante (76,2%) (Tabela 3).

Sobre os testes rápidos, 42 das participantes informaram não ter realizado (52,5%) (Tabela 3).

Quanto à realização de exame ultrassonográfico, 56 das participantes informaram ter realizado o exame e estar anotado na caderneta da gestante (70,0%) (Tabela 3).

Em relação à prescrição de ácido fólico, 15 participantes informaram ter sido prescrito, estar anotado na caderneta da gestante e estar em uso (18,8%), 39 informaram estar em uso do suplemento, mas não estar anotado (48,8%) (Tabela 3).

Sobre a prescrição de sulfato ferroso, nove participantes informaram ter sido prescrito, estar anotado na caderneta da gestante e estar em uso (11,3%), 42 participantes informaram estar em uso do suplemento, mas não estar anotado (52,5%) (Tabela 3).

Quanto à orientação sobre a vacinação, 65 das participantes informaram que receberam orientação e está anotada na caderneta da gestante (81,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes à assistência recebida. Muzambinho, MG. 2019

Variáveis	n=80	Porcentagem (%)
IMC*: Baixo Peso	7	8,8
Adequado	25	31,3
Sobrepeso	25	31,3
Obesidade	19	23,6
Não respondeu	4	5,0
Anotação da Altura Uterina: Sim	45	56,2
Não	25	31,3
Não respondeu	10	12,5
Anotação da Pressão Arterial: Sim	76	95,0
Não respondeu	4	5,0
Anotação do BCF**: Sim	54	67,4
Não	21	26,3
Não respondeu	5	6,3

continua

Variáveis	n=80	Porcentagem (%)
Idade Gestacional: 1 a 13	21	26,3
13 a 24	33	41,1
25 a 42	25	31,3
Não respondeu	1	1,3
Tipo de Gestação: Única	77	96,2
Múltipla	2	2,5
Não respondeu	1	1,3
Início do Pré-Natal: Até 12 semanas	71	88,7
Mais de 12 semanas	9	11,3
Número de Consulta até o Momento: 1 a 3	39	48,7
4 a 6	26	32,6
7 ou mais	15	18,7
Consultas com o enfermeiro: 1	58	72,4
2 a 4	20	25,0
5 ou mais	1	1,3
Não respondeu	1	1,3
Submetida ao Exame Clínico das Mamas: Sim	5	6,3
Não	75	93,7
Exames Laboratoriais: Anotados	61	76,2
Realizados e não anotados	8	10,0
Solicitados	11	13,8
Testes Rápidos: Anotados	26	32,6
Não realizados	42	52,3
Realizados e não anotados	7	8,8
Solicitados	4	5,0
Não respondeu	1	1,3
Ultrassonografia: Anotada	56	69,9
Não realizada	1	1,3
Realizada e não anotada	7	8,8
Solicitada	15	18,7
Não respondeu	1	1,3
Ácido Fólico: Anotado, em uso	15	18,7
Em uso, não anotado	39	48,7
Não prescrito	3	3,8
Foi prescrito, mas não em uso	23	28,8
		Conclusão

Variáveis	n=80	Porcentagem (%)
Sulfato Ferroso: Anotado, em uso	9	11,3
Em uso, não anotado	42	52,3
Não prescrito	16	20,0
Foi prescrito, mas não em uso	13	16,4
Vacinação: Anotada	65	81,2
Nenhuma orientação	2	2,5
Orientada	12	15,0
Não respondeu	1	1,3

Fonte: Da autora.

*IMC: Índice de Massa Corporal.

**BCF: Batimentos Cardíofetais.

5.1.4 Queixas na Gestação Atual

Quanto às queixas durante a gestação atual, todas as gestantes participantes informaram sentir pelo menos uma queixa. As queixas mais citadas foram: 54 das gestantes informaram apresentar dor nas costas (67,4%), 49 dor na barriga (61,3%) e 41 dor nas pernas (51,3%). As queixas menos citadas foram disúria (10,0%), melasmas (13,8%) e sangramento na gengiva (20,0%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes às queixas na gestação atual. Muzambinho, MG. 2019

Variáveis	n=80	Porcentagem (%)
Dor nas Costas: Sim	54	67,4
Não	26	32,6
Dor na Barriga: Sim	49	61,3
Não	31	38,7
Dor ao Urinar: Sim	8	10,0
Não	72	90,0
Dor nas Pernas: Sim	41	51,3
Não	39	48,7
Dor na Cabeça: Sim	40	50,0
Não	40	50,0
Fraqueza: Sim	27	33,8
Não	53	66,2
Vômito: Sim	21	26,3
Não	59	73,7
Sangramento na Gengiva: Sim	16	20,0
Não	64	80,0
Tonturas: Sim	24	30,1
Não	56	69,9
Manchas na Pele: Sim	11	13,8
Não	69	86,2
Inchaço nos pés: Sim	26	32,5
Não	54	67,5
Náuseas: Sim	22	27,6
Não	58	72,4
Queixas emocionais: Sim	39	48,7
Não	41	51,3

Fonte: Da autora.

5.1.5 Opinião das Gestantes sobre a Assistência Prestada pelo Enfermeiro no Pré-Natal

Em relação à opinião das gestantes na assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal, as gestantes foram orientadas a responder utilizando os termos facilitador ou barreira, conforme sua opinião. De todos os itens da assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal, demonstrados na Tabela 5, os que tiveram maior percentual (100,0%) de participantes que referiram como facilitador foram: acolhimento na unidade; sentiu-se bem na consulta; e uso de linguagem esclarecedora, enquanto os itens mais indicados como barreira foram: recebimento de atividade educativa (85,0%); recebimento de visita domiciliar (81,3%); e questionada sobre queixas atuais (81,3%).

Tabela 5 – Distribuição das participantes segundo as variáveis referentes à opinião sobre a assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal. Muzambinho, MG. 2019

Variáveis	n=80	Porcentagem (%)
Acolhimento na Unidade: F*	80	100,0
Atenção nas Consultas: F	79	98,7
B**	1	1,3
Questionada sobre Problemas Anteriores à Gestação: F	73	91,2
B	7	8,8
Questionada sobre Problemas em Gestações Anteriores: F	70	87,4
B	9	11,3
Não respondeu	1	1,3
Questionada sobre Queixas Atuais: F	65	81,3
B	15	18,7
Questionada sobre Vacinação: F	75	93,7
B	5	6,3
Dúvidas Ouvidas: F	75	93,7
B	5	6,3
Sentiu-se à Vontade na Consulta: F	76	95,0
B	4	5,0
Sentiu-se Bem na Consulta: F	80	100,0
Uso de Linguagem Esclarecedora: F	80	100,0
Tempo de Consulta Suficiente: F	76	95,0
B	4	5,0
Preparo do Profissional para Realização do Pré-Natal: F	78	97,5
B	2	2,5
Recebimento de Visita Domiciliar: F	15	18,7
B	65	81,3
Recebimento de Atividade Educativa: F	12	15,0
B	68	85,0

Fonte: Da autora.

*Facilitador.

** Barreira.

5.2 ANÁLISES INFERENCIAIS

Esta seção abordará as análises realizadas para atender ao quinto objetivo que é a verificação de existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e as do histórico gestacional e assistência recebida, intercorrências nas gestações anteriores com antecedentes pessoais, número de gestações com número de consultas e semana de início do pré-natal, número de gestações, número de consultas, número de abortos, IMC e tipo de gestação com intercorrências nas gestações anteriores, das queixas na gestação atual com as do histórico gestacional e assistência recebida e das queixas na gestação atual com as variáveis sociodemográficas.

Após a aplicação dos Testes Estatísticos Exato de Fisher, Qui-quadrado e Teste G obteve-se valor de p significativo nas variáveis descritas nas Tabelas 6 a 13, ou seja, o valor de $P < 0,05$ com nível de significância de 5%.

Tabela 6 – Análise inferencial do número de abortos e intercorrências nas gestações anteriores. Muzambinho, MG. 2019

Intercorrências nas Gestações Anteriores	Número de Abortos			Total	p
	0	1	2		
Sim	5 (10,0%)	7 (14,0%)	3 (6,0%)	*15 (30,0%)	0,001
Não	28 (56,0%)	7 (14,0%)	0 (0,0%)	35 (70,0%)	
Total	33 (66,0%)	14 (28,0%)	3 (6,0%)	**50 (100,0%)	

Fonte: Da Autora.

* Somente as gestantes que já tiveram gestações anteriores (n=51).

** n= 50, considerando que uma participante não respondeu referente às intercorrências nas gestações anteriores.

p-valor referente ao Teste G.

Com relação às variáveis referentes ao histórico gestacional, sobre as intercorrências nas gestações anteriores observa-se que a maioria das participantes informou não ter apresentado intercorrências em gestações anteriores e tiveram zero abortos. Das participantes que informaram terem tido aborto, a maior parte delas indicou um aborto anterior e dessas, metade delas informaram ter apresentado intercorrências nas gestações anteriores e a outra metade informou não ter apresentado.

Tabela 7 – Análise inferencial do IMC e inchaço nos pés. Muzambinho, MG. 2019

IMC	Inchaço nos Pés		Total	p
	Sim	Não		
Baixo Peso	0 (0,0%)	7 (9,2%)	7 (9,2%)	0,011
Adequado	11 (14,5%)	14 (18,4%)	25 (32,9%)	
Sobrepeso	4 (5,3%)	21 (27,6%)	25 (32,9%)	
Obesidade	8 (10,5%)	11 (14,5%)	19 (25,0%)	
Total	23 (30,3%)	53 (69,7%)	76 (100,0%)	

Fonte: Da Autora.

n= 76, considerando que quatro participantes não responderam referente ao IMC.

p-valor referente ao Teste G.

Com relação à classificação do IMC, prevaleceu entre as gestantes a classificação de IMC adequado e sobrepeso. A maior parte não relacionou a queixa às alterações do peso, sendo que 11 (14,5%) das participantes com IMC adequado informaram apresentar inchaço nos pés, quatro (5,3%) das gestantes classificadas como sobrepeso referiram apresentar a queixa e oito (10,5%), classificadas como obesidade referiram apresentar inchaço nos pés. Nas participantes que se encontravam na classificação IMC baixo peso, não houve referência à queixa inchaço nos pés.

Tabela 8 – Análise inferencial de manchas na pele e náuseas com antecedentes pessoais. Muzambinho, MG. 2019

Queixas na Gestação Atual	Antecedentes Pessoais		Total	p
	Sim	Não		
Manchas na Pele:				0,049*
Sim	5 (6,2%)	6 (7,5%)	11 (13,7%)	
Não	12 (15,0%)	57 (71,3%)	69 (86,3%)	
Total	17 (21,3%)	63 (78,8%)	80 (100,0%)	
Náuseas:				0,016**
Sim	8 (10,0%)	14 (17,6%)	22 (27,6%)	
Não	9 (11,2%)	49 (61,2%)	58 (72,4%)	
Total	17 (21,2%)	63 (78,8%)	80 (100,0%)	

Fonte: Da Autora.

*p- valor referente ao Teste Exato de Fisher.

**p-valor referente ao teste Qui-quadrado.

Com relação às variáveis referentes às queixas na gestação atual, sobre manchas na pele e náuseas, observa-se que a maioria das participantes que informou não ter antecedentes pessoais não apresentou as referidas queixas.

Tabela 9 – Análise inferencial de dor nas costas, dor nas pernas, vômitos, manchas na pele e náuseas com idade gestacional. Muzambinho, MG. 2019

Queixas na Gestação Atual	Idade Gestacional			Total	p
	1 a 13	14 a 26	27 a 42		
Dor nas Costas:					0,025
Sim	12 (15,2%)	20 (25,3%)	22 (27,9%)	54 (68,4%)	
Não	9 (11,3%)	13 (16,5%)	3 (3,8%)	25 (31,5%)	
Total	21 (26,5%)	33 (41,8%)	25 (31,7%)	79 (100,0%)	
Dor nas Pernas:					0,009
Sim	5 (6,3%)	20 (25,3%)	16 (20,3%)	41 (51,9%)	
Não	16 (20,3%)	13 (16,5%)	9 (11,3%)	38 (48,1%)	
Total	21 (26,6%)	33 (41,7%)	25 (31,5%)	79 (100,0%)	
Vômitos:					0,042
Sim	10 (12,6%)	7 (8,9%)	4 (5,0%)	21 (40,5%)	
Não	11 (26,5)	26 (33,1%)	21 (26,5%)	58 (73,5%)	
Total	21 (26,5)	33 (42,0%)	25 (31,5%)	79 (100,0%)	
Manchas na Pele:					0,031
Sim	0 (0,0%)	5 (6,3%)	5 (6,3%)	10 (12,6%)	
Não	21 (26,5%)	28 (35,7%)	20 (25,2%)	69 (87,4%)	
Total	21 (26,5%)	33 (42,0%)	25 (31,5%)	79 (100,0%)	
Náuseas					0,042
Sim	10 (12,6%)	5 (6,3%)	4 (5,0%)	21 (26,5%)	
Não	11 (13,9%)	28 (35,7%)	21 (26,5%)	58 (73,5%)	
Total	21 (26,5%)	33 (42,0%)	25 (31,5%)	79 (100,0%)	

Fonte: Da Autora.

n= 79, considerando que um participante não respondeu referente à idade gestacional.

p-valor referente ao Teste G.

Com relação à queixa na gestação atual de dor nas costas (lombalgia), a maior parte das gestantes que responderam apresentar tal queixa estavam no último trimestre de gestação, ou seja, na idade gestacional entre 27 e 42 semanas.

Das 41 participantes que informaram apresentar dor nas pernas, a maior parte (n=20, 25,3%) estavam entre a 14 e 26 semanas de gestação.

Referente a vômitos, a maior parte das participantes (n=10, 12,6%) que referiram a queixa estavam no primeiro trimestre de gestação, ou seja, entre 1 e 13 semanas.

Das 10 participantes que informaram ter manchas na pele, as mesmas encontravam-se no segundo ou terceiro trimestre de gestação.

Das 21 gestantes que referiram apresentar náuseas, a maior parte delas estava no intervalo de 1 a 14 semana de gestação (primeiro trimestre).

Tabela 10 – Análise inferencial de sangramento na gengiva e faixa etária. Muzambinho, MG. 2019

Sangramento na Gengiva	Faixa Etária				Total	p
	18 a 25	18 a 25	31 a 35	36 a 40		
Sim	11 (13,8%)	5 (6,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	16 (20,1%)	0,014
Não	28 (35,0%)	16 (19,8%)	11 (13,8%)	9 (11,3%)	64 (79,9%)	
Total	39 (48,8%)	21 (26,1%)	11 (13,8%)	9 (11,3%)	80 (100,0%)	

Fonte: Da Autora.

p-valor referente ao Teste G.

Com relação à queixa sangramento na gengiva, das 16 participantes que referiram apresentar esta queixa, a maior parte (n=11, 13,8%) delas estavam na faixa etária de 18 a 25 anos.

Tabela 11 – Análise inferencial de situação de trabalho e fraqueza. Muzambinho, MG. 2019

Situação de Trabalho	Fraqueza		Total	p
	Sim	Não		
Desempregada	7 (8,9%)	2 (2,4%)	9 (11,3%)	0,046
Do Lar	8 (10,1%)	26 (32,9%)	34 (43,0%)	
Estudante	1 (1,4%)	2 (2,4%)	3 (3,8%)	
Mercado Formal	7 (8,9%)	17 (21,7%)	24 (30,6%)	
Mercado Informal	4 (5,0%)	5 (6,3%)	9 (11,3%)	
Total	27 (34,3%)	52 (65,7%)	79* (100,0%)	

Fonte: Da Autora.

* n= 79, considerando que uma participante não respondeu referente à situação de trabalho. p-valor referente ao Teste G.

Com relação à situação de trabalho, 34 das 79 participantes informaram serem do lar, destas, a maior parte informou não apresentar fraqueza.

Tabela 12 – Análise inferencial de fraqueza e vômitos com realização de exames laboratoriais. Muzambinho, MG. 2019

Queixas na Gestação Atual	Exames Laboratoriais			Total	p
	Anotados	Realizados e não anotados	Solicitados		
Fraqueza:					0,009
Sim	18 (22,6%)	1 (1,3%)	8 (10,0%)	27 (33,9%)	
Não	43 (53,6%)	7 (8,7%)	3 (3,8%)	53 (66,1%)	
Total	61 (76,2%)	8 (10,0%)	11 (13,8%)	80 (100,0%)	
Vômitos:					0,014
Sim	13 (16,1%)	1 (1,3%)	7 (8,7%)	21 (26,1%)	
Não	48 (60,1%)	7 (8,7%)	4 (5,1%)	59 (73,9%)	
Total	61 (76,2%)	8 (10,0%)	11 (13,8%)	80 (100,0%)	

Fonte: Da Autora
p-valor referente ao Teste G

Com relação à realização de exames laboratoriais, 61 das 80 participantes informaram ter realizado os exames laboratoriais e estarem devidamente anotados na caderneta da gestante, destas, 18 (22,6%) participantes afirmaram apresentar fraqueza e 13 (16,1%) vômitos constituindo a maior parte das respondentes que apresentaram as queixas referidas na gestação atual.

Tabela 13 – Análise inferencial de queixas emocionais e uso de sulfato ferroso. Muzambinho, MG. 2019

Queixas Emocionais	Uso de Sulfato Ferroso				Total	p
	Anotados	Em uso, não anotado	Não prescrito	Prescrito, não em uso		
Sim	1 (1,3%)	21 (26,2%)	11 (13,8%)	6 (7,5%)	39 (48,8%)	
Não	8 (10,0%)	21 (26,2%)	5 (6,2%)	7 (8,8%)	41 (51,2%)	0,036
Total	9 (11,3%)	42 (52,4%)	16 (20,0%)	13 (16,2%)	80 (100,0%)	

Fonte: Da Autora.
p-valor referente ao Teste G.

Com relação ao uso de sulfato ferroso, 42 das participantes informaram estar em uso, mas esta informação não estava anotada na caderneta da gestante. Dessas, 21 informaram apresentar queixas emocionais e 21 negaram tais queixas.

Tabela 14 – Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos.
Muzambinho, MG. 2019

Variável 1	Variável 2	Teste	p
Faixa etária	IMC	G	0,057
Intercorrências nas gestações anteriores	Antecedentes pessoais	Fisher	0,788
Renda familiar mensal	Número de gestações	G	0,214
Renda familiar mensal	IMC	G	0,564
Escolaridade	IMC	G	0,871
Número de gestações	Número de consultas até o momento	G	0,188
Número de gestações	Semana de início do pré-natal	G	0,154
Número de gestações	Intercorrências nas gestações anteriores	G	0,066
Número de consultas até o momento	Intercorrências nas gestações anteriores	Qui-quadrado	0,442
IMC	Intercorrências nas gestações anteriores	G	0,878
Tipo de gestação	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,270
Dor na barriga	IMC	G	0,290
Dor ao urinar	IMC	G	0,180
Dor nas pernas	IMC	G	0,741
Dor na cabeça	IMC	G	0,292
Fraqueza	IMC	G	0,490
Vômito	IMC	G	0,672
Sangramento na gengiva	IMC	G	0,065
Tonturas	IMC	G	0,312
Manchas na pele	IMC	G	0,516
Náuseas	IMC	G	0,151
Queixas emocionais	IMC	G	0,741
Dor nas costas	Tipo de gestação	Fisher	0,105
Dor na barriga	Tipo de gestação	Fisher	0,633
Dor ao urinar	Tipo de gestação	Fisher	0,806
Dor nas pernas	Tipo de gestação	Fisher	0,240
Dor na cabeça	Tipo de gestação	Fisher	0,746
Fraqueza	Tipo de gestação	Fisher	0,569
Vômito	Tipo de gestação	Fisher	0,536
Sangramento na gengiva	Tipo de gestação	Fisher	0,633
Tonturas	Tipo de gestação	Fisher	0,523
Manchas na pele	Tipo de gestação	Fisher	0,739
Inchaço nos pés	Tipo de gestação	Fisher	0,552
Náuseas	Tipo de gestação	Fisher	0,463
Queixas emocionais	Tipo de gestação	Fisher	0,228

Continua

Tabela 14 – Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos.
Muzambinho, MG. 2019

Variável 1	Variável 2	Teste	p
Dor nas costas	Antecedentes pessoais	Fisher	0,502
Dor na barriga	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,514
Dor ao urinar	Antecedentes pessoais	Fisher	0,223
Dor nas pernas	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,334
Dor na cabeça	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,500
Fraqueza	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,547
Vômito	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,478
Sangramento na gengiva	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,279
Tonturas	Antecedentes pessoais	Fisher	0,170
Inchaço nos pés	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,280
Queixas emocionais	Antecedentes pessoais	Qui-quadrado	0,546
Dor nas costas	Antecedentes familiares	Fisher	0,514
Dor na barriga	Antecedentes familiares	Qui-quadrado	0,533
Dor ao urinar	Antecedentes familiares	Fisher	0,229
Dor nas pernas	Antecedentes familiares	Qui-quadrado	0,356
Dor na cabeça	Antecedentes familiares	Qui-quadrado	0,124
Vômito	Antecedentes familiares	Qui-quadrado	0,086
Sangramento na gengiva	Antecedentes familiares	Fisher	0,230
Tonturas	Antecedentes familiares	Fisher	0,402
Manchas na pele	Antecedentes familiares	Fisher	0,314
Inchaço nos pés	Antecedentes familiares	Qui-quadrado	0,251
Náuseas	Antecedentes familiares	Fisher	0,493
Queixas emocionais	Antecedentes familiares	Qui-quadrado	0,234

Continua

Tabela 14 – Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos.
Muzambinho, MG. 2019

Variável 1	Variável 2	Teste	p
Dor nas costas	Intercorrências nas gestações anteriores	Qui-quadrado	0,262
Dor na barriga	Intercorrências nas gestações anteriores	Qui-quadrado	0,372
Dor ao urinar	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,116
Dor nas pernas	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,459
Dor na cabeça	Intercorrências nas gestações anteriores	Qui-quadrado	0,589
Fraqueza	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,512
Vômito	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,146
Sangramento na gengiva	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,686
Tonturas	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,512
Manchas na pele	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,260
Inchaço nos pés	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,587
Náuseas	Intercorrências nas gestações anteriores	Fisher	0,382
Queixas emocionais	Intercorrências nas gestações anteriores	Qui-quadrado	0,342
Dor na barriga	Idade gestacional	Qui-quadrado	0,344
Dor ao urinar	Idade gestacional	G	0,433
Dor na cabeça	Idade gestacional	Qui-quadrado	0,948
Fraqueza	Idade gestacional	Qui-quadrado	0,834
Sangramento na gengiva	Idade gestacional	G	0,484
Tonturas	Idade gestacional	Qui-quadrado	0,968
Inchaço nos pés	Idade gestacional	G	0,327
Queixas emocionais	Idade gestacional	Qui-quadrado	0,535
Dor nas costas	Pressão arterial	G	0,315
Dor na barriga	Pressão arterial	G	0,407
Dor ao urinar	Pressão arterial	G	0,921
Dor nas pernas	Pressão arterial	G	0,513
Dor na cabeça	Pressão arterial	G	0,526
Fraqueza	Pressão arterial	G	0,684

Continua

Tabela 14 – Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos.
Muzambinho, MG. 2019

Variável 1	Variável 2	Teste	p
Vômito	Pressão arterial	G	0,736
Sangramento na gengiva	Pressão arterial	G	0,815
Tonturas	Pressão arterial	G	0,723
Manchas na pele	Pressão arterial	G	0,868
Inchaço nos pés	Pressão arterial	G	0,315
Náuseas	Pressão arterial	G	0,723
Queixas emocionais	Pressão arterial	G	0,337
Dor nas costas	Faixa etária	G	0,374
Dor na barriga	Faixa etária	G	0,664
Dor ao urinar	Faixa etária	G	0,437
Dor nas pernas	Faixa etária	G	0,353
Dor na cabeça	Faixa etária	G	0,157
Fraqueza	Faixa etária	G	0,471
Vômito	Faixa etária	G	0,563
Tonturas	Faixa etária	G	0,555
Manchas na pele	Faixa etária	G	0,611
Inchaço nos pés	Faixa etária	G	0,248
Náuseas	Faixa etária	G	0,710
Queixas emocionais	Faixa etária	G	0,841
Dor nas costas	Situação de trabalho	G	0,338
Dor na barriga	Situação de trabalho	G	0,990
Dor ao urinar	Situação de trabalho	G	0,939
Dor nas pernas	Situação de trabalho	G	0,286
Dor na cabeça	Situação de trabalho	G	0,783
Vômito	Situação de trabalho	G	0,752
Sangramento na gengiva	Situação de trabalho	G	0,232
Tonturas	Situação de trabalho	G	0,092
Manchas na pele	Situação de trabalho	G	0,347
Inchaço nos pés	Situação de trabalho	G	0,157
Náuseas	Situação de trabalho	G	0,727
Queixas Emocionais	Situação de trabalho	G	0,794
Dor nas costas	Exames laboratoriais	G	0,503
Dor na barriga	Exames laboratoriais	G	0,282
Dor ao urinar	Exames laboratoriais	G	0,968
Dor nas pernas	Exames laboratoriais	G	0,122
Dor na cabeça	Exames laboratoriais	G	0,311
Sangramento na gengiva	Exames laboratoriais	G	0,076
Tonturas	Exames laboratoriais	G	0,915
Manchas na pele	Exames laboratoriais	G	0,866
Inchaço nos pés	Exames laboratoriais	G	0,890
Náuseas	Exames laboratoriais	G	0,985
Queixas emocionais	Exames laboratoriais	G	0,481
Dor nas costas	Sulfato ferroso	G	0,091
Dor na barriga	Sulfato ferroso	G	0,292

Conclusão

Tabela 14 – Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos.
Muzambinho, MG. 2019

Variável 1	Variável 2	Teste	p
Dor ao urinar	Sulfato ferroso	G	0,069
Dor nas pernas	Sulfato ferroso	G	0,570
Dor na cabeça	Sulfato ferroso	G	0,363
Fraqueza	Sulfato ferroso	G	0,391
Vômito	Sulfato ferroso	G	0,087
Sangramento na gengiva	Sulfato ferroso	G	0,359
Tonturas	Sulfato ferroso	G	0,579
Manchas na pele	Sulfato ferroso	G	0,117
Inchaço nos pés	Sulfato ferroso	G	0,628
Náuseas	Sulfato ferroso	G	0,470

Fonte: Da Autora.

6 DISCUSSÃO

6.1 DISCUSSÃO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS

6.1.1 Caracterização das Gestantes: Dados Sociodemográficos

A redução da mortalidade materna, fetal e infantil é considerada uma das principais metas a serem alcançadas no mundo, estabelecidas pela Assembleia Geral das Nações Unidas (BRASIL, 2013a). Nesse sentido, estudos foram e estão sendo realizados na busca de avaliar a assistência materno-infantil, em especial no pré-natal, realizada na atenção primária à saúde. As pesquisas realizadas abordam o assunto de várias óticas, como no estudo realizado por Tomasi et al. (2017) que avaliou o pré-natal, levando-se em consideração parâmetros avaliados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), como número de consultas, situação vacinal, prescrição de sulfato ferroso, exame físico, orientações e exames complementares como base para a construção de um indicador de qualidade. O assunto também é abordado, por análise quanti-qualitativa, em estudo de Pereira et al. (2015) que aborda os dados sociodemográficos e a percepção de gestantes em relação à assistência pré-natal, atendidas pelas Estratégias de Saúde de Família, em uma região semiárida do sertão paraibano, expondo a importância de um cuidado humanizado, acolhedor e que atenda aos preceitos do Programa de Humanização do Pré-Natal.

Como a população deste estudo, segundo os dados sociodemográficos, faixa etária, raça, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, renda familiar mensal e crença religiosa, as gestantes caracterizaram-se como maior parte de 18 a 25 anos, da raça branca, que convivem com companheiro, possuem ensino médio completo, situação de trabalho do lar, ou seja, não possuem ocupação remunerada, renda familiar mensal entre 999,00 e 1.996,00 reais, o que corresponde de 1 a 2 salários-mínimos e religião católica, resultados que se assemelham a outros estudos (DOMINGUES et al., 2015; SONCINI et al., 2019) realizados em outras regiões do Brasil, discutidos a seguir.

Pesquisa nacional, realizada a partir de bases de dados hospitalares, no período de 2011 a 2012, utilizando como critério de inclusão todas as puérperas,

com desfecho de um nascido vivo e idade gestacional no parto maior que 22 semanas, com uma amostra de 23.894 puérperas, cujo objetivo foi estimar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil segundo parâmetros do Ministério da Saúde e verificar a existência de associação entre esse grau de adequação e as características demográficas, sociais e econômicas das mulheres brasileiras, alcançou como resultado a idade materna predominante de 20 a 34 anos, escolaridade de 9 a 11 anos de estudo e predominância de mulheres que vivem com companheiro (DOMINGUES et al., 2015).

De acordo com Soncini et al. (2019), em estudo realizado no interior de São Paulo, com o objetivo de identificar sintomatologia depressiva, ansiosa, níveis de estresse e suporte social em gestantes brasileiras, comparando gestantes de alto e baixo risco, identificou-se um público de 126 gestantes distribuídas entre alto e baixo risco gestacional, com predomínio de idade entre 18 e 35 anos, anos de estudo entre 9 e 11 anos, com companheiro, sem ocupação remunerada e renda mensal *per capita* de 312,00 a 622,00 reais.

6.1.2 Caracterização das Gestantes: Histórico Gestacional

No que se refere ao histórico gestacional, observou-se no presente estudo o predomínio de gestante em segunda ou terceira gestação, o que também foi demonstrado em um estudo realizado na cidade de Bauru, Estado de São Paulo onde a coleta de dados ocorreu com 377 gestantes que realizavam pré-natal nas unidades básicas de saúde do município, cujo estudo, de caráter exploratório, descritivo e transversal também buscava conhecer a satisfação das gestantes em relação à atenção pré-natal (PRUDENCIO; MAMEDE, 2018). De acordo com estudo realizado pelo IBGE, através da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) publicada em 2016, a taxa de fecundidade, ou seja, número médio de filhos que uma mulher teria em seu período reprodutivo, no Brasil, era de 2,09 filhos por mulher em 2005 e reduziu para 1,72 em 2015 (BRASIL, 2016), pesquisa essa que confirma os dados encontrados nesta investigação, de predominância de mulheres na segunda ou terceira gestação.

Das gestantes participantes do estudo, 78,8% informaram não ter tido aborto anterior, sendo que avaliar a ocorrência de abortamentos é uma forma importante de

monitoramento e de avaliação da qualidade da assistência à mulher, em especial no pré-natal. Um estudo realizado por Correia et al. (2018), na região semiárida do Nordeste do Brasil, buscou alcançar dados que esclareçam a ocorrência de abortamentos, espontâneo e induzido, em mulheres de 10 a 49 anos, demonstrando que existe tendência na redução das taxas de abortos e que os principais fatores relacionados ao número de abortos induzidos foram a idade materna reduzida, a nuliparidade e o nível educacional, enquanto a idade materna avançada caracteriza um fator de risco para abortos espontâneos.

Neste estudo observa-se predomínio de gestantes primíparas, sem abortos anteriores, e das que tiveram parto anterior em sua maioria foi um parto cesárea. Estudo realizado por Koottwitz, Gouveia e Gonçalves (2018), em uma unidade obstétrica no Sul do Brasil, com 359 puérperas, predominância de mulheres secundíparas (63,9%), parto vaginal (74,1%), apontou que 72,0% dessas puérperas informaram não ter sido questionadas com relação a sua opção pelo tipo de parto. Observa-se, assim, que os dados do presente estudo são divergentes dos encontrados nessa outra investigação.

Na presente pesquisa, com relação ao tipo de parto anterior, 71,6% das participantes informaram ter sido submetidas exclusivamente à cesariana. A assistência intervencionista ainda é frequente nas unidades de saúde e, para quebrar esse paradigma, estudos como o realizado por Córtes et al. (2015) têm sido conduzidos no sentido de enfatizar a busca do empoderamento das mulheres, considerando os princípios de humanização e de maior autonomia no processo de gerar e parir, através da elaboração do plano de parto como estratégia, no qual a mulher pode descrever seus desejos, expectativas e necessidades, obtendo através deste documento a garantia de seus direitos. É importante destacar que nenhuma região brasileira conseguiu atender à recomendação da OMS, em relação à redução das taxas de cesariana para 15% dos partos realizados (BRASIL, 2015). Em estudo realizado em Maringá, Paraná, com 920 puérperas, 485 realizaram o parto pelo sistema público de saúde e 435 pelo sistema privado, no que diz respeito ao tipo de parto realizado, foi observada a maior proporção de parto cesárea entre puérperas que realizaram o parto pelo sistema privado (93,8%). Porém, foi observado também que a proporção de cesariana pelo SUS foi alta (55,5%) (OLIVEIRA et al., 2016).

Segundo Mouta et al. (2017), o plano de parto é muitas vezes desconhecido pelas gestantes e pelos profissionais de saúde que somente possuem noção que ele

está relacionado aos direitos legais, mas não o utilizam na garantia da qualidade da assistência, na prevenção de complicações e da realização de procedimentos desnecessários.

No que diz respeito às intercorrências em gestações anteriores, observa-se a necessidade de monitorização e prevenção destas intercorrências durante a assistência pré-natal. Na presente pesquisa, verificou-se que 68,6% das participantes referiram não apresentar intercorrências nas gestações anteriores. Já estudo realizado no município de Maringá, Estado do Paraná, no período de 2013 a 2014, que trabalhou com dados de entrevistas e prontuários de 928 puérperas, revelou-se alto percentual de puérperas que apresentaram intercorrências na gestação (87,8%), com média de 2,4 intercorrências por mulher e maior prevalência de infecções transmissíveis nas puérperas atendidas pelo Sistema Único de Saúde, em comparação com as atendidas em convênios e particulares (VARELA et al., 2017).

Com relação aos antecedentes pessoais, 21,2% participantes informaram ser portadoras de alguma patologia já diagnosticada anteriormente à gestação, enquanto a maioria negou. Problemas de saúde presentes na população atendida na atenção primária devem ser rastreados durante a gestação, pois podem trazer risco de complicações e aumento da mortalidade. Problemas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, epilepsia, tabagismo e alcoolismo aumentam os riscos de complicações, tanto para a mãe como para o feto, e caracterizam condições para classificação de risco gestacional (BRASIL, 2012c). Aquino e Souto (2015) corroboram o autor anterior em estudo conduzido em que descreveram os aspectos etiológicos e epidemiológicos de complicadores gestacionais, seus riscos para a gestação e a importância de uma assistência integral na busca de soluções.

No que se refere às participantes em relação aos antecedentes familiares, 77,5% informaram ter antecedentes familiares. De acordo com uma pesquisa realizada por Berger et al. (2016), na região sul do Estado de São Paulo, que avaliou o perfil de mulheres que tiveram parto prematuro e sua relação com dados sociodemográficos, uso de drogas e presença de antecedentes familiares e pessoais, descreveu-se que 61% das participantes informaram ter antecedente familiar de hipertensão arterial, embora somente 9,1% delas referiram ter diagnosticado a patologia anteriormente à gestação, porém evoluíram com síndromes hipertensivas e consequente parto prematuro.

6.1.3 Assistência à Gestante Recebida

Quanto a assistência prestada foi verificada, no presente estudo, a anotação na caderneta da gestante da aferição da pressão arterial (95,0%), ausculta dos batimentos cardíacos (67,4%) e medida da altura uterina (56,2%). A aferição da pressão arterial, como parâmetro para avaliação de complicações maternas, a ausculta dos BCFs como principal parâmetro para avaliação da vitalidade fetal e a medida da altura uterina, indicada com a finalidade de avaliar o crescimento fetal bem como as alterações que possam ocorrer durante este período, devem ser realizadas nos atendimentos como parte do exame físico geral e obstétrico preconizado pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e tido como parâmetro para a redução da morbimortalidade materna (BRASIL, 2014a). Estudos demonstram alta adequação na realização da assistência sobrecrita, porém, demonstram preocupação em relação àqueles pré-natais com menor quantidade de registros em prontuário, considerando que tais procedimentos dependem exclusivamente da atitude dos profissionais de saúde (BALSELLS et al., 2018; FERREIRA et al., 2017; TOMASI et al., 2017).

Com relação ao Índice de Massa Corporal, observou-se nesta investigação que 31,3% das participantes foram classificadas com IMC adequado, 31,3% com IMC sobrepeso e 23,6% foram classificadas com IMC obesidade. Desta forma observa-se que 54,9% das participantes apresentavam ganho de peso superior ao normal/ideal. Um estudo realizado no Estado do Acre, entre 2015 e 2016, também observou predomínio de ganho de peso excessivo. A identificação do ganho de peso inadequado materno é de extrema importância na adoção de medidas preventivas e de maiores complicações (CAMPOS et al., 2019).

Sabe-se que a realização da primeira consulta de pré-natal deve ocorrer até a 12^a semana de gestação, e o número mínimo de seis consultas de pré-natal realizadas são ações essenciais para atender aos critérios de adequação segundo o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal (BRASIL, 2013a). Neste estudo a grande maioria das participantes (96,2%) apresentava tipo de gestação única e 88,7% delas informaram ter iniciado o pré-natal até a 12^a semana de gestação, com número de consultas predominantes de uma a três (48,7%), ressaltando que 41,1% das participantes estavam com idade gestacional entre 14 e 26 semanas, sendo que o resultado indica que essas gestantes estavam iniciando o pré-natal e teriam

oportunidade de realizar o número adequado de consultas. A combinação do início precoce e o número adequado de consultas pré-natal neste estudo foi semelhante ao encontrado em outras pesquisas (DOMINGUES et al., 2015; TSUNECHIRO et al., 2018) e superior ao estudo realizado por Balsells et al. (2018), na cidade de Fortaleza, Ceará, no período de 2015 a 2016.

Em relação às consultas realizadas pelo enfermeiro, todas (100%) as participantes informaram ter realizado, porém 72,4% delas referiram apenas uma consulta, sendo observado que estas participantes realizaram somente a primeira consulta com o enfermeiro e as demais somente com o médico. Estudos enfatizam a importância do papel do enfermeiro no acolhimento, na humanização e nas orientações, promovendo um acompanhamento completo nas consultas de pré-natal e descrevem as dificuldades no cotidiano do enfermeiro em conciliar as atividades assistenciais e gerenciais. Segundo Caçador et al. (2015) o cotidiano do enfermeiro da atenção primária à saúde caracteriza-se pela sobrecarga de trabalho com objetivo de atender metas, indicadores e pactuações, onde a consulta de enfermagem deixa de ser realizada em decorrência de outras atividades. De acordo com a demanda observada faz-se necessário que as equipes de APS sejam melhor estruturadas e compostas por um número maior de enfermeiros que possam realizar efetivamente as funções gerenciais e de cuidado com atribuições definidas superando desta forma os dilemas da prática do cotidiano (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

A implantação de protocolos de orientação para a prática profissional possibilita um maior embasamento técnico e científico e melhora as relações estabelecidas com as usuárias, contribuindo para melhores resultados na atenção pré-natal de baixo risco (BORTOLI et al., 2017; GONÇALVES; KOWALSKI; SÁ, 2016). Segundo a percepção das gestantes, as consultas realizadas com enfermeiro levam à maior satisfação tanto referente às intervenções quanto às orientações oferecidas, quando comparadas às consultas médicas (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

Das participantes avaliadas nesta pesquisa, 93,7% delas informaram não ter sido submetidas ao exame de mamas durante as consultas de pré-natal, o que sugere um dado preocupante, já que estudos demonstram uma tendência crescente de câncer de mama durante a gestação, em especial, pelo adiamento da idade materna para engravidar. As alterações fisiológicas da gravidez aumentam a

densidade mamária, dificultando o exame clínico e a interpretação dos exames, e o diagnóstico tardio piora o prognóstico (MONTEIRO et al., 2019).

A proporção de registros de exames laboratoriais encontrados no presente estudo foi de 76,2% gestantes que apresentavam, na caderneta do pré-natal, registro referente à realização dos exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde. A realização dos exames laboratoriais é de extrema importância, pois tais exames irão fornecer informações sobre o estado de saúde das gestantes, realizar o rastreio de doenças que podem trazer consequências negativas ao binômio mãe-filho. A repetição de alguns exames está indicada para controle da remissão da doença ou infecção aguda. Investigações demonstram aumento da proporção de mulheres que apresentam registro de, pelo menos, um resultado dos exames de rotina, porém menor adequação em relação à repetição dos exames padronizados (DOMINGUES et al., 2015; TOMASI et al., 2017; TSUNECHIRO et al., 2018).

Quanto à realização de testes rápidos, 52,3% das participantes informaram não ter realizado, 32,6% informaram ter realizado e estar devidamente anotado na caderneta da gestante e 8,8% informaram ter realizado, mas não estar anotado. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B, toda gestante deve ser submetida à realização de testes rápidos no primeiro trimestre de gestação, idealmente na primeira consulta do pré-natal e, no início do terceiro trimestre, devendo ainda ser realizados em outro momento, se houver exposição de risco ou violência sexual. Sendo recomendada, também, a realização da testagem rápida na admissão da mulher na maternidade (BRASIL, 2019). Segundo Lopes et al. (2016), existem dificuldades na implantação dos testes rápidos tanto relacionados à inadequação da estrutura física das unidades de saúde quanto à falta da disponibilidade de *Kits*, porém nenhuma das justificativas seria relevante para a não realização dos exames, em especial durante a assistência ao pré-natal.

Em relação à realização do ultrassom, este estudo demonstrou que 69,9% das participantes apresentavam o resultado anotado na caderneta da gestante. A literatura ressalta que a gestante avalia o ultrassom como um exame indispensável e o principal recurso tecnológico para o acompanhamento do desenvolvimento da gestação, demonstrando um anseio na sua realização (ALMEIDA et al., 2018). Um estudo realizado na Áustria, nos anos de 2016 e 2017, envolveu 543 gestantes e avaliou a precisão da estimativa do peso fetal realizada pelo exame de

ultrassonografia em relação às manobras de Leopold e conclui que a ultrassonografia tem uma precisão significativamente melhor na estimativa do peso fetal em mulheres grávidas com excesso de peso que o exame clínico, sendo que este ainda pode ser útil em países com infraestrutura precária e pouca disponibilidade de aparelhos de ultrassom (PREYER et al., 2019). Segundo Whitworth, Bricker e Mullan (2015) a realização da ultrassonografia no início do pré-natal melhora a detecção e o diagnóstico de alterações fetais, gestações múltiplas além de identificar o período gestacional mais precisamente que outros métodos.

No que diz respeito à prescrição de sulfato ferroso, 52,3% das participantes da presente pesquisa informaram estar em uso, mas não estar anotado na caderneta. Segundo o recomendado pelo Ministério da Saúde, o sulfato ferroso é indicado para todas as gestantes a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês pós-parto (BRASIL, 2013b). Estudo realizado por Linhares, Linhares e Cesar (2017), no Sul do Brasil, revelou a cobertura do uso de sulfato ferroso em gestantes de 63%, porém avaliou menor uso em mulheres acima de 35 anos e com maior nível socioeconômico. Foi ressaltada a necessidade de motivar e capacitar os profissionais de saúde, em especial das redes privadas, para a necessidade de prescrição e orientação em relação ao uso do suplemento.

Já com relação ao uso do ácido fólico, esse é essencial para uma gravidez saudável, recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Organização das Nações Unidas na prevenção de malformações congênitas e formação do tubo neural (OMS, 2013). Foi verificado neste estudo que 48,7% das participantes informaram estar em uso, mas não estar anotado na caderneta, enquanto 28,8% informaram ter sido prescrito, mas não fizeram uso. Em estudo realizado no Estado de São Paulo, com 198 puérperas, onde foi investigada a utilização de ácido fólico na gestação e sua relação com dados sociodemográficos, foi verificado que embora a suplementação de ácido fólico seja recomendada e o suplemento seja fornecido, observa-se que a falta de conhecimento e a deficiência na orientação levam à inadequação no consumo (TAVARES et al., 2015).

Sobre a imunização em gestantes, é exigência do Ministério da Saúde, devendo a gestante realizar o esquema vacinal contra Hepatite B, Tétano e Influenza, de acordo com o histórico vacinal prévio, recebendo uma dose da vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular), a partir de 20 semanas de gestação (BRASIL, 2014a, 2014b). Foi verificado neste estudo que 81,2% das gestantes participantes

foram avaliadas quanto à necessidade de imunização, ou seja, estava anotada na caderneta da gestante (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b), porém 18,8% não apresentavam registro quanto a avaliação vacinal. Falha importante na cobertura vacinal da população foi apontada em uma pesquisa realizada no município de Montes Claros, Estado de Minas Gerais, evidenciando que 40,4% das gestantes do estudo não receberam o esquema vacinal para tétano (OLIVEIRA et al., 2015). Outra investigação realizada em Botucatu, Estado de São Paulo, apontou cobertura vacinal contra tétano e Hepatite B de 68,4%, não havendo associação entre a cobertura vacinal e dados sociodemográficos e obstétricos (ROCHA et al., 2016).

6.1.4 Queixas na Gestação Atual

Com relação às queixas na gestação atual referidas pelas gestantes, observou-se que, das queixas descritas nesta pesquisa pelas participantes, a lombalgia (dor nas costas) apresentou valor mais elevado (67,4%). As alterações metabólicas, hormonais e musculoesqueléticas ocorridas durante a gestação podem trazer sintomas que interferem na qualidade de vida das gestantes (NIARAK et al., 2019). Segundo Lima et al. (2017), em estudo realizado com gestantes entre a 13^a e a 36^a semana de gestação, atendidas na atenção primária à saúde do município de Cabo Frio, Estado do Rio de Janeiro, as mulheres referiram apresentar lombalgia em pelo menos um momento da gravidez, com maior frequência e intensidade nas últimas semanas de gestação.

Neste estudo observou-se, também, como principais queixas referidas, além da lombalgia, dor na barriga com 61,3%, dor nas pernas com 51,3%, dor na cabeça (cefaleia) com 50,0%, queixas emocionais com 48,7% e fraqueza com 33,8%. Com menor frequência as queixas: dor ao urinar (disúria) com 10,0%, seguida por manchas na pele com 13,8%, sangramento na gengiva 20,0%, inchaço nos pés (edema de membros inferiores) 26,0%, vômitos 26,3%, náuseas 27,6% e tontura com 30,1%. Estudo de Silva et al. (2015) propôs a traçar o perfil clínico e sociodemográfico das gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde, do município de Gurupi, Tocantins, e apresentou como principais queixas: cefaleia com 38,0%, dor em baixo ventre com 35,5%, lombalgia com 16,9%, edema de membros

inferiores com 13,6%, vertigem com 7,6%, náuseas com 12,3% e astenia com 5,8% das participantes.

No que se refere à queixa de sangramento gengival, 80,0% das participantes negaram apresentar. Observa-se que, dentre as mudanças fisiológicas ocorridas na mulher no período gestacional, destacam-se ainda aquelas ligadas diretamente à saúde bucal como doenças periodontais e cárie, que podem ser influenciadas por hábitos higiênicos, alimentares e por questões hormonais. Farias et al. (2015) descrevem, em seu estudo, a necessidade de um acompanhamento odontológico para prevenção de infecções gengivais que se caracterizam como fator de risco para complicações fetais e prematuridade. Uma pesquisa realizada na cidade de Feira de Santana, no Estado da Bahia, avaliou, por meio do exame clínico bucal, as alterações observadas em gestantes e puérperas atendidas nas unidades básicas de saúde e no Hospital da Mulher. Este estudo foi elaborado para comparar a condição bucal em três diferentes períodos, entre os anos de 2005 a 2015, e observou uma melhor condição bucal destas, no segundo momento do estudo (2012-2015), que coincide com o surgimento e consolidação das políticas de saúde da mulher e saúde bucal (TRINDADE et al., 2018).

Neste contexto, é importante ressaltar que as queixas descritas anteriormente podem impactar nas atividades diárias das gestantes, interferindo na qualidade de vida e na própria aceitação do papel da maternidade. Assim como, os sintomas físicos, destacando as náuseas, os vômitos, a epigastralgia, a dispneia, as tonturas, as lombalgias, os problemas de sono e os sintomas psicológicos como depressão, ansiedade e estresse, interferem fortemente na qualidade de vida das gestantes (LAGADEC et al., 2018).

6.1.5 Opinião das Gestantes sobre a Assistência Prestada pelo Enfermeiro no Pré-Natal

A experiência da mulher em relação à assistência pré-natal vai além da realização de condutas clínicas, de consultas e exames. Indicadores de qualidade da assistência vão além da realização de procedimentos, incluindo experiências como o acolhimento, a atenção, os questionamentos, o esclarecimento de dúvidas e outros (GAIVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

Observou-se, nos resultados deste estudo, que a totalidade (100%) das gestantes participantes avaliou como facilitadores os itens: acolhimento na unidade, sentiu-se bem na consulta e uso de linguagem esclarecedora. Esses dados assemelham-se à pesquisa realizada por Livramento et al. (2019), na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, em que se pesquisou a percepção das gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. O estudo de abordagem qualitativa conclui que, segundo a percepção das participantes, a assistência do profissional enfermeiro foi classificada como humanizada, acolhedora, com maior compreensão em relação aos sentimentos vivenciados, atenção e escuta subjetiva, mas demonstraram insatisfação em relação à rapidez da consulta e escassez de orientações. O tempo da consulta também foi um item questionado na presente pesquisa que, diferente da anteriormente citada, apresentou-se como facilitadora para 95,0% das participantes.

Quando questionadas sobre preparo do profissional enfermeiro para realização do pré-natal, 97,5% das participantes classificaram o item como Facilitador, informação também observada no estudo realizado por Andrade, Castro e Silva (2016), com gestantes atendidas em consultas médicas e de enfermagem, nas Estratégias de Saúde da Família do município de Bonito, Pernambuco, no qual 70% das participantes informaram confiar plenamente na consulta do enfermeiro e 30% parcialmente. Segundo a pesquisa de Teixeira et al. (2015), conduzida na abordagem qualitativa, com gestantes atendidas nas ESFs do município de São José dos Pinhais, Paraná, revelou-se alta satisfação em relação às consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro.

No que diz respeito ao recebimento de atividade educativa, 85,0% das participantes avaliaram o item como barreira. De acordo com o estudo realizado por Nunes et al. (2019) que avaliaram a efetividade de uma oficina educativa para gestantes, realizada no município de Palhoça, Santa Catarina, em dois momentos pré e pós-intervenção, possibilitou observar-se aumento no nível de conhecimento após a realização das oficinas educativas. Segundo o estudo, as atividades educativas promoveram melhor estabelecimento de vínculo e melhor implementação de cuidados à saúde através do esclarecimento de dúvidas.

Outro item avaliado como barreira pelas gestantes participantes foi o recebimento da visita domiciliar: 85,0% avaliaram como barreira. Em estudo realizado no município de Cascavel, de abordagem qualitativa, que avaliou o

entendimento e as ações realizadas pelos enfermeiros em relação às condutas preconizadas pelo Programa Rede Mãe Paranaense, a visita domiciliar ocorria como rotina apenas no puerpério e em ocasião de busca às gestantes faltosas (CALDEIRA et al., 2017). De acordo com Silva et al. (2017), a puérpera pode demonstrar, em relação à visita domiciliar do enfermeiro, um sentimento de satisfação, humanização e acolhimento, promovendo a melhoria da assistência.

6.2 DISCUSSÃO DAS ANÁLISES INFERENCIAIS

Com relação às análises inferenciais das variáveis associadas, obteve-se significância em relação às intercorrências nas gestações anteriores e número de abortos, porém observa-se que das gestantes que informaram ter um aborto anterior, metade delas informou ter apresentado intercorrências nas gestações anteriores, e outra metade informou não ter apresentado. Das 15 participantes que informaram ter tido intercorrências nas gestações anteriores, dez informaram ter tido aborto. Uma pesquisa realizada em uma maternidade na Noruega no período de 2009 a 2013, incluindo todas as gestantes registradas no país, obteve o total de 299.178 gestações com nascidos vivos, 1.317 natimortos, 43.803 abortos espontâneos e 76.903 abortos induzidos. Esse estudo concluiu que o risco de aborto está fortemente relacionado à idade materna avançada, que também aumenta até quatro vezes após abortos anteriores e outras complicações como natimortalidade, parto prematuro e diabetes gestacional (MAGNUS et al., 2019). Esses dados confirmam que a gestante que apresenta intercorrências nas gestações anteriores tem maior risco de sofrer aborto.

Das 23 participantes que relataram inchaço nos pés, 12 destas estavam classificadas pelo IMC como sobrepeso e obesas, e 11 das participantes apresentavam IMC adequado. Uma pesquisa realizada por Marmitt, Gonçalves e Cesar (2016), com 1.784 parturientes na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, avaliou o ganho do peso saudável durante a gestação, com resultado que 32% das participantes tiveram ganho de peso adequado. Destacou-se ainda que as mulheres que desenvolverem edema apresentavam maior ganho de peso, com menor chance de ganho de peso saudável. Um outro estudo, realizado por Oliveira e Graciliano (2015) com 217 gestantes em Maceió, Alagoas, avaliou a prevalência de desfechos

como as síndromes hipertensivas e a diabetes gestacional e suas associações, tendo como resultado 26,2% das participantes classificadas como IMC obesidade. Conclui-se que a alteração do IMC, em especial a obesidade, está diretamente relacionada às complicações como doenças hipertensivas da gestação, cujos sintomas são alterações renais, hipertensão, edema e cefaleia.

Ao associar as variáveis manchas na pele e a queixa náusea com antecedentes pessoais, houve significância estatística, sendo que em relação às manchas na pele, das participantes que informaram não possuir antecedentes pessoais, 15,0% informaram apresentar manchas na pele enquanto 71,3% referiam não apresentar. Estudo conduzido por Fernandes e Amaral (2015), realizado em Goiânia, Estado de Goiás, avaliou o aparecimento de alterações dermatológicas, como por exemplo manchas, em gestantes de risco habitual e alto risco, e constatou que não houve diferença estatística entre as gestantes de risco elevado, uma vez que estas lesões aparecem como um evento natural e não demonstram correlação com comorbidades preexistentes.

Com relação à queixa náusea, das participantes que informaram possuir antecedentes pessoais, 10,0% informaram apresentar náuseas, e 61,2% negaram apresentar esta queixa e também antecedentes pessoais. Uma pesquisa realizada na Indonésia, com 2.233 gestantes, que avaliou a ocorrência do diagnóstico de hiperêmese gravídica e sua associação com complicações prévias como hipertensão crônica e diabetes mellitus e os resultados neonatais, concluiu que não existe relação de aumento da gravidade dos sintomas da hiperêmese para as pacientes com comorbidades relacionadas (antecedentes pessoais), assim como não aumenta o risco de complicações fetais (KOUDIJS et al., 2016).

Ao associar as variáveis queixas na gestação atual com idade gestacional, observou-se que houve associação significativa nas queixas: dor nas costas, dor nas pernas, vômitos e náuseas e manchas da pele.

A queixa dor nas costas, também chamada de lombalgia, foi mais presente neste estudo no segundo (25,3%) e no terceiro (27,9%) trimestres gestacionais, predominando no terceiro trimestre, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Carvalho et al. (2017) que verificaram em 68% das participantes com lombalgia, sendo que 43,9% iniciaram a partir do segundo trimestre gestacional e 21,2% iniciaram no terceiro trimestre. Segundo Cestári et al. (2017), a lombalgia é uma queixa comum na gestação e apresenta características específicas em cada

momento, geralmente evoluindo com o desenvolvimento da gestação, o ganho de peso e as alterações musculoesqueléticas, o que justifica a queixa de ter predominância a partir do segundo ou terceiro trimestre gestacional.

Em relação às participantes que informaram ter dor nas pernas, observou-se neste estudo que a maior parte delas (25,3%) estava no segundo trimestre de gestação, ou seja, entre 14 e 26 semanas, sendo que 20,3% que apresentaram tal queixa encontravam-se no terceiro trimestre. Uma pesquisa realizada na Índia buscou por meio de um questionário identificar as disfunções osteomusculares e os desconfortos musculoesqueléticos e gerais presentes na gestação, em que 50% das participantes informaram apresentar desconfortos, incluindo os relacionados aos membros inferiores como dor nas articulações do joelho e tornozelo, dor nos pés, câimbras e dormência, com predominância no terceiro trimestre de gestação em relação aos outros trimestres (RAMACHANDRA et al., 2015).

No que se refere à associação das variáveis queixa de manchas na pele com idade gestacional, observou-se que 12,6% das participantes referiram a queixa e estavam no segundo ou terceiro trimestre de gravidez. Corroborar-se este resultado com outros estudos como o de Fernandes e Amaral (2015) cujo resultado apontou que o melasma ou cloasma afeta entre 50 e 75% das gestantes, geralmente com início no segundo trimestre. De acordo com Purim e Avelar (2012), o aparecimento destas manchas também foi observado em sua pesquisa, a partir do segundo trimestre de gestação. Segundo Fernandes e Amaral (2015), o aparecimento de alterações dermatológicas em gestantes ocorreu em 88,9% das participantes, predominantemente no terceiro trimestre de gestação (56,0%).

Em relação às náuseas e aos vômitos, a maior parte (12,6%) referiu apresentar ambas as queixas no primeiro trimestre de gestação, resultado compatível com a pesquisa realizada na Noruega, com gestantes hospitalizadas no início da gravidez, em que se constatou que três quartos das participantes tiveram como motivo da internação a hiperêmese gravídica, no momento da internação as gestantes apresentavam sinais de complicações como desidratação (79,0%), cetonúria (65,0%), perda de peso (84,0%) e referiram que a hiperêmese gravídica trouxe graves alterações psicossociais e impacto nas atividades diárias. As participantes informaram que os sintomas apareceram, em média, na quinta semana gestacional, sendo que 91,6% informaram que os sintomas permaneceram por até seis semanas (HAVNEN et al., 2019).

De acordo com Brasil (2012c), alguns sintomas comuns na gravidez variam sua ocorrência diferentemente em cada mulher, e todos os sintomas devem ser questionados pelos profissionais de saúde, principalmente pelo enfermeiro, para que sejam avaliados a fim de serem tratados e considerados para a necessidade de acompanhamento especializado ou de encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco.

Ao associar a queixa sangramento na gengiva com faixa etária, observou-se que a maior parte (13,8%) das entrevistadas informou apresentar e estava na faixa etária entre 18 e 25 anos. Um estudo realizado no Irã, com 407 gestantes no segundo ou terceiro trimestre de gestação, avaliou o estado de saúde bucal das gestantes e comparou estes dados a fatores sociodemográficos, socioeconômicos e comportamentais. Foi observado que as gestantes com mais de 35 anos de idade apresentavam mais alterações bucais, como dentes cariados e perdidos, falta de dentes e sangramentos na gengiva, do que as participantes com menos de 25 anos, o que confirma que a idade cronológica contribui para a piora da condição de saúde bucal das gestantes (DEGHATIPOUR et al., 2019). Já o estudo realizado por Suazo e Cárdenas (2015), na cidade de Frutillar no Chile, avaliou a condição gengival de gestantes, concluindo que 97% das mulheres avaliadas apresentavam alterações na gengiva, dessas, 31% com necessidade de tratamento periodontal e 48% estavam na faixa etária de 25 a 29 anos. Ressalta-se que esses dados apresentados diferem da associação encontrada na presente pesquisa, em que o sangramento na gengiva estava mais presente nas gestantes com menor idade.

Com relação às variáveis situação de trabalho e fraqueza, a maior parte das gestantes avaliadas informou não apresentar a queixa fraqueza (65,7%); destas, 32,9% informaram não possuir atividade remunerada, informando serem do lar. Das participantes que informaram ser do lar 10,1% informaram apresentar fadiga e 32,9% negaram. Uma pesquisa realizada na Holanda entrevistou 7.069 gestantes, no primeiro trimestre de gestação, e avaliou a associação entre as participantes que apresentavam os sintomas náusea, vômito, fadiga/fraqueza e a qualidade de vida relacionada à saúde no início da gravidez, tendo como resultados a presença diária de fadiga/fraqueza (44,4% das mulheres estudadas). Demonstrou também que essas mulheres apresentaram pior qualidade de vida do que mulheres sem esses sintomas e que a presença destes sintomas pode afetar a capacidade das mulheres, no início da gravidez, de lidar com as demandas no local de trabalho, influenciando a

sua situação de trabalho atual e, também, em outras atividades diárias (BAI et al., 2016).

Houve associação entre as variáveis queixas de fraqueza e vômitos com a realização de exames laboratoriais. Observou-se que 16,1% das participantes informaram apresentar vômitos e 22,6% apresentarem fraqueza, tendo os exames laboratoriais anotados na caderneta das gestantes participantes neste estudo. Segundo a literatura, sintomas como vômitos e fadiga são comuns entre as mulheres no início da gravidez. Segundo Havnen et al. (2019), as gestantes que apresentam sintomas como vômitos descrevem como graves as consequências psicossociais e o impacto nas atividades diárias. Também Bai et al. (2016) relatam que a presença dos sintomas de vômitos e fraqueza interferem na qualidade de vida das gestantes. Acredita-se que a presença destes sintomas leva as mulheres a buscar o serviço de atenção pré-natal devido aos incômodos causados e, desta forma, iniciem precocemente a realização do pré-natal na busca da melhora da qualidade de vida e, assim, realizam os exames laboratoriais, para que os resultados encontrados nestes exames possam ser anotados na caderneta das gestantes para acompanhamento em todo o pré-natal.

Com relação às queixas emocionais, quando associado à variável uso de sulfato ferroso, houve associação estatística, sendo observada predominância em relação às participantes que fazem uso do suplemento, mas não estando devidamente anotado na caderneta da gestante. Das participantes que faziam uso de sulfato ferroso, 26,2% referiram apresentar queixas emocionais, e o mesmo percentual negou.

Uma pesquisa realizada na Etiópia, no ano de 2019, chegou ao resultado que a maior adesão da suplementação de ferro e ácido fólico foi observada em gestantes que receberam informação suplementar, tinham maior conhecimento, iniciaram o pré-natal precocemente e participaram de quatro ou mais consultas de pré-natal (DESTA et al., 2019). Por outro lado, as gestantes podem experimentar sensações emocionais negativas, mesmo durante gestação saudável, que podem ser transitórias ou persistentes; com isso, segundo Chua et al. (2018), em um estudo realizado na Cingapura, concluíram que a prevalência de ansiedade apresentou-se alta com 29,5% da população analisada. Dessas, 17,0% permaneceram com o sintoma até o terceiro trimestre de gestação, enquanto 26,3% demonstraram apresentar o sintoma de forma transitória. Segundo esse estudo, o sofrimento

emocional transitório é causado por estressores comuns relacionados à gravidez como medo do aborto, anomalias fetais, proximidade do parto e desconfortos físicos. Mediante o exposto, uma possível inferência dessas informações mencionadas anteriormente é que estas sensações emocionais negativas possam interferir na adesão das gestantes às orientações oferecidas pelos profissionais envolvidos e em relação ao pré-natal e à adesão aos tratamentos e condutas necessárias para um adequado desenvolvimento do feto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise deste estudo demonstra dados relevantes sobre a avaliação da assistência pré-natal realizada por enfermeiros na atenção primária à saúde, considerando a visão da usuária.

Ao analisar os dados do estudo, compreende-se a relevância das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção à gestante, a importância da consolidação do espaço conquistado pela categoria na garantia da qualidade e da satisfação das usuárias por meio de um cuidado embasado em conhecimento técnico e científico.

Importante ressaltar que a maioria das gestantes informou ter realizado apenas uma consulta com o enfermeiro. Observa-se a importância do empoderamento da categoria para a realização destas consultas de enfermagem no pré-natal considerando ser da sua competência e a relevância na garantia de uma assistência de qualidade contribuindo para o bem-estar físico e emocional da gestante.

De acordo com os dados apresentados neste estudo, observa-se que a avaliação da assistência do enfermeiro em relação ao acolhimento, ao uso de linguagem esclarecedora e ao bem-estar da gestante, durante as consultas, foi classificada como questões facilitadoras para a melhoria da qualidade do pré-natal.

De outro lado, a participação em atividades educativas e o recebimento de visita domiciliar foram itens avaliados como barreira por grande parte das participantes. Também em relação à assistência recebida, observou-se que poucas gestantes informaram ter sido submetidas ao exame clínico das mamas e à realização de testes rápidos.

A realização de exame de físico completo associado aos exames de triagem e às adequadas anotações na caderneta da gestante além da valorização das atividades educativas, como parte das atividades realizadas no pré-natal, tendem a contribuir tanto durante a gestação, e no parto, quanto no puerpério. A visita domiciliar pode melhorar a vinculação da gestante à equipe da Estratégia Saúde da Família e aumentar a satisfação em relação à assistência.

Como limitações encontradas neste estudo observa-se o número reduzido de participantes, embora tenha envolvido todas as unidades de APS do município

estudado, ressalta-se que esta cidade possui pouco mais de 20 mil habitantes. Contudo, compreende-se sua contribuição para estimular o processo reflexivo frente à assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro.

Espera-se que as ações evidenciadas contribuam nas práticas dos profissionais de saúde e de gestores, estimulando um processo reflexivo frente ao cuidado humanizado no pré-natal e buscando atender às reais necessidades das usuárias.

Sugere-se a realização de novos estudos, abordando outros métodos de pesquisa que aprofundem o conhecimento nesta área que tem potencial para contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal no Brasil e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. J. Q. et al. Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 52, n. 76, p.1-11, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052017291>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

ALVES, N. A. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 2, p. 265-271, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150035>>. Acesso em: 08 set. 2019.

ANDRADE, F. M.; CASTRO, J. F. L.; SILVA, A. V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, MG, v. 6, n. 3, p. 2377-2388, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i3.1015>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v. 53, n. 4, p. 568-576, 2015. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.201501124>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BAI, G. et al. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: the generation r study. **Publish With Plos One**, São Francisco, Califórnia, v. 11, n. e0166133, p. 1-14, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5096665/pdf/pone.0166133.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BALSELLS, M. M. D. et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 31 n. 3, p. 247-264. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036>>. Acesso em: 06 dez. 2019.

BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: satisfação das gestantes. **Revista Cogitare Enfermagem**, Montes Claros, MG, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21108>>. Acesso em: 08 set. 2019.

BERGER, A. Z. et al. Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, São Paulo, SP, v. 16, n. 4, p. 437-445, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000400005>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BONFIN, D. et al. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 46, n. 6, p.1462-1470, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

BORTOLI, C. F. C. et al. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, p. 978-983, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.978-983>>. Acesso em: 08 dez. 2019.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF. Seção 1, 1986. Disponível em: <www.cofen.gov.br/lei-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF, v. 4, 2014a. Disponível em: <<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Humaniza%C3%A7%C3%A3o+do+parto+e+do+nascimento>>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 16 set. 2018.

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). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 26 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>. Acesso em: 24 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde. 2013a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico para implantação da vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche (pertussis acelular) tipo adulto – dTpa**. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/26/Informe-T--cnico-dTpa-2014.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **DATASUS: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Tabulador de informações de saúde**. Diretoria de Análise de Situação de Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <<http://tabnet.saude.mg.gov.br/deftohtm.exe?def/nasc/nascr.def>>. Acesso em: 16 mai. 2019

BRASIL. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**, Brasília, DF, 2017c. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15801Brazil_Portuguese.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v.19, n. 3, p. 6212-626, 2015. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

CALDEIRA, S. et al. Ações de cuidado do enfermeiro no programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v.21, n. e992, p.1-8, 2017. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170002>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

CAMPOS, C. A. S. et al. Ganho de peso gestacional, estado nutricional e a pressão arterial de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 53, n. 57, p. 1-11, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000880>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CARVALHO, M. E. C. C. et al. Lombalgia na gestação. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 67, n. 3, p. 266-270, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2016.03.002>>. Acesso em 10 jan. 2020.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A Técnica *Delphi* e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/S1415-27622009000300016>>. Acesso em: 8 set. 2019.

CESTÁRI, C. E. et al. Análise das principais alterações posturais e sintomatologias decorrentes do período gestacional. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, Cáceres, MT, v.41, n. 8, p. 41-51, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1973-10353-1-PB.pdf>>. Acesso em 23 dez. 2019.

CHUA, T. E. et al. Antenatal anxiety: prevalence and patterns in a routine obstetric population. **Annals of the Academy of Medicine, Singapore | RG Journal**, v. 47, n. 10, p. 405-412, 2018. Disponível em : <<http://www.annals.edu.sg/pdf/47VolNo10Oct2018/MemberOnly/V47N10p405.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

CORREIA, L. L. et al. Tendência de abortos espontâneos e induzidos na região semiárida do Nordeste do Brasil: uma série transversal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, PE, v. 18, n. 1, p.133-142, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100006>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CÓRTEZ, M. S. et al. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 23, n. 3, p. 520-526. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. D. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, Brasília, DF, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500011>>. Acesso em: 8 set. 2019.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Revista Escola Ana Nery**, Rio Branco, AC, v. 13, n. 1, p. 145-153, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

DARMONT, M. Q. R. et al. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 9, p. 1788-1796, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900012>>. Acesso em: 8 set. 2019.

DEGHATIPOUR, M. et al. Oral health status in relation to socioeconomic and behavioral factors among pregnant women: a communitybased cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 19, n. 117, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12903-019-0801-x>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

DESTA, M. et al. Adherence of iron and folic acid supplementation and determinants among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive Health**, Nova York, NY, v. 16, n. 182, p. 1-14, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0848-9>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da Assistência pré-natal segundo às características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>>. Acesso em: 8 nov. 2019.

FARIAS, J. M. et al. Efeito do tratamento periodontal de suporte no nascimento de bebês prematuros ou de baixo peso em mulheres grávidas com doença periodontal. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Florianópolis, SC, v. 44, n. 2, p. 37-49, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Desktop/24-43-1-SM.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

FERNANDES, L. B.; AMARAL, W. N. Clinical study of skin changes in low and high risk pregnant women. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 90, n. 6, p. 822-826, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153570>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

FERREIRA, S. R. S., PÉRICO, L. A. D., DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 71, n. 1, p. 752-757, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>>. Acesso em: 12 mai. 2020.

FERREIRA, T. L. S. et al. Avaliação da assistência com o foco na consulta de atendimento pré-natal. **Revista Ciência Plural**, Natal, RN, v. 3, n. 2, p. 4-15, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12333>>. Acesso em: 26 dez. 2019.

GAIVA, M. A. M.; PALMEIRA, E. W. M.; MUFATO, L. F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0018>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

GONÇALVES, M. D.; KOVALSKI, I. S. G.; SÁ, A. C. Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitudes dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 6, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.18736>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

HAVNEN, G. C. et al. Women's perspectives on the management and consequences of hyperemesis gravidarum: a descriptive interview study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Inglaterra, v. 37, n. 1, p. 30-40, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1569424>>. Acesso em: 26 dez. 2019.

KOOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n.1, p. 1-8, e20170013, 2018. Disponível em: <10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>. Acesso em: 20 dez. 2019.

KOUDIJS, H. M. et al. Hyperemesis gravidarum and placental dysfunction disorders. **BMC Pregnancy and Childbird**, United States, v. 16, n. 374, p. 1-9, 2016. Disponível em: <[doi:10.1186/s12884-016-1174-7](https://doi.org/10.1186/s12884-016-1174-7)>. Acesso em: 19 jan. 2019.

LAGADEC, N. et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbird**, United States, v. 18, n. 455, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

LIMA, A. C. N. et al. Prevalência de lombalgia e a interferência na qualidade de vida de gestantes. **Revista Dor**, São Paulo, SP, v. 18, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170024>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

LINHARES, A. O.; LINHARES, R. S.; CESAR, J. A. Iniquidade na suplementação de sulfato ferroso entre gestantes no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 4, p. 650-660, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720170004000>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

LIVRAMENTO, D. V. B. et al. Percepção das gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 40, e20180211, p. 1-9, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 8 ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2014.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 62-66, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>>. Acesso em 14 dez. 2016.

MACIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 2, n. 2, p. 207-214, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200010>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MAGNUS, M.C. et al. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. **British Medical Journal**, Oslo, v. 364, n. l869 , p. 1-8, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l869>>. Acesso em 06 jan. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MARMITT, L.P.; GONÇALVES, C.V.; CESAR, J. A. Prevalência de ganho de peso gestacional saudável e fatores de risco associados: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 29, n. 4, p. 445-455, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000400001>>. Acesso em: 23 dez. 2019.

MONTEIRO, D. L. M. et al. Fatores associados ao câncer de mama gestacional: estudo caso-controle. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 6, p. 2361-2369, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.18392017>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

MOUTA, R. J. O. et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, BA, v. 31, n. 4, p. 1-10, e20275, 2017. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>> Acesso em: 05 dez. 2019.

NIARAK, M. R. et al. The association between social capital and quality of life among a sample of Iranian pregnant women. **BMC Public Health**, Londres, Reio Unido, v. 19, n. 1497, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7848-0>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>>. Acesso em: 8 set. 2019.

NUNES, R. D. et al. Avaliação da efetividade de uma oficina educativa para gestantes com o uso de inquéritos pré- e pós-intervenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 10, p. 1-7, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00155018>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

OLIVEIRA, A. C. M.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 441-451, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300010>>. Acesso em: 10/01/2020.

OLIVEIRA, P. S. D. et al. Avaliando a situação vacinal das gestantes nas Estratégias de saúde da família de um município. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 3, p. 1-10, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2537-8052-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

OLIVEIRA, R. R. et al. Fatores associados ao parto cesáreo nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 50, n. 5, p. 733-740, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600004>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes**. Genebra, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_gestantes.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. Tradução da 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; CARDOSO. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise do contexto de unidades básicas de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 8, p. 349-356, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000800003>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PEREIRA, K. G. et al. Atenção à saúde da mulher no pré-natal. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, PB, v. 5, n. 4, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/3662-11985-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Editora Cepesc, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PREYER, O. et al. Fetal weight estimation at term – ultrasound versus clinical examination with Leopold’s manoeuvres: a prospective blinded observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth, United States*, v. 19, n. 122, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2251-5>. Acesso em: 22 jan. 2020.

PRUDENCIO, P. S.; MAMEDE, F.L. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 39, n. e20180077, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

PURIM, K. S. M.; AVELAR, M. F. S. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 5, p. 228-234. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000500007>>. Acesso em 22 dez. 2019.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: a language and environment for statistical computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2009. 409 p. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

RAMACHANDRA, P. et al. Prevalence of musculoskeletal dysfunctions among indian pregnant women. **Journal of Pregnancy**, Londres, Reino Unido, v. 2015, ID. 437105. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2015/437105>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Luís do Maranhão, MA, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>>. Acesso em: 19 out. 2017.

ROCHA, B. C. C. et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 7, p. 2297-2292, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.16862015>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAUJO, A. Protocolo na assistência ao pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados a não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005283>>. Acesso em: 08 set. 2019.

SILVA, C. S. et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental online**, Belo Horizonte, MG, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf_1840>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SILVA, E. C. et al. Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, PE, v. 11, n. 7, p. 2826-2833, 2017. Disponível em: <[10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201702](https://doi.org/10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201702)>. Acesso em 17 dez. 2019.

SILVA, M. G. et al. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 2, p. 93-102, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v13i2.3305>>. Acesso em: 27 dez. 2019.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, SP, v. 15, n. 1, p. 19-34, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872013000100002&lng=pt&nrm=is->. Acesso em: 08 set. 2019.

SONCINI, N. C. V. et al. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, Portugal, v. 20, n. 1, p. 122-136, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/19psd200110>>. Acesso em: 08 set. 2019.

SOUZA, B. C.; BERNARDO, A. R. C.; SANTANA, L. S. O. Papel do enfermeiro no pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família PSF. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Aracaju, SE, v. 2, n. 1, p. 83-94, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17564/2316-3798.2013v2n1p83-94>>. Acesso em: 08 set. 2019.

SUAZO, P.N.; CÁRDENAS, I.P. Necessidade de tratamento periodontal em mulheres grávidas. **Revista Clínica de Periodontia, Implantodontia e Reabilitação Oral**, Frutillar, v. 9, n. 2, p. 121-124, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.03.006>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

TAVARES, B. B. et al. Conhecimento da suplementação de ácido fólico na gestação. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, Colômbia, v. 33, n. 3, p. 456-464, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a09>>. Acesso em 15 dez. 2019.

TEIXEIRA, R. A. et al. Consulta de pré-natal de enfermagem: cuidado além dos aspectos fisiológicos. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**, Três Corações, MG, v. 13, n. 2, p. 508-520, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2346-7573-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2346-7573-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2019.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

TRINDADE, S. C. et al. Condição bucal de gestantes e puérperas no município de Feira de Santana, em três diferentes períodos entre os anos de 2005 e 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 1-11, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300009>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

TSUNECHIRO, M. A. et al. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, PE, v. 18, n. 4, p. 781-789, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>>. Acesso em 14 dez. 2019.

VALENTE, M. M. Q. P. et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, SE, v. 14, n. 2, p. 280-289, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027986023>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

VARELA, P. L. R. et al. Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 25, e2949, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2156.2949>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

WHITWORTH M.; BRICKER L.; MULLAN C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Londres, v. 7, n. 7058, p. 1-60, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007058.pub3>>. Acesso em 15 dez. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Instruções

- As informações são anônimas, vistas apenas pelos pesquisadores responsáveis. - Ao preencher procure não deixar itens sem resposta, você poderá assinalar mais de um item, se for o caso. - Se houver dúvida ao preencher, solicitar esclarecimento do pesquisador.
- Agradecemos sua valiosa contribuição.

Número: _____

Parte I - Dados Sociodemográficos

1) Idade (em anos): _____	
2) Raça	() Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela
3) Estado civil	() Solteira () Casada/União Estável () Viúva () Separada/Divorciada
4) Escolaridade	() Sem alfabetização () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação
5) Ocupação/Profissão: _____	
6) Situação de trabalho atual	() Desempregada () do Lar () Mercado Formal () Mercado Informal () Estudante
7) Renda familiar mensal (em reais): _____	
8) Crença religiosa	() Católica () Evangélica () Espírita () Sem religião () Outra Especificar: _____

Parte II - Histórico Gestacional e Assistência Recebida

9) Número de gestações: _____		10) Número de abortos: _____	
11) Número de partos: _____		11.1) Tipo de parto: () Cesariana () Normal (vaginal)	
11.2) Intercorrências nas gestações anteriores		() Não () Sim Quais: _____	
12) Antecedentes pessoais		() Não () Sim Qual(is): () Hipotireoidismo () Diabetes () Hipertensão () Outro(s): _____	
13) Antecedentes familiares		() Não () Sim Quais: _____	
14) Peso (Kg): _____		15) Estatura (cm): _____	
17) Pressão arterial: _____		16) Altura uterina (cm): _____	
18) Batimentos cardíacos: _____			
19) Idade gestacional (em semanas): _____			
20) Tipo da gestação atual		() Única () Múltipla	
21) Semana de início do pré-natal: _____		22) Número de consultas realizadas até o momento: _____	
23) Realização de consultas com enfermeiro		() Não () Sim Quantas: _____	
24) Realização do exame clínico das mamas durante a avaliação do pré-natal		() Sim () Não	
25) Realização de exames laboratoriais		() Anotados () Solicitados () Não realizados () Não solicitados () Realizados, mas não anotados	

26) Realização de testes rápidos	() Anotados () Solicitados () Não realizados () Não solicitados () Realizados, mas não anotados
27) Realização de ultrassonografias	() Anotadas () Solicitadas () Não realizadas () Não solicitadas () Realizadas, mas não anotadas
28) Prescrição de ácido fólico	() Anotado () Em uso () Foi prescrito mas não está em uso () Não prescrito
29) Prescrição de sulfato ferroso	() Anotado () Em uso () Foi prescrito mas não está em uso () Não prescrito
30) Orientada sobre vacinação	() Anotada () Agendada () Nenhuma () Não orientada () Orientada, mas não anotado

Parte III - Queixas na Gestação Atual

31) Queixas durante a gestação atual () Não () Sim Se sim, qual(is): () Sente dores nas costas? () Sente dores nas pernas? () Sente dores na barriga? () Sente dores na cabeça? () Sente dor ao urinar? () Apresenta náuseas? () Apresenta vômitos? () Sente tonturas? () Sente fraqueza? () Percebe inchaço nos pés? () Sangramento na gengiva () Manchas na pele () Queixas emocionais Outra(s): _____
--

Parte IV - Opinião sobre a Assistência Prestada pelo Enfermeiro no Pré-Natal

Na sua opinião assinale na coluna da direita com a letra “F” os itens que você considera **facilitadores** da assistência de enfermagem e com a letra “B” os itens de **barreira** na assistência de enfermagem e que deveriam melhorar.

32) No momento que procurou a unidade de saúde você foi bem acolhido pelo enfermeiro?	
33) O enfermeiro foi atencioso em todas as consultas de pré-natal?	
34) O enfermeiro perguntou sobre seus problemas de saúde anteriores à gestação?	
35) O enfermeiro perguntou sobre seus problemas nas gestações anteriores?	
36) O enfermeiro perguntou sobre suas queixas atuais?	
37) O enfermeiro perguntou sobre sua vacinação?	
38) O enfermeiro ouviu suas dúvidas?	
39) Você se sentiu à vontade perante o enfermeiro?	
40) Ao ser atendido pelo enfermeiro, você se sentiu bem?	
41) As orientações dadas pelo enfermeiro foram com uma linguagem simples e esclarecedora?	
42) Você considera que o tempo da consulta de enfermagem foi suficiente?	
43) Você considera que o enfermeiro tem preparo para realização do pré-natal?	
44) Você recebeu, durante o pré-natal, visita domiciliar do enfermeiro?	
45) Você participou de atividades educativas nessa unidade de saúde na sua gestação atual? Por exemplo, grupo de gestante.	

Você gostaria de relatar algo de importante sobre a consulta realizada pelo enfermeiro recebida por você no pré-natal: _____

_____.

APÊNDICE B - Instrução para os Juízes

Prezada Senhora,

Gostaria de convidá-la para participar, na qualidade de juiz, da validação do instrumento de coleta de dados elaborado pelos autores desta pesquisa, intitulada: **Assistência prestada na consulta de pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde.**

A pesquisa é uma dissertação de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (PPGENF/UNIFAL-MG) e tem por objetivo geral: Avaliar a assistência prestada na consulta pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde, em um município localizado no sul do Estado de Minas Gerais, e objetivos específicos: - Identificar o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde, - Identificar os dados das gestantes atendidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde, - Conhecer as atividades realizadas pelo enfermeiro na assistência prestada em consulta pré-natal na atenção primária à saúde, - Identificar as queixas principais das gestantes atendidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde, - Conhecer a opinião das gestantes atendidas na atenção primária à saúde sobre a assistência realizada pelo enfermeiro no pré-natal, - Verificar existência de associação/correlação entre as variáveis sociodemográficas e as do histórico gestacional e assistência recebida, do histórico gestacional e assistência recebida com intercorrências nas gestações anteriores, das queixas na gestação atual com índice de massa corporal e das queixas na gestação atual com as do histórico gestacional.

O instrumento foi dividido em quatro partes: a parte I é referente aos dados sociodemográficos relacionados à gestante, na parte II os dados referentes ao histórico gestacional e assistência recebida, a parte III refere-se às queixas na gestação atual e na parte IV dados sobre a opinião da gestante sobre a assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal.

Os pesquisadores elaboraram o instrumento com base na literatura científica sobre o tema e nos objetivos a serem alcançados e está enviando aos especialistas. O questionário circula entre cada um deles e será avaliado até que um consenso seja obtido. No segundo ciclo, as questões são modificadas com base nas respostas obtidas e novamente apresentadas aos especialistas. No terceiro ciclo, o

pesquisador decidirá os pontos a serem mantidos ou corrigidos, buscando um consenso, que é de 80%.

Sua colaboração é importante, pois irá esclarecer se o instrumento é capaz de atingir os objetivos propostos. Cada juiz receberá uma cópia do Termo de Compromisso, esta instrução e o instrumento de coleta de dados a ser validado. Após leitura e assinatura do Termo do Compromisso, o juiz irá avaliar o instrumento fazendo as considerações que considerar válidas. Faz-se importante que a devolutiva ocorra em 15 dias para o e-mail de recebimento, a fim de que seja dado andamento nas demais fases.

Dessa forma, gostaria de contar com sua valiosa participação na validação deste instrumento ao analisá-lo quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando esses elementos a sua capacidade de atingir os objetivos propostos na pesquisa.

Agradecemos antecipadamente pela atenção e estamos à disposição para outros esclarecimentos, se necessário.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Orientadora do estudo

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Coorientador do estudo

Patricia Silva Santos
Aluna de mestrado

APÊNDICE C - Termo de Compromisso (juízes)

A senhora está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada **Assistência prestada na consulta de pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde**, no caso de concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

A senhora receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Patricia Silva Santos.

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas.

TELEFONE: (35) 99160-6928

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Professora Doutora Patrícia Scotini Freitas e Professor Doutor Fábio de Souza Terra.

Para esta fase do estudo, ou seja, de validação, o instrumento de coleta de dados, a ser validado pela senhora com uma Instrução para os Juízes, está sendo encaminhado para cada juiz, via e-mail, acompanhado do Termo de Compromisso, e solicitado prazo de devolutiva (e-mail) de 15 dias, após o recebimento do mesmo. Esta avaliação tomará aproximadamente trinta minutos de seu tempo para ser completada e poderá ser realizada no local a sua escolha.

Não haverá nenhum gasto e a senhora também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

Todos os dados que forem fornecidos pela senhora serão divulgados apenas com finalidade científica, ou seja, os mesmos são confidenciais.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____ NOME DA VOLUNTÁRIA, declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Patricia Silva Santos dos procedimentos que serão utilizados, custo/reembolso da (s) participante (s), confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o Termo de Compromisso a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Compromisso devidamente assinado. Poderei consultar a pesquisadora responsável (acima identificada) ou o CEP UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____ de 201__.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Orientadora do estudo

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Coorientador do estudo

Patricia Silva Santos
Aluna de mestrado

APÊNDICE D - Explicação do Objetivo da Pesquisa para Anuência

Muzambinho, ____ de _____ de 2018.

Ilmo. Senhor
Secretário Municipal de Saúde
Luís Ricardo Boneli

Prezado Senhor,

Estou conduzindo um estudo (dissertação de mestrado) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (PPGENF/UNIFAL-MG), intitulado: **Assistência prestada na consulta de pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde**, sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas e coorientação do Prof. Dr. Fábio de Souza Terra.

Informo que a pesquisa tem como objetivo geral: conhecer a opinião das gestantes sobre a assistência prestada na consulta pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde, em uma cidade localizada no sul do Estado de Minas Gerais.

Para a realização dessa fase, preciso entrevistar a população-alvo referente ao objetivo da pesquisa.

Na oportunidade ressalto que serão observadas todas as recomendações aos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012, que diz respeito às diretrizes e normas em pesquisa com seres humanos. O sigilo institucional e dos participantes será assegurado.

Para tanto, conto com a sua anuência, no sentido de autorizar a coleta de dados com as gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família deste município, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG.

Para que este projeto de pesquisa seja avaliado pelo CEP da UNIFAL, é preciso anexar, junto ao projeto, a anuência do responsável pelas unidades onde a coleta de dados será realizada. Tal coleta será feita com auxílio de instrumento de coleta de dados validado, entregue às participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Orientadora do estudo

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Coorientador do estudo

Patricia Silva Santos
Aluna de mestrado


APÊNDICE E - Termo de Anuência Institucional (TAI)

Termo de Anuência Institucional (TAI)

Eu, Luís Ricardo Bonelli, secretário Municipal de Saúde do Município de Muzambinho estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada **Assistência prestada na consulta de pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde**, coordenada pela aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (PPGENF/UNIFAL-MG) Patrícia Silva Santos, sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas e coorientação do Prof. Dr. Fábio de Souza Terra.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que diz respeito às diretrizes e normas em pesquisa com seres humanos; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Muzambinho, 02 de outubro de 2018


Luís Ricardo Bonelli
Secretário de Saúde



APÊNDICE F – Folder para Gestantes

Queixas mais comuns na gestação

Pirose (azia), náuseas, vômitos, tonturas e sialorreia (salivação excessiva)

Consumir uma dieta fracionada e evitar: frituras, café, chá preto, mates, doces, álcool, fumo, gorduras e alimentos com cheiros fortes, líquidos durante as refeições. Ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal; ingerir alimentos gelados. Deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância.

Fraquezas e desmaios

Não fazer mudanças bruscas de posição, evitar: a inatividade, o jejum prolongado e os grandes intervalos entre as refeições. Sentar com a cabeça abaixada ou deitar de lado (de preferência o esquerdo), respirando profunda e pausadamente.

Dor abdominal, cólicas, flatulência (gases), obstipação intestinal e hemorroidas

Consumir dieta rica em resíduos/fibras: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais. Aumentar a ingestão de líquidos e evitar alimentos de alta fermentação. Realizar caminhadas.

Queixas urinárias

É comum o aumento do número de micções no início e no final da gestação. Procure o serviço de saúde caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

Corrimento vaginal

O aumento de fluxo vaginal é comum na gestação. Não usar cremes vaginais, somente se prescrito.

Falta de ar e dificuldades para respirar

Realizar repouso do lado esquerdo e observar outros sintomas associados (tosse, chiado).

Mastalgia (dor nas mamas)

Uso constante de sutiã, com boa sustentação (alças largas).

Lombalgia (dor lombar)

Corrigir postura ao se sentar e ao andar. Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis. Fazer a aplicação de calor local.

Cefaleia (dor de cabeça)

Aferir a pressão arterial para afastar as hipóteses de hipertensão arterial.

Sangramento nas gengivas

Realizar a escovação com escova de dente macia. Usar fio dental regularmente e buscar atendimento odontológico sempre que possível.

Varizes

Não permanecer muito tempo em pé ou sentada. Repousar (por 20 minutos) várias vezes ao dia, com as pernas elevadas. Não usar roupas muito justas e,

se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante.

Câimbras

Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local. Evitar o excesso de exercícios e realizar alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.

Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

Explicar que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto. Evitar exposição diretamente ao sol e usar protetor solar.

Estrias

Resultantes da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. Podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las, além de uma hidratação adequada.

Referência:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed.rev. Caderno 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 378p.

Patrícia Silva Santos

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)

Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

APÊNDICE G – Convite para Gestantes

**Convite**

Convidamos você gestante, para um encontro no dia 26 de março, quarta-feira às 15 horas na sala de Unidade de Estratégia de Saúde Cohab.

Sua presença é muito importante!

Vamos conversar sobre assuntos relacionados à sua gestação.

Trazer seu cartão de pré-natal.

Aguardamos você com um café e brindes.

**Convite**

Convidamos você gestante, para um encontro no dia 26 de março, quarta-feira às 15 horas na sala de Unidade de Estratégia de Saúde Cohab.

Sua presença é muito importante!

Vamos conversar sobre assuntos relacionados à sua gestação.

Trazer seu cartão de pré-natal.

Aguardamos você com um café e brindes.

APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada **Assistência prestada na consulta de pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Patricia Silva Santos.

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas.

TELEFONE: (35) 99160-6928.

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Professora Doutora Patrícia Scotini Freitas e Professor Doutor Fábio de Souza Terra.

OBJETIVO: Avaliar a assistência prestada na consulta pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde em um município localizado no sul do Estado de Minas Gerais.

JUSTIFICATIVA: Os dados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir para a implementação de ações de enfermagem que satisfaçam as gestantes e alcancem o objetivo principal do pré-natal, na busca da redução de complicações maternas e fetais.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: A pesquisa será realizada com gestantes, que realizam pré-natal com o enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família no município de Muzambinho/MG. Será realizada uma entrevista com instrumento de coleta de dados validado e composto por dados referentes à gestante, ao pré-natal, às queixas apresentadas durante a gestação atual e, informações referentes à assistência do enfermeiro. Para responder a este instrumento, você levará um tempo aproximado de trinta minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS: As participantes serão submetidas a risco mínimo, ou seja, a senhora poderá sentir algum tipo de desconforto e/ou constrangimento ao responder ao instrumento de coleta de dados, sendo que a qualquer momento poderá retirar seu consentimento, sem prejuízos. Como medidas preventivas de tais riscos prevê-se: abordagem cautelosa à participante, considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; promoção de privacidade em ambiente tranquilo e seguro durante a avaliação. Como medidas minimizadoras dos riscos, serão garantidos o anonimato e o sigilo em relação às respostas. Se mesmo diante destas condutas preventivas e minimizadoras as participantes apresentarem algum tipo de desconforto/constrangimento, as mesmas serão lembradas da possibilidade de retirarem o consentimento prévio e será amparada pela equipe executora que poderá prestar suporte emocional e/ou avaliar a necessidade de encaminhamento aos serviços da rede municipal de saúde.

BENEFÍCIOS: As participantes contribuirão para a pesquisa, tendo em vista que os resultados poderão trazer melhoria da qualidade da assistência no pré-natal.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto e você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: todos os dados que forem fornecidos por

you will be disclosed only for scientific purposes, or, if not, there will be no identification of your personal data, as they are confidential.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____ (NOME DA VOLUNTÁRIA), declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Patricia Silva Santos dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso das participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro, ainda, que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado. Poderei consultar a pesquisadora responsável (acima identificada) ou o CEP UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos, durante este estudo, serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____ de 2019.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

Prof. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Orientadora do estudo

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Coorientador do estudo

Patricia Silva Santos
Aluna de mestrado

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PRESTADA NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Patrícia Scotini Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00447618.4.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.963.558

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa nível Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Financiamento próprio. Não há conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência prestada na consulta de pré-natal pelo enfermeiro na atenção primária à saúde em um município localizado no Sul do Estado de Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde.- Identificar os dados das gestantes atendidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde.- Conhecer as atividades realizadas pelo enfermeiro na assistência prestada em consulta de pré-natal na atenção primária à saúde.- Identificar as queixas principais das gestantes atendidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde.- Conhecer a opinião das gestantes atendidas na atenção primária à saúde sobre a assistência realizada pelo enfermeiro no pré-natal.- Verificar existência de associação/correlação entre as variáveis sociodemográficas e as do

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700		CEP: 37.130-001
Bairro: centro	Município: ALFENAS	
UF: MG	Telefone: (35)3701-9153	Fax: (35)3701-9153
E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br		

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**

Continuação do Parecer: 2.963.558

histórico gestacional e assistência recebida, do histórico gestacional com intercorrências nas gestações anteriores, das queixas na gestação atual com índice de massa corporal (IMC) e, das queixas na gestação atual com as do histórico gestacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são avaliados como mínimos e apresentam medidas corretivas/minimizadoras para desconfortos durante a coleta de dados;
- b. os benefícios são bem descritos e justificam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Será realizada uma pesquisa de delineamento não experimental, do tipo descritiva, de abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada nas oito Unidades de Saúde da Família e nas duas Unidades Básicas de Saúde do município de Muzambinho, localizado na região Sul do Estado de Minas Gerais. Os dados serão coletados por meio da aplicação de instrumento de coleta de dados, construído pelos pesquisadores desse estudo a partir da leitura dos cadernos do Ministério da Saúde de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco e Humanização do Parto e do Nascimento. O instrumento proposto é dividido em três partes, a saber: a parte I é composta por Dados Sociodemográficos relacionados à identificação das gestantes, tais como: idade, raça, estado civil, escolaridade, se é provedora do lar, renda familiar e crença religiosa; a parte II é relativa aos dados referentes ao Histórico Gestacional e Assistência Recebida, como: número de gestações e abortos, intercorrências nas gestações anteriores, antecedentes pessoais e familiares, estatura, peso, idade gestacional, tipo de gestação, semana de início do pré-natal, número de consultas realizadas, se realizou consulta com o enfermeiro, se realizou exames laboratoriais, testes rápidos e ultrassom; se prescrito ácido fólico e sulfato ferroso. A parte III é relativa às Queixas na Gestação Atual e a parte IV é composta por informações referentes à opinião das gestantes sobre a assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal. Cabe destacar que este instrumento será submetido à validação, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo a técnica de Delphi, por cinco juízes expertises na área de enfermagem na saúde da mulher e saúde coletiva.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-001
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 2.963.558

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado
- f. Folha de rosto - presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação de aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1232734.pdf	05/10/2018 10:19:12		Aceito
Outros	TAI.jpg	05/10/2018 10:17:57	Patrícia Scotini Freitas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/10/2018 10:17:24	Patrícia Scotini Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.pdf	05/10/2018 10:17:02	Patrícia Scotini Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2018 10:16:50	Patrícia Scotini Freitas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/10/2018 09:47:06	Patrícia Scotini Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	05/10/2018 09:46:56	Patrícia Scotini Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**

Continuação do Parecer: 2.963.558

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 16 de Outubro de 2018

Assinado por:

**Angel Mauricio Castro Gamero
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br